Parlement francophone bruxellois

(Assemblée de la Commission communautaire française)



10 octobre 2017

SESSION ORDINAIRE 2017-2018

CONSEIL CONSULTATIF BRUXELLOIS FRANCOPHONE DE L'AIDE AUX PERSONNES ET DE LA SANTÉ

Rapport d'activités pour l'année 2016

transmis au Parlement francophone bruxellois conformément à l'article 6 du décret du 17 février 2006 modifiant le décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé

SOMMAIRE

1. Bureau	3
2. Section « Aide et Soins à domicile »	17
3. Section « Services ambulatoires »	21
4. Section « Cohésion sociale »	25
5. Section « Hébergement »	30
6. Section « Personnes handicapées »	33
7. Section « Promotion de la santé »	38
8 Annexes	40

1. Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé

1. COMPÉTENCES ET MODE DE COMPOSITION

Le Bureau du Conseil consultatif est compétent pour toutes les matières « transversales » ou communes à plusieurs sections.

Il est composé:

- des présidents et vice-présidents de chaque section
- de deux membres élus dans chaque section.

2. MEMBRES 2016

Président : Monsieur Alain Willaert

Vice-présidente : Madame Thérèse Kempeneers-Foulon

Section Services Ambulatoires:

Michel Kestemans
Marie-Christine Meerseman
Michel Duponcelle
Abder Chafi

Section Aide et Soins à domicile :

Jean-Noel Pire
Anne De Baets
Dominique Van Lierde
Marc Dumont

Section Hébergement :

Vincent Frédéricq Dominique Depuydt Hélène Aronis-Brykman Daniel Fuld

Section Personnes handicapées :

Thérèse Kempeneers-Foulon Frédéric Storme Dominique Antoine Rajâa Jabbour

Section Cohésion sociale :

Myriem Amrani Alain Willaert Encarni Bermudez Juan Latorre

Une nouvelle section voit le jour; la section « Promotion de la Santé ». Elle se réunit une première fois en juillet 2016 et le président, la vice-présidente ainsi que deux des membres de cette section sont invités au Bureau du 5 septembre 2016.

Section Promotion de la Santé

Jacques Morel Myriam Dieleman Catherine Végairginsky Isabelle Aujoulat

3. RÉUNIONS

En 2016, le Bureau s'est réuni à 9 reprises, à savoir les 1^{er} février, 7 mars, 4 avril, 9 mai, 31 mai (réunion extraordinaire), 6 juin, 5 septembre, 3 octobre, 7 novembre et le 5 décembre 2016.

4. AVIS SUR LES TEXTES LÉGAUX SOUMIS PAR LE COLLÈGE

Aucun avis demandé.

5. AGRÉMENT

 Proposition d'un questionnaire simplifiée pour l'analyse d'une nouvelle demande au bénéfice de la déduction fiscale des dons introduite par une asbl inconnue de la Commission communautaire française (SPFB) (annexe 1)

- Avis

- Demande au bénéfice de la déduction fiscale des dons introduite par l'asbl Gymsana

Avis favorable à l'unanimité

Demande au bénéfice de la déduction fiscale des dons introduite par «l'asbl Apprivoiser son deuil »

Avis favorable à l'unanimité

- Demande au bénéfice de la déduction fiscale des dons de l'asbl «Robimm» (mise à la disposition de personnes momentanément dans le besoin ainsi que leur famille, pour une période déterminée, des logements situés à Bruxelles)

Avis: abstentions: 10 Avis positifs: 2 Avis négatifs: /

- Demande au bénéfice de la déduction fiscale des dons de l'asbl « FEDITO »

Avis favorable à l'unanimité

6. TRAVAUX D'INITIATIVES DU BUREAU

- Gouvernance par appels à projets (voir annexe 2)

Un document est signé par le Président du Bureau en son nom propre et au nom de l'auteur du texte initial, Président de la section ambulatoire, et envoyé aux cinq membres du Gouvernement francophone bruxellois après approbation des membres du Bureau.

- Dossier mobilité (voir annexe 3)

Un courrier de la section Aide et Soins à domicile et du Bureau sur les difficultés de mobilité des prestataires de soins et leurs usagers a été rédigé par le président de la section Aide et Soins à domicile.

- Échanges entre les sections

Lors de ses réunions, le Bureau procède à un tour des différentes sections du Conseil consultatif. A cette occasion, les représentants de chaque section font rapport des travaux récents ou en cours. Ces échanges sont aussi une incitation à des collaborations transversales entre les sections. Certaines sections travaillent ensemble sur certains thèmes, ce travail en commun est repris dans les rapports d'activités des sections.

Cet échange d'informations permet au Bureau de se saisir de certaines problématiques qui dépassent le cadre d'une seule section.

- Propositions de thèmes transversaux à débattre au Bureau

- Question sur le radicalisme : thème de réflexion.

Il faut se saisir de certaines choses en continuant son métier en SSM, CPF, etc. Il s'agit d'une question transversale. La section Aide et soins à domicile souhaite baliser avant, (par la recherche de ressources) et, ensuite, mutualiser la réflexion.

Certains travailleurs en maisons d'accueil s'inquiètent également.

La question de déontologie pour les travailleurs qui travaillent à domicile est soulevée.

Le service Inspection informe le Bureau du fait que des asbl agréées, et en demande d'agrément, demandent si la Commission communautaire française a des outils à cet égard.

- Thématiques envisagées : évaluation, concept de promotion de la santé, approfondissement du concept de réseau, retour sur la journée d'études de la CLASS sur la discrimination et le sexisme auprès du personnel et des bénéficiaires des services.

7. GROUPES DE TRAVAIL

Aucun groupe de travail du Bureau ne s'est réuni en 2016.

8. INVITATION DE PERSONNES EXTERNES AU BUREAU

 Participation aux panels d'experts autour des solutions de répit des personnes en situation de grande dépendance et de leurs aidants-proches

Hélène Marcelle de l'Observatoire de l'accueil et de l'accompagnement de la personne handicapée – Service PHARE – SPFB a contacté le Président du Bureau pour compléter les six panels organisés.

Les panels sont complets.

- Présentation de l'Handiplan (voir powerpoint annexe 4)

Un représentant du cabinet de Mme la Ministre Frémault présente l'Handiplan. Il s'agit d'engagements pris en matière d'handistreaming par le gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune.

Ce plan vise à renforcer la transversalité et l'inclusion et à amplifier les collaborations ainsi que les synergies.

Un rapport intermédiaire reprenant les difficultés rencontrées doit être présenté à mi-législature et un rapport final reprenant une comparaison début/fin de législature.

Il y a des obstacles cachés comme pour d'autres groupes tels que les femmes, les personnes pauvres, les migrants, ... Il existe une exclusion indirecte de la personne.

Une charte handistreaming engageant les trois gouvernements a été proposée le 3 décembre 2015.

Exemple : accessibilité des parcs et jardins.

Le fondement en est la convention ONU sur les handicapés (ratification en 2009 par la Belgique).

Dans chaque nouveau décret ou ordonnance, il faut une étude d'incidence (comme pour le genderstreaming).

Remarques et questions

- Pourquoi ne pas impliquer la VGC ? La Vlaamse Gemeenschapscommissie n'est pas une entité fédérée. Cependant, il y a une représentation flamande dans le comité.
- Incidence sur les services ambulatoires : comment réfléchir à un soutien, à un encadrement supplémentaire.
 Repérer les obstacles : exemple : logement moyen mais dans l'handicap les revenus sont souvent faibles, d'où pas d'accès à un logement moyen. Pas d'emploi : parfois la personne a 66 % de taux d'handicap et est exclue du marché de l'emploi.
- Les associations n'ont pas toujours des locaux accessibles (et toilettes adaptées).
- Dossiers infrastructures handicap. Demande d'un service spécialisé.
- Importance d'une dynamique à mettre en place des groupes de travail : logement et handicap; parcs et handicap sont créés.
- Ne pas être trop contraignant dans l'handistreaming car cela peut amener des effets pervers pour les personnes non handicapées.
- Un passage vers l'inclusion s'impose. Cela implique un changement de mentalité. Les modifications à apporter dans les autres secteurs doivent se faire avec souplesse.
- Qui va payer les travaux nécessaires ?
- L'avis du conseil consultatif section handicapés est positif.
- Y a- t-il des incitants ? Non. Pour des modifications au niveau d'une bibliothèque communale, les moyens financiers doivent venir des budgets prévus pour les bibliothèques communales. Il faut donc viser des aménagements raisonnables.
- Ne pas oublier l'handicap mental. Cela implique une démarche de travail en réseau. Prévoir de réinviter le Bataclan.
- En fait, il faut travailler sur l'handicap sensoriel, physique et mental.
- Exemples donnés : pictogrammes.

En conclusion : il y aurait des bonnes pratiques à partager.

 Présentation du réseau bruxellois relatif à l'implémentation de la nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents

Les représentantes de Bru-stars expliquent la réforme : fin mars 2016, le SPF a approuvé le guide vers une nouvelle politique de santé mentale pour enfants et adolescents. Cela est semblable à l'article 107 pour les adultes.

Un réseau Bru-Stars a été construit pour les enfants de 0 à 18 ans et plus spécifiquement pour les 16 à 23 ans.

Un comité représentant les SSM, médecins, assuétudes, usagers propres est constitué. Il y a également un comité de réseaux exécutif composé de représentants de l'enseignement, de l'ONE de la justice, ...

Les représentantes de Bru-Stars demandent de l'aide pour engager des personnes issues du milieu de l'handicap ou de la santé mentale. Un préfinancement sera nécessaire en attendant le financement du fédéral.

Des programmes spécifiques sont prévus.

Il s'agit de traiter les crises (entre 24 et 72 h de réaction) et les traitements de longue durée.

Il y aura une équipe mobile. Il s'agit de rassembler les acteurs et privilégier le travail en réseau.

Recherche par mi-temps ou plein-temps. Le financement est prévu à partir de juillet 2016 ou janvier 2017. Une convention sera établie entre le réseau et l'institution qui libèrera un travailleur.

Remarques:

La Fédération des SSM ou la ligue s'est-elle positionnée ?

Des représentants de la Ligue et des SSM font partie du réseau. 75 % des SSM ont signé des conventions.

Est-ce légal qu'un service mette à disposition du personnel ?

Oui. Cela se fait pour les institutions PHARE. L'exemple est donné d'un mi-temps subventionné Commission communautaire française qui souhaite un autre mi-temps pour travailler dans l'équipe mobile. Il y a un contrat de travail signé par le service PHARE ou SSM avec une convention annexée. 319.02 Convention collective – commission paritaire PHARE et 330.02 Commission paritaire SSM.

La mise à disposition est une solution juridique approuvée par l'inspection sociale.

- Un employeur ne peut pas dégager son personnel. Il faut bétonner pour que la personne soit en sécurité juridique.
- Quid si le fédéral refuse le fait qu'une asbl pourrait refuser des décisions fédérales ?
- Au niveau des provinces, les mêmes questions se posent qu'à Bruxelles.
- Le délai est de 3 ans mais il s'agit d'une politique récurrente. Le processus d'implémentation est différent d'une province à l'autre.
- Les équipes mobiles ne seront pas hébergées par les hôpitaux.

Proposition : représenter le projet à la section ambulatoire avec les représentants de la Ministre de la Santé avec une réponse au niveau emploi et au niveau délégation des hôpitaux alors que le fédéral veut une association de fait pour l'ambulatoire. Les asbl risquent de devenir des sous-traitants.

Projet de réforme du dispositif ACS en présence de représentants du Cabinet du Ministre Gosuin et de la Plateforme ACS (voir annexe 5)

Une circulaire d'Actiris envoyée en mars 2015 à tous les employeurs bénéficiant de conventions ACS a engendré des points d'incertitude et aucune information par rapport au projet de réforme du programme ACS. Notamment en ce qui concerne la question des CDD qui remplaceraient les CDI.

Confrontées à ces incertitudes, une 20taine d'associations ont mis en place une Plateforme ACS. Cette plateforme a élaboré un questionnaire destiné à apprécier l'impact que peuvent avoir sur les structures associatives les nouvelles dispositions réglementaires et propositions gouvernementales liées aux postes ACS. 250 questionnaires sont rentrés.

La représentation de la Plateforme ACS présente les principaux résultats (valables donc uniquement pour les associations ayant répondu au questionnaire) :

Situation générale

Il y a en moyenne 13,5 ETP/association dont en moyenne 5,22 ACS ETP/association. La part des employés ACS en équivalent temps plein est en moyenne de 34 % des ETP de l'association.

Plus l'association est petite et plus la part des ACS parmi les employés est conséquente.

Impact de la prime à 95 % au lieu de 100 %

33 % des associations bénéficient d'ACS avec une prime à 100 %. 57 % d'entre elles seront mises à mal en cas de perte de la prime majorée. Cette prime va descendre à 95 % sauf pour les secteurs prioritaires (petite enfance, mise à l'emploi et formation) ou si l'association peut prouver par analyse budgétaire qu'elle n'a pas assez de fonds pour payer la différence.

Fin des avances de salaire pour les nouveaux postes ACS

Les effets de cette mesure sont plus grands pour les petites associations qui devront, dans 20 % des cas, faire appel à un crédit pour payer le premier salaire.

Turn-over des jeunes ACS (moins 25 ans et 18 mois de chômage) Quelle est la capacité des associations à intégrer un emploi mouvant ?

87 % des associations estiment que cela aura un impact sur les objectifs/activités mêmes de l'association

78 % se disent incapable d'encadrer/former les jeunes ACS.

Conséquences globales de telles mesures :

- Gestion du personnel : Perte de personnel compétent, perte de l'expérience accumulée, perturbation de la dynamique de l'équipe, perte de motivation des employés, inégalité entre les travailleurs, etc.
- Relation avec le public : Perte de suivi et de la relation de confiance.
- Poursuite des projets et des activités : difficulté à envisager des projets sur le long terme.
- Aspect organisationnel: augmentation du travail administratif, recrutements, charge d'encadrement.

Public majoritairement bruxellois

18 % des asbl n'ont pas un public majoritairement bruxellois (Fédération Wallonie-Bruxelles). Il y a une incompatibilité quant à l'exigence d'un public uniquement bruxellois.

Réponses données par la représente du Cabinet du Ministre Gosuin :

- Au niveau de l'évaluation, il y a deux étapes :
- 1) Département de l'inspection d'Actiris
- 2) Les rapports d'évaluation sont transmis au département emploi (administration).

La situation sera finalisée en septembre 2016.

Il y a également l'évaluation pour les pouvoirs locaux. 92 % des asbl ont un avis favorable ou sous réserve

7 % ont un avis défavorable ou une proposition de suppression d'ACS (ex : NM vers M). C'est le comité de décision d'Actiris qui décide.

- 90 % des asbl s'adresse principalement à des Bruxellois. La question était purement informative, le ministre est bien conscient que devoir garantir un public majoritairement bruxellois est inefficient.
- Suppression des 5 % : la décision sera prise après les résultats de l'analyse de l'évaluation. Tous les recours seront analysés, même ceux rentrés au-delà des 15 jours.
- Réforme : il y aurait une transformation progressive de CDI vers CDD. Si cela a lieu, cela concernera les nouveaux postes ACS.

L'objectif est un financement du secteur et la lutte contre le chômage.

En parallèle, la réforme des groupes-cibles est en cours. Il s'agit d'un travail de rationalisation.

C'est une stratégie partagée donc avec les interlocuteurs sociaux.

Questions

- Par rapport à l'évaluation : un courrier a été envoyé aux associations avec un avis négatif, mais également aux autres asbl.
- Avis rétroactif pour les 5 % ? la réponse est négative.
- Nouvelles dispositions administratives de la circulaire : on a remis les règles et les exceptions.

La règle est de 95 % d'intervention et non de 100 %.

À l'heure actuelle, toutes les asbl ont été évaluées.

- Les 7 % d'avis défavorables concernent le NM, RAS pour les pouvoirs locaux
- Postes d'ACS pour un niveau supérieur d'études : pas de dérogation. Au départ, c'était une mise à l'emploi pour personnes peu qualifiées
- Calendrier : grands principes de la réforme pour septembre 2016
- Contrats d'insertion : pour les jeunes de moins de 25 ans qui ne trouvent pas d'emploi après 18 mois.

Ce sont des contrats de 12 mois.

 Soutien du secteur : pas d'obligation de prendre un jeune. Quand le dispositif s'ouvrira au secteur Marchand, la représentante du ministre souligne que ce ne sera pas avec de l'argent du NM mais grâce à une réforme parallèle des aides aux groupes à risques. Présentation des premiers résultats de l'étude sur la perception et la gestion des discriminations/besoins d'outils de lutte (voir powerpoint annexe 6)

Bernadette Lambrechts, administratrice générale introduit le sujet.

Il s'agit d'une enquête vis-à-vis des fonctionnaires Commission communautaire française et des employés d'asbl agréées par la Commission communautaire française.

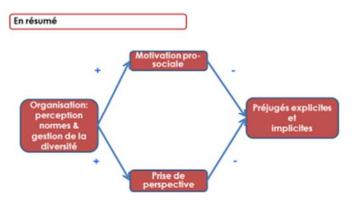
C'est quoi une discrimination ? C'est le traitement inégalitaire envers certaines personnes en raison de leur appartenance à des groupes particuliers. Il s'agit toujours d'une logique comparative.

Les deux chercheurs présentent la méthodologie et les résultats.

- La distinction est faite entre :
 - la discrimination directe qui vise des personnes appartenant à un groupe : injures, comportement non-verbal (évitement, négligence), harcèlement, violences physiques, ségrégation (exclusion, repli identitaire);
 - et la discrimination indirecte qui concerne un groupe protégé par la loi : absence/présence d'une politique et d'actions d'intégration tels que les aménagements/accommodements raisonnables.
- Identification des comportements

Stéréotypes -> Préjugés - > Discrimination

- Dispositif méthodologique :
 - méthode quantitative : 387 individus : 177 agents de la Commission communautaire française/210 travailleurs des associations subventionnées
 - méthode qualitative : 4 focus groupes : direction et responsables de services de la Commission communautaire française, directions d'associations subventionnées, agents de la Commission communautaire française, employés d'associations subventionnées
- Présentation des principaux résultats :
 - Variables de contrôle : sentiment d'être formé, pouvoir d'action contre les discriminations, fréquence d'action contre les discriminations
 - Identification des comportements de discrimination
 - Identification de déterminants individuels
 - Identification des déterminants organisationnels
- Résumé



- Utilisation d'un nouvel indicateur : propension à intégrer
 - Les besoins sont identifiés dont le souhait d'améliorer l'existant plutôt que de créer de nouveaux outils
 - Recommandations : agir sur le contexte et sur les motivations et régulations, agir sur l'identification des discriminations et sur la recherche de solutions concrètes

Questions et réflexions :

La répartition des asbl : Cohésion sociale : 63 %

Ambulatoire : 13 % Handicapés : 13 % Formation et ISP : 11 %

Et par direction pour l'administration : Aide aux personnes handicapées : 10 %

Enseignement: 38 %

Budget: 5 %

Culture et tourisme : 10 % Affaires sociales : 10 % Ressources humaines : 7 % Administration générale : 21 %

n'a-t-elle pas d'influence sur les résultats ? Apparemment non.

- Les questions ne paraissent pas toujours adaptées au contexte de travail. Il est répondu que les services de la Commission communautaire française s'adressent à des asbl lesquelles s'adressent aux bénéficiaires et qu'il y a un volet concernant les discriminations entre collègues. Résultats en interne.
- Il faut sortir du cadre pour obliger d'aller plus loin au niveau des asbl et le faire avec toute l'équipe. Ce n'est pas possible avec le conseil d'administration. Il y a la démarche du plan diversité.
- Est-ce que le secteur associatif ne doit pas y être intégré comme la Banque nationale, etc.
- On entend pas les termes violence, culture de gestion de conflit, rapport efficace Faut-il toujours être dans l'implicite ? – CBAI, cohésion sociale, plan diversité service PHARE.
- Le représentant d'UNEA (centre fédéral des égalités des chances) souligne que, la précarité augmentant, il y a un effet de banalisation. Il y a donc des repositionnements à avoir.
- Il y a 5 points prévus dans la loi, un 6º point : les personnes vivant dans la rue manque. La lutte contre la pauvreté est à inclure dans la recherche.

Suite de l'étude prévue

- Constat d'un manque de perception de la discrimination. Proposition est faite de partir de l'étude pour construire un outil pédagogique.
- En 2017: 1) inventaire de l'existant
 - 2) outil appréhendé par l'administration et par les travailleurs de la Commission communautaire française
- Revenir vers le Bureau ou une autre instance.
- Présentation du Comité de Référence sur la vie affective et sexuelle par rapport aux personnes handicapées (voir annexes 7 et 8)

Création en 2009 à la suite des travaux entrepris lors de la législature précédente.

Mr François-Joseph Warlet est juriste de formation et président du comité.

L'analyse dépasse l'assistance sexuelle (aide technique).

Il faut souligner que la manière de décoder une demande sera différente selon que la personne souffre d'une déficience intellectuelle ou non.

Les offres actuelles sont présentées.

La motivation et la formation du personnel sont fondamentales.

Au niveau juridique, il n'y a aucun texte qui ouvre un droit à des relations sexuelles ou intimes. Mais, il y a bien des « signes » : convention ONU pour les personnes handicapées.

UNIA (ancien centre d'Égalité des Chances) rapporteur pour la Belgique.

Il y a une définition de l'assistance sexuelle (voir powerpoint).

Au niveau pénal, il y a un risque d'accusation de proxénétisme si un tiers intervient dans les échanges financiers.

- Quelle est la réelle capacité à faire un choix libre et éclairé de la part de la personne handicapée ?

Cela induit l'importance d'une approche éthique : rendre le bénéficiaire sujet.

Remarques

- Cela touche aux approches morales.
- Commercialisation, marchandisation.
- Confusion entre progrès, liberté et notion mercantile.

Qui va trancher?

Le sujet et/ou l'accompagnant sont laissés souvent bien seuls.

 Problématique de savoir si la personne est tout à fait consciente de ce qu'elle veut et que l'offre corresponde à sa demande personnelle.

D'où il est primordial de décoder la demande.

- Les services d'accompagnement sont confrontés à un double mandat :
 - Favoriser l'autonomie
 - Répondre aux impératifs de la famille : refus de mettre leur fille dans un centre

La Ministre chargée des Personnes handicapées estime que l'assistance sexuelle est une forme de prostitution. (Défense des droits de la femme).

Le Président du Comité marque son désaccord. Il comprend le risque de dérive mais il y a le souhait de faire apparaître le choix du bénéficiaire. Il cite l'exemple de l'asbl « ADITI ».

Il faut vérifier de quel type d'accompagnement le bénéficiaire a besoin.

Conclusion

Où en sommes-nous ? Pourquoi ne pas recevoir des suggestions et travailler dessus ?

Campagne de sensibilisation pour les parents qui ont un enfant handicapé.

- « Le droit au plaisir ».
- Nous sommes loin en termes d'ouverture d'esprit dans les institutions (la majorité), d'où l'importance du respect de l'intimité.

- Décret Handistreaming

La 3^e lecture était fin juin 2016.

L'avis des conseils consultatifs de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune section handicapés ont été demandés.

Le projet de décret implique l'obligation de prendre en compte la question du handicap. Il s'agit d'un travail de longue haleine. C'est ce qui a impulsé la création d'un conseil régional du handicap. UNIA en fera partie.

- pour chaque législature, projets pour le handicap
- à mi-législature et en fin de législature

3 décembre 2015 : Charte avec de engagements de la part du Gouvernement.

Le décret n'est pas encore voté mais déjà d'application. Exemple : au niveau de l'emploi : comment rendre effectif l'emploi pour les personnes handicapées, circulaire dans les marchés publics, adaptation des logements.

Pour les secteurs, obligation d'informations avec des aménagements raisonnables.

La transversalité est la bienvenue mais les mesures sont contraignantes.

- Coordination des soins de santé et du social pour la continuité des prises en charge des publics précarisés en Région bruxelloise par Myriam De Spiegelaere (voir annexe 9).

Il s'agit d'une réflexion sur les enjeux. Il faut un découpage pour arriver à des réponses – donc une fragmentation pour comprendre de nouvelles choses – ce qui nous porte vers une multitude d'approches.

L'oratrice rappelle la fausse idée du puzzle : on juxtapose tous les éléments pour trouver une image globale.

Des exemples sont donnés :

- 1) Santé mentale et personnes sans domicile fixe : difficulté de continuité du traitement
- 2) Réduction des journées d'hospitalisation entraîne une pression budgétaire sur le travail social et hospitalier car il faut récupérer les coûts.

Il n'y a pas assez d'investissement dans l'ambulatoire. Il n'existe pas de shift automatique vers le secteur ambulatoire.

3) Accès financier aux soins. Les mesures se sont empilées avec des acteurs et des institutions différents et ont entraînées des coûts de gestion importants.

L'écart entre l'accès théorique et pratique aux soins est de plus en plus grand de par les obstacles administratifs. Quels enjeux?

Cinq questions:

1) Continuité de quoi ?

Exemple : accompagnement social au service de la continuité des soins.

Les soins de santé au service de la continuité de l'accompagnement social ?

(problèmes familiaux, logement, ...)

Service de la continuité du projet de vie des personnes.

2) Lien entre intégration et contrôle

Le contrôle de l'ensemble des actions comme gage de l'efficacité (attente des résultats attendus par les intervenants)

Exemple : humanitaire/développement, gestion des risques : samu social

Intervention de développement : ce ne sont pas les mêmes attentes qu'au niveau efficacité. Extraire toutes les ressources des personnes. Et la place et la reconnaissance donnée au réseau de la personne.

Isoler la personne de son réseau pour mieux maîtriser les effets ou la personne cache son réseau.

3) Autonomie, liberté et dignité

Pour assurer l'autonomie et la liberté, il faut limiter le contrôle et donc également l'intégration.

4) Relations personnelles

Continuité, confiance et ruptures

- grande méfiance vis-à-vis des institutions
- difficulté de maintenir des relations interpersonnelles
- ruptures : déménagement, disputes, ... D'où suppression des réponses structurées

5) L'efficience

Les objectifs conjoints sont un leurre (économies et amélioration de la qualité). L'intégration coûte avant de rapporter.

Comment améliorer la continuité et à quel coût ?

Pour lutter contre la pauvreté, il y a d'autres secteurs en jeu que ceux de la santé et du social.

Laissons la parole aux usagers vivant dans la pauvreté.

- Questions - Réflexions

- Intégration au niveau politique, ...

Réduction des coûts à faire par multi-agréments, ...

- Présentation à faire à nos ministres de tutelle

- Gestions politique et sociale

Redéfinition d'un autre modèle social

 À chaque niveau, il y a des questions à se poser au niveau de l'autonomie et de la liberté (travailleurs, politiques sociales, ...)

Exemple : s'il n'y a pas de moyens supplémentaires, cela n'a pas de sens de poser les questions sur la qualité et les besoins.

9. DIVERS

- Quorum

Le Président du Bureau tient à souligner – à l'exception des sections Handicapés et aide et soins à domicile – un problème récurrent de quorum. Il rappelle que les membres ont répondu à un appel à candidatures par courrier recommandé au Ministre- Président. Leur absence est, selon lui, un manque de respect envers le Collège francophone qui les ont nommés, envers l'administration chargée d'encadrer la bonne marche du Conseil et envers leurs pairs, présents, dont la tâche est rendue plus complexe.

Sa remarque concerne les absences sans excuse ainsi que les absences « automatiques », les excusés systématiques.

Représentation de la section Hébergement au Bureau

Il y a une demande de modification de date pour le Bureau car deux membres ne peuvent se libérer le 1^{er} lundi du mois.

Apparemment, le Président de cette section essayera de se libérer au cas où le 3^e membre ne pourra être présent.

Le Président ainsi que la Vice-Présidente proposent de maintenir la date.

Les membres votent pour le maintien de la date :

- 7 avis positifs
- 1 avis négatif
- 1 abstention

Avis sur le site de la Commission communautaire française (SPFB)

- Bien documenté, visibilité excellente
- Site accueillant
- Téléchargements des textes se font plus facilement
- Retrouver les textes se fait plus facilement.
- On y retrouve les personnes compétentes à contacter.
- Le titre « Bien-être et santé » n'est pas judicieux : « social et santé ». Le terme « Bien-être » fait traduction du néerlandais « Welzijn » et donne l'impression que social n'est qu'une composante de la santé.
- Il est très difficile de tenir à jour des listings : veiller à ce que les fichiers soient à jour, exemple adresse mail.

Audition des Présidents de sections au Parlement

Étant donné la date rapprochée de l'invitation, il n'a pas été possible de préparer la présentation en réunion. Légistiquement parlant, il s'agit d'un compte-rendu analytique du Bureau et des différentes sections de l'année précédente.

Remarques:

- Étonnement des représentants de la section Promotion de la Santé de ne pas avoir été invités.
- La sixième section a été mise sur pied en 2016. Les représentants de cette section seront dès lors invités en 2017

Le Président du Bureau

Alain WILLAERT

2. Section « Aide et soins à domicile »

1. SECTEURS CONCERNÉS

La section « Aide et soins à domicile » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé a pour mission de donner des avis sur les questions qui concernent :

- le maintien à domicile,
- l'aide aux familles et aux personnes âgées,
- les centres de formation d'aides familiaux,
- les soins palliatifs,
- la coordination de soins et services à domicile.

Son avis est requis sur les projets de décrets et leurs arrêtés d'exécution ainsi que lorsqu'une norme prescrit l'obtention de l'avis d'un organe consultatif pour un service ou un centre agréé par le Collège dans un des secteurs susmentionnés.

2. LES MEMBRES

La section « Aide et soins à domicile » est composée de 14 membres effectifs et de 14 membres suppléants :

- 4 membres représentent les pouvoirs organisateurs;
- 3 membres représentent les travailleurs des secteurs;
- 3 membres représentent les utilisateurs ou les publics cibles;
- 4 membres sont nommés à titre d'expert.

Liste des membres :

Représentant les pouvoirs organisateurs :

Effectifs	Suppléants
Gaël SCHADECK	
Emmanuel BAWIN	Helena LIZZA
Marc DUMONT	Pauline MONNIER
Dominique VANLIERDE	Joëlle DEWALHENS

Représentants les travailleurs :

Effectifs	Suppléants
Anne DE BAETS	Myriam MINEUR
Véronique FRANC	Carina VAN HERREWEGEN
Monique MAHIEU	Germaine NZUANZU

Représentants les utilisateurs ou publics cibles :

Effectifs	Suppléants
Axel DE ROOVER	Bernard DE ROOVER
Marguerite MORMAL	Christine BEAUSAERT
Micky FIERENS	Alain WILLAERT

Représentants les experts :

Effectifs	Suppléants
Geneviève OLDENHOVE	Marine SALOU
Christine FRANCKX	Christian KUNSCH
Betty SERVAIS	Laurent ERPICUM
Nicole GRIMBERGHS	Catherine BALLANT

Neuf membres ont été remplacés au cours de l'année 2016, il s'agit de :

a) Pour les représentants des pouvoirs organisateurs :

Mr DEVUYST Eric remplacé par Mr SCHADECK Gaël, Me Marie-Claude PULINGS remplacée par Me LIZZA Helena, Mr XHROUET Marc remplacé par Me MONNIER Pauline.

b) Pour les représentants des travailleurs :

Me ANTOINE Dominique remplacée par Me FRANC Véronique, Mr DUFRASNE Michaël remplacé par Me MAHIEU Monique, Me FRANC Véronique remplacée par Me VAN HERREWEGEN Carina

c) Pour les représentants des experts :

Me DEVUYST Sophie remplacée par Me OLDENHOVE Geneviève

Me OLDENHOVE Geneviève remplacée par Me SALOU Marine

Présidence :

Mr Emmanuel BAWIN

Vice-Présidence :

Me Anne De BAETS

La section est représentée au Bureau par :

Mr Bawin E, Me Anne De Baets, Me Dominique Van Lierde et Mr Marc Dumont.

3. RÉUNIONS

En 2016, la section « Aide et Soins à domicile » s'est réunie à onze reprises, dont trois fois en réunion commune avec la section « Services Ambulatoires ».

Les membres suppléants ont été invités à participer aux réunions, afin d'apporter leur expertise sur les différents sujets abordés lors de nos séances.

4. EXAMEN DE PROJETS DE TEXTES LÉGAUX ET AVIS SUR CES TEXTES

 Avis sur le projet d'arrêté du Collège de la Commission communautaire française fixant le nombre maximum d'heures de prestations admissibles dans les services d'aide à domicile bénéficiaires des subventions en 2016

La section a remis un avis favorable à l'unanimité moyennant quelques remarques jointes à l'avis.

 Avis sur le projet d'arrêté 2016/... du Collège de la Commission communautaire française modifiant l'arrêté 2011/183 du Collège de la Commission française du 22 septembre 2011 portant sur la programmation des services ambulatoires « action sociale et famille » et « santé » du Collège de la Commission française

La section a remis un avis favorable à l'unanimité.

- Avis sur le décret modifiant le décret ambulatoire

Les sections réunies ont décidé de voter article/article et de remettre un avis pour chacun. De plus, toute une série de remarques ont été jointes à l'avis.

La section « Aide et soins à domicile » a remis un avis négatif pour les points la concernant. (Voir l'avis repris en annexe 10)

 Avis sur le projet d'arrêté 2016/1032 du Collège de la Commission communautaire française modifiant l'arrêté 2011/183 du Collège de la Commission française du 19 janvier 2012 relatif aux agréments des réseaux dans les domaines de la santé

La section a remis un avis favorable à l'unanimité.

Avis sur les propositions thématiques de la démarche d'évaluation qualitative 2017-2019 pour les secteurs pour lesquels elle est compétente (DEQ3)

La section a remis un avis favorable à l'unanimité.

 Avis sur le projet d'arrêté du Collège de la Commission communautaire française fixant le nombre maximum d'heures de prestations admissibles dans les services d'aide à domicile bénéficiaires des subventions en 2017

La section a remis un avis favorable à l'unanimité.

- 5. LES ACCORDS DE PRINCIPE, AGRÉMENTS, RENOUVELLEMENTS, MODIFICATIONS, REFUS ET RETRAITS D'AGRÉMENTS
- Une demande de renouvellement d'agrément pour un Réseau en Action sociale et famille et santé :

Les deux sections ont remis un avis favorables à l'unanimité.

- Une demande d'agrément pour un Réseaux en Action sociale et famille et santé :

Les deux sections ont remis un avis favorable à l'unanimité.

 Une demande de modification d'agrément pour un changement d'adresse de siège social d'activités en Action sociale et famille et santé :

La section a remis un avis favorable à l'unanimité.

- Une demande de modification d'agrément pour un centre de formation d'Aides familiaux (CFS) :

La section a remis un avis favorable à l'unanimité.

6. POINTS SOUMIS PAR LE COLLÈGE

Sans objet.

7. TRAVAUX ET AVIS D'INITIATIVES

Sans objet.

8. RÉUNIONS COMMUNES ENTRE SECTIONS

En 2016, la section « Aide et Soins à domicile » s'est réunie trois fois avec la section « Services Ambulatoires ».

Dates	Sections	Sujets
14 janvier 2016	« aide et soins à domicile » et « services ambulatoires »	Présentation du rapport annuel au Collège de la Commission communautaire française sur l'état d'avancement de la Démarche d'Évalua- tion Qualitative en 2014
17 mars 2016	« aide et soins à domicile » et « services ambulatoires »	Présentation du décret modifiant le décret ambulatoire
21 avril 2016	« aide et soins à domicile » et « services ambulatoires »	Demande d'avis sur le décret modifiant le décret ambulatoire

Les séances communes sont présidées conjointement par les présidents des deux sections.

9. DIVERS

- Synthèse sur les problèmes de mobilité à Bruxelles rencontrés par les différents services
- Présentation faite par Mr Dumont au sujet des maladies chroniques
- Approbation du rapport d'activité 2015 de la section « Aide et soins à domicile » du Conseil consultatif.
- Présentation par Mr Feront d'une information générale sur le « radicalisme »
- Présentation par Me Eva Prins du rapport d'évaluation annuel sur l'état d'avancement de la Démarche d'Évaluation Qualitative au Collège de la Commission communautaire française : la DEQ en 2015 (2° triennat – DEQ 2 : 2014-2016)
- Compte-rendu par le Président des sujets traités au Bureau

Le Président de la Section,

Emmanuel BAWIN

3. Section « Services ambulatoires »

1. SECTEURS CONCERNÉS

La section « Services Ambulatoires » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé a pour mission de donner des avis sur les questions qui concernent les structures d'accueil et/ou de soins résidentielles. Les secteurs concernés sont :

- les Services de santé mentale,
- les Services actifs en matière de toxicomanies,
- les Centres d'action sociale globale,
- les Centres de planning familial,
- les Maisons médicales,
- les Services de médiation de dettes,
- les Centres d'accueil téléphonique,
- les Réseaux.

2. LISTE DES MEMBRES

En 2016, la section « Services Ambulatoires » est composée des 24 membres effectifs et de 24 membres suppléants suivants :

membres effectifs	membres suppléants
KESTELOOT Julie	DE GREEF Anne
SCHOEMANN Pierre	ZOMBEK Serge
NIEUWENHUYS Céline	VANDERMEERSCH Caroline
M EERSSEMAN Marie-Christine	LUMINET Pierre
DE LAEVER Gaëtan	PETITJEAN Patrick
ROBINSON Julie/ROSAL MARTINS Miguel	CAUSIN Claire-Marie
BOZZO Irma	DUPUIS Yves
CHAFI Abder	SMET Pierre
GUDANSKI Pelosie	VAN WINDEKENS Monique
RENSON Marie-Christine	PAGE Nadine
REMY Anne	GRAUMAN Lucy
BONAMI Emmanuel	DUFRANE Michaël
WILLAERT Alain	COLLARD Christine
MEESSEN Emilie	DAMIEN Sophie
HORLIN Marie-Christine	COLLE Eric
ODDIE Deborah	VAN ESPEN Véronique
VERMEYLEN Martine	FIERENS Micky
VITALI Rocco	DE KUYSSCHE Nicolas
VERGAIRGINSKY Catherine	BURQUEL Charles
LEDUC Cécile	BRONNE Vincianne/RAFALOWICZ Jérémie
AKHAMLICH Naïma	ANDRE Stéphanie/SAYE Emilie
KESTEMAN Michel	VERSTRAETEN Jacques/CAUFRIEZ Alain
JAUMAUX Paul	MESSENS Eric
DUPONCELLE Michel	DE VINCK Myriam

Présidence: Monsieur Michel KESTEMAN

Vice-Présidence : Madame Marie-Christine MEERSSEMAN

Membres du Bureau : Madame Marie-Christine MEERSSEMAN, Messieurs Michel KESTEMAN, Abder CHAFI et Michel DUPONCELLE

3. RÉUNIONS

En 2016, la Section Ambulatoire s'est réunie à 12 reprises. Le nombre de membres présents a été en moyenne de 11 personnes et le nombre de votants de 9 personnes.

4. EXAMEN DE PROJETS DE TEXTES LÉGAUX ET AVIS SUR CES TEXTES

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, tel que modifié.

Arrêté du Collège de la Commission française modifiant l'arrêté 2011/183 du Collège de la Commission française du 22 septembre 2011 portant sur la programmation des services ambulatoires « action sociale et famille » et « santé » du Collège de la Commission française.

Arrêté 2016/1032 sur l'agrément des réseaux.

5. AGRÉMENTS, RENOUVELLEMENTS, MODIFICATIONS, REFUS, RETRAITS D'AGRÉMENT ET DÉ-ROGATIONS RELATIVES AUX AGRÉMENTS

Secteur « Services de santé mentale »

Demande de dérogation : 1

Modification d'agrément pour extension du cadre : 7

Modification d'agrément pour changement du siège d'activités : 1

Secteur « Services actif en matière de toxicomanies » Modification d'agrément pour modification de cadre : 2 Modification d'agrément pour extension de cadre : 3

Secteur « Centres d'action sociale globale »

Modification d'agrément: 1

Demande d'agrément provisoire : 1

Secteur « Centres de planning familial »

Modification d'agrément pour modification du cadre : 4

Demande de dérogation : 1

Modification d'agrément pour extension du cadre : 1

Secteur « Maisons médicales »

Demande d'agrément à durée indéterminée: 1

Modification d'agrément : 1

Modification d'agrément pour 2ème siège d'activités : 1

Secteur « Services de médiation de dettes »

Néant

Secteur « Centres d'accueil téléphonique »

Néant

Secteur « Réseaux »
Demande d'agrément: 2

Les votes ont tenu compte de l'absence de programmation.

6. RÉUNIONS COMMUNES AVEC LA SECTION « AIDE ET SOINS A DOMICILE »

Rapport annuel et information sur le 3e tiennat

- 5e rapport
- conclusions tiennat DEQ 2
- procédure 3e triennat

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, tel que modifié

- présentation et débat article par article

7. TRAVAUX, INFORMATION ET AVIS D'INITIATIVES

Évocations:

Remises des avis

- abstention récurrente
- nécessité de repenser action

Rôle du conseil consultatif

- débat sur les rôles, missions, méthodes de travail et attentes de la section

Thèmes 2017

- « Le manifeste du travail social »
- « Politique des soins de santé de 1^{re} ligne »
- Programmation retour des chercheurs sur « Bruxelles en 2025 »
- Présentation de la carte des divers lieux et organes de recherche

Présentations

Réfugiés et ambulatoire bruxellois

- présentation par asbl Ulysse
- rétroactif situation
- questionnements généraux sur migration et radicalisation
- demande de concertation avec les différents niveaux de pouvoir

Réseau bruxellois en santé mentale pour enfants et adolescents « bru-stars »

- projet fédéral
- politique de soins de santé mentale pour enfants et adolescents en crise
- réseau bilingue
- 3 phases
- 2 programmes

DEQ

- présentation rapport sur les propositions de thèmes et listes thématiques sectorielles (DEQ 3)
- présentation rapport annuel d'évaluation (DEQ 2)

Le Président de la Section,

Michel KESTEMAN

4. Section « Cohésion sociale »

1. RAPPEL DES SECTEURS CONCERNÉS PAR LA SECTION

Pour mémoire, le décret du 13 mai 2004 relatif à la cohésion sociale a mis en place la section « Cohésion sociale » dans le décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé.

À l'instar des autres sections, la section Cohésion sociale a pour mission de donner, d'initiative, à la demande de l'Assemblée ou à la demande du Collège, des avis sur toutes les questions qui concernent la cohésion sociale. Son avis est ainsi requis sur les projets de décrets et leurs arrêtés d'exécution ainsi que sur les contrats communaux et régionaux de cohésion sociale.

L'article 3 du décret du 17 mai 2004 relatif à la cohésion sociale définit par « cohésion sociale » l'ensemble des processus sociaux qui contribuent à assurer à tous les individus, quelle que soit leur origine nationale ou ethnique, leur appartenance culturelle, religieuse ou philosophique, leur statut social, leur niveau socioéconomique, leur âge, leur orientation sexuelle ou leur santé, l'égalité des chances et des conditions, le bien-être économique, social et culturel, afin de permettre à chacun de participer activement à la société et d'y être reconnu.

Ces processus visent en particulier la lutte contre toute forme de discrimination et d'exclusion sociale par le développement de politiques d'intégration sociale, d'interculturalité, de diversité socioculturelle et de cohabitation des différentes communautés locales.

Ils sont mis en œuvre, notamment, par le développement d'une action communautaire de quartier et du travail en réseau.

2. MEMBRES

L'arrêté du 11 septembre 1997 portant exécution du décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé, modifié par l'arrêté du 26 mai 2005 dispose que la section Cohésion sociale du Conseil consultatif est composée de 24 membres effectifs et de 24 membres suppléants:

- 10 membres représentent les pouvoirs organisateurs, dont une moitié est présentée par les communes éligibles et l'autre par le secteur associatif;
- 3 membres représentent les travailleurs;
- 4 membres représentent les utilisateurs ou les publics cibles;
- 7 membres sont nommés à titre d'experts;

Par ailleurs, un représentant du Centre régional d'appui en Cohésion sociale et désigné par lui, siège à titre consultatif.

L'arrêté 2012/1602 du 20 décembre 2012 et l'arrêté modifiant 2014/66 du 20 février 2014 ont porté nomination des membres suivants :

Représentant les pouvoirs organisateurs et présentés par les communes éligibles

Membres effectifs	Membres suppléants
Myriem AMRANI	Thierry VAN CAMPENHOUT
Ali BENABID	Christophe DENOEL
Juan LATORRE	Agnès SIKIVIE
Valérie SERVAIS	
Béatrice MEULEMANS	Kathy BAUGNIET

Représentant les pouvoirs organisateurs et présentés par le secteur associatif

Membres effectifs	Membres suppléants
Ali CICEK	Rajaâ JABBOUR
Jacques-Yves LE DOCTE	Emilio DANERO
Rachida MEFTAH	Colette SWAELENS
Maria MIGUEL SIERRA	Anastasia PAPADOPOULOS
Iuccia SAPONARA	Nicolas KLEPININE

Représentant les travailleurs

Membres effectifs	Membres suppléants
Emmanuel BONAMI	Anne-Marie MAGNANI
Encarni BERMUDEZ	Roland SPEECKAERT
Gjergj DODAJ	

Représentant les utilisateurs ou publics cibles

Membres effectifs	Membres suppléants
Anne-Chantal DENIS	Hayat ASSABOUNTI
Alain CAUFRIEZ	Jacques VERSTRAETEN
Alain WILMAERT	
Véronique MARISSAL	Simon DE BROUWER

Représentant les experts

Membres effectifs	Membres suppléants
Azita BANAI	Philippe LEGRAIN
Michel VANDERKAM	Michel DUPONCELLE
Jacques-Baudouin DETROZ	Laurent TOUSSAINT
Geoffroy CARLY	
Benoit VANDERMERSCHEN	

Ont été nommés, au titre de présidente de la section « Cohésion sociale », Madame Myriem AMRANI et, au titre de vice-président, Monsieur Alain WILLAERT.

L'arrêté du 5 mai 2011 portait nomination des membres jusqu'au 5 mai 2016. Un appel à candidatures a été publié au *Moniteur belge* du 2 février 2016 en vue du renouvellement des membres et modifié par l'erratum du 15 avril 2016.

L'arrêté 2016/585 du 16 juin 2016 a porté nomination des membres suivants :

Représentant les pouvoirs organisateurs et présentés par les communes éligibles

Membres effectifs	Membres suppléants
Myriem AMRANI	Rik BAETEN
Ali BENABID	Olivier BONNY
Juan LATORRE	Karim BOUHOUT
Agnès SIKIVIE	Sylvie LAMPACH
Basma BEN AMAR	

Représentant les pouvoirs organisateurs et présentés par le secteur associatif

Membres effectifs	Membres suppléants
Alain CAUFRIEZ	Anastasia PAPADOPOULOS
Ali CICEK	Michel VANEECKHOUT
Anne IWENS	Bruno VANKELEGOM
Houria OUBERRI	
Laurent TOUSSAINT	

Représentant les travailleurs

Membres effectifs	Membres suppléants
Encarni BERMUDEZ	

Représentant les utilisateurs ou publics cibles

Membres effectifs	Membres suppléants
Anne-Chantal DENIS	Anne BRISBOIS
Véronique MARISSAL	Simon DE BROUWER
Rachida MEFTAH	Magali VERDIER
Alain WILLAERT	

Représentant les experts

Membres effectifs	Membres suppléants	
Séverine ACERBIS	Geoffroy CARL Y	
Azita BANAi	Charlotte BERTIN	
Carlos CRESPO GARCIA		
Jacques Baudouin DETROZ		
Michel DUPONCELLE		
Pierre EVRARD		
Bruno MARTENS		

Madame Myriem AMRANI est nommée Présidente de la section et Monsieur Alain WILLAERT est nommé Vice-Président de la section « Cohésion sociale».

- Présentation des nouveaux membres;
- Avis sur la désignation de 2 membres de la section auprès du Bureau du Conseil consultatif : Encarni BERMUDEZ et Juan LATORRE

Vote: 21 votes positifs

3. RÉUNIONS

En 2016, la section « Cohésion sociale » s'est réunie à 9 reprises, à savoir les dates des 12 janvier, 9 février, 8 mars, 12 avril, 14 juin, 13 septembre, 11 octobre, 8 novembre et le 13 décembre.

Le nombre de présents a été en moyenne de 14 et le nombre de votants de 14 également.

Pour rappel, depuis la séance du 24 mai 2011, il a été décidé que les suppléants remplaçaient – à l'exception des représentants des travailleurs – n'importe quel membre effectif de la même catégorie et non plus un effectif spécifique. Ceci afin de pouvoir atteindre le quorum de façon efficiente.

Par ailleurs, depuis le 20 juin 2006, les membres suppléants sont invités à participer aux réunions.

En vertu de l'article 13 de l'arrêté du 11 septembre 1997 du Collège de la CCF portant exécution du décret du 5 juin 1997, il a été rappelé que « tous les membres du Conseil consultatif et les membres des groupes de travail sont tenus au secret des délibérations, il en va de même des documents et des renseignements dont ils ont connaissance de par l'exercice de leur mission. Sur proposition d'une section, en cas de manquement grave à ses obligations, un membre peut être démis par le Collège ».

4. EXAMEN DE PROJETS DE TEXTES LÉGAUX ET AVIS SUR CES TEXTES

13/09 Avis sur le projet d'arrêté d'exécution précisant les nouvelles missions du CRACS

Vote: 21 votes positifs

5. LES ACCORDS DE PRINCIPE, AGRÉMENTS – CONVENTIONS SPÉCIFIQUES – CONTRATS COM-MUNAUX ET RÉGIONAUX, RENOUVELLEMENTS, MODIFICATIONS, REFUS ET RETRAITS D'AGRÉ-MENTS – CONVENTIONS SPÉCIFIQUES – CONTRATS COMMUNAUX ET RÉGIONAUX

Les contrats communaux et régionaux et leurs avenants

9 février Avis concernant l'avenant au contrat régional

Vote: 11 votes positifs et 1 abstention

8 mars Avis concernant l'avenant au contrat communal de Saint-Gilles. Le quorum n'étant pas atteint ce

jour le vote a été reporté au 12 avril.

Vote: 11 votes positifs

14 juin Avis concernant l'avenant au contrat communal de Saint-Josse.

Vote: 11 votes positifs

13 septembre Avis concernant les avenants aux contrats communaux de Molenbeek et d'Ixelles.

Vote: 14 votes positifs

6. GROUPE DE TRAVAIL RELATIF À LA PROPOSITION DE RÉFORME DU DÉCRET COHÉSION SOCIALE ET DU FIPI

12 janvier État d'avancement des réflexions du groupe de travail relatif à la réforme de décret Cohésion

sociale et du FIPI, présentation de la note d'avis d'initiative

9 février Complément à la note soumise le 12 janvier et avis sur les modifications apportées

Vote: 11 votes positifs

7. INVITATION DE PERSONNES EXTERNES

Néant.

8. MEMENTO

11 octobre et 8 novembre Mise à jour du mémento de la section

13 décembre Avis sur la proposition de Mémento.

Vote: 14 votes positifs

9. DIVERS POINTS D'INFORMATION

12 janvier

Désignation des candidats concernant la représentation de la section Cohésion sociale au sein de la Commission belge francophone et germanophone de l'UNESCO : Encarni BERMUDEZ désignée comme membre effectif et Agnès SIKIVIE désignée comme membre suppléant. Prolongation de désignation du CRACS en tant que Centre régional d'appui.

12 avril

Évaluation de la section« Cohésion sociale »du Conseil consultatif: suggestions, remarques et conseils.

- 13 septembre Exercice de pré-représentation des membres à l'égard des missions du Conseil consultatif par Myriem AMRANI;
 - Présentation du contexte institutionnel du Conseil consultatif de Cohésion sociale par le CRACS:
 - Présentation du Mémento par Alain Willaert;
 - Répartition des réserves communales de Saint-Josse et d Saint-Gilles.

La présidente de la Section,

Myriem AMRANI

5. Section « Hébergement »

1. SECTEURS CONCERNÉS

La section Hébergement du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé a pour mission de donner des avis sur les questions qui concernent les structures d'accueil et/ou de soins résidentielles. Les secteurs concernés sont :

- les établissements résidentiels pour personnes âgées : les résidences services et les maisons communautaires;
- les services d'accueil de jour pour personnes âgées;
- les maisons d'accueil;
- les hôpitaux;
- les initiatives d'habitations protégées.

2. MEMBRES

La section « Hébergement » est composée de 17 membres effectifs et de 17 membres suppléants :

Représentant les pouvoirs organisateurs :

Effectifs	Suppléants
Michel VANDENBUSSCHE	Severine CLINAZ
Jean-François CULOT	Alex PELTIER
Dominique DEPUYDT	Colette JACOB
Vincent FREDERICQ	Martine DEPREZ
Christine VANHESSEN	Elisabeth DELADRIER

Représentant les travailleurs :

Effectifs	Suppléants
Fabrice GREGOIRE	Roland SPEECKAERT
Wojciech KACPRZYCKI	Nathalie SNAKKERS
Ghislain AMPELIO	Francis STEVENS

Représentant les utilisateurs ou publics cibles :

Effectifs	Suppléants
Rocco VITALI	Nicolas DE KUYSSCHE
Marie-Pierre DELCOUR	Sophie GOFFINET
Anne JAUMOTTE	Gerlinde BREMHORST
Daniel FULD	Marion FAIGNAERT

Représentant les experts :

Effectifs	Suppléants
Hélène ARONIS BRYKMAN	Thierry VAN DE WIJNGAERT
Christian DEJAER	Luc DETAVERNIER/Joëlle JOSSE
Annette PERDAENS	Florence CROCHELET
Micky FIERENS	Martine VERMEYLEN
Catherine VERDICKT	Marianne SAUVAGE

Présidence : Monsieur Vincent FREDERICQ

Vice-Présidence : Monsieur Dominique DEPYUDT

Membres du Bureau : Madame Hélène ARONIS BRYKMAN, Messieurs Vincent FREDERICQ, Dominique DEPUYDT et Daniel FULD

3. RÉUNIONS

En 2016, la Section Hébergement s'est réunie à 6 reprises. Le nombre de membres présents a été en moyenne de 6 personnes et le nombre de votants de 5 personnes.

4. EXAMEN DE PROJETS DE TEXTES LÉGAUX ET AVIS SUR CES TEXTES

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, tel que modifié

Arrêté 2016/854 du Collège de la Commission communautaire française fixant les critères et modalités d'octroi de subventions visant au soutien de l'accueil de l'enfance

Avant-projet de décret de la Commission communautaire française modifiant le décret du 27 mai 1999 relatif à l'octroi de l'agrément et de subventions aux maisons d'accueil

5. ACCORDS DE PRINCIPE, AGRÉMENTS, RENOUVELLEMENTS, MODIFICATIONS, REFUS ET RETRAITS D'AGRÉMENTS

Résidences-services

Agrément: 1

Secteur service d'accueil de jour pour personnes âgées

Prorogation d'agrément : 2 et dérogation de qualification : 1

Service d'Écoute pour Personnes âgées maltraitées

Prorogation d'agrément : 1

Secteur des maisons d'accueil

Renouvellement d'agrément : 12

Secteur Initiative d'Habitations Protégées

Renouvellement d'agrément : 1

Service de Télé-vigilance

Prorogation d'agrément : 2

Secteur Hôpitaux et Maisons communautaires

Néant

6. TRAVAUX ET AVIS D'INITIATIVES

Évocation organe intra-francophone acteur de terrain

- Coordination social-santé
- Idée de concertation préalable avant adoption textes législatifs

Évocation colloque SEPAM et Brussels Meldpunt Ouderennis handeling

- Thème : « lieux de vie pour les seniors : n'attendons pas pour accueillir la diversité »
- 14 juin 2016

Évocation lutte contre les violences familiales

- Groupe pilote Commission communautaire française Région wallonne
- But : harmonisation des statistiques et réglementations

Évocation problème de présences dans les différents conseils consultatifs

Évocation Housing-First

- Origine, but, projets, évaluation

Évocation projet « article 107 »

Le Président de la Section,

Vincent FREDERICQ

6. Section « Personnes handicapées »

1. SECTEURS CONCERNÉS

La Section « Personnes handicapées » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé a pour mission de donner des avis d'initiative ou à la demande du Collège sur toutes les questions concernant les personnes handicapées. Son avis est requis sur les projets de décrets et leurs arrêtés d'exécution ainsi que lorsqu'une norme prescrit l'obtention de l'avis d'un organe consultatif pour un service ou un centre agréé par le Gouvernement francophone bruxellois dans un des secteurs suivants :

- Accueil et hébergement

- Centres de jour et d'hébergement (adultes/enfants)
- Centres de jour d'enfants scolarisés ou non scolarisés

- Emploi et aides à l'intégration

- Services d'accompagnement
- Service d'interprétation pour sourds
- Services spécialisés en matière d'accessibilité de l'espace social aux personnes handicapées
- Centres d'orientation spécialisée
- Entreprises de travail adapté

- Prestations individuelles

- Admissions
- Aides matérielles et techniques
- Emploi/Formation
- Accueil de jour et hébergement

2. MEMBRES

La Section « Personnes handicapées » est composée de 24 membres effectifs et de 24 membres suppléants :

Représentant les pouvoirs organisateurs

Membres effectifs	Membres suppléants
Anne JACQUES (ACSEH)	Axel GODIN (ACSEH)
Danièle WARLET (ACSEH)	Violaine VANCUTSEM (ASAH)
Annick SEGERS (ACJB)	Jacques BEGASSE (ACJB)
Ariane HASSID (ANCE)	Abdel LAQDIM (ANCE)
Marianne FEDOROWICZ (ASAH)	Christelle NINFORGE (ASAH)
Benoît CEYSENS (FEBRAP)	Kaliopi LOLOS (FEBRAP)

Représentant les travailleurs

Membres effectifs	Membres suppléants
Luca BALDAN (CNE)	Cihan DURMAZ (CNE)
Anne-Marie MAGNANI (CNE)	Alexandre MAUGER (CNE)
Dominique ANTOINE (SETCA)	Juan Cuesta BARROS (SETCA)
Spero HOUMEY (SETCA)	Yves DUPUIS (SETCA)

Représentant les utilisateurs ou publics cibles

Membres effectifs	Membres suppléants
Frédéric STORME (I see)	Bernadette OTTO (ONA)
Pascale BIOT	Samir EL BIDADI (Le 6e Sens)
Catherine DOETSCH (Constellations)	Chantal PIRLOT de CORBION (ABP)
Pascale VAN DER BELEN (ISourds Bxl)	Patrice JABENEAU (FFSB)
Thérèse KEMPENEERS (AfrAHm)	Vinciane BERCKMANS (Maladies Rares)
Julie BAROZZINI (ALTEO – ACIH)	Marc TREMOUROUX (ALTEO – ACIH)
Florence LEBAILLY (ASPH)	Joëlle JOSSE (Mutualités Libres)
Christine CROISIAUX (La Braise)	Jacques LODOMEZ (AP3)

Représentant les experts

Membres effectifs	Membres suppléants
Miguel Gerez (AMT Concept-SOLIVAL)	Pascale CARIER (ASAH)
Chantal LIGNY (Comprendre & Parler)	Nathalie DELALEEUWE (CDCS)
Véronique GHESQUIERE (CÉgalitéC)	Marie-Ange VANDECANDELAERE (CÉgalitéC)
Cinzia AGONI (Briques du GAMP)	Jean-François ULLENS (CBA)
Michel Magis (Ligue Braille)	Rajâa JABBOUR (3 ^{ème} œil)
Yves KAYAERT (Itinéraires)	Marie Rose KADJO (L'entretemps)

Composition du Bureau : Présidente, Vice-Président, Madame JABBOUR et Madame ANTOINE.

3. RÉUNIONS

En 2016, la Section « Personnes handicapées » s'est réunie à huit reprises. Le nombre de membres présents a été en moyenne de 15 personnes.

4. EXAMEN DE PROJETS DE TEXTES LÉGAUX ET AVIS SUR CES TEXTES

6 janvier 2016 :

 Avis sur l'avant-projet de décret portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire française

Avis: voir annexe 11

5. ACCORDS DE PRINCIPE, AGRÉMENTS, RENOUVELLEMENTS, MODIFICATIONS, REFUS ET RETRAITS D'AGRÉMENTS

- Accueil et hébergement

Centres de jour :

- 2 demandes d'agrément,
- 5 demandes de renouvellement d'agrément et
- 1 demande de modification d'agrément ont bénéficié d'un avis favorable.

Centres d'hébergement (adultes/enfants) :

- 2 demandes de renouvellements d'agrément et
- 1 demandes de modification d'agrément ont bénéficié d'un avis favorable.

- Emploi et aides à l'intégration

Services d'accompagnement :

- 1 demande d'agrément et
- 2 demandes de renouvellement d'agrément ont bénéficié d'un avis favorable.

Avis sur le projet d'arrêté 2016/... du Collège de la Commission Communautaire française établissant la liste des services reconnus pour assurer l'accompagnement pédagogique

Avis: Favorable

Service d'interprétation pour sourds :

1 demande de renouvellement d'agrément a bénéficié d'un avis favorable.

Centres d'orientation spécialisée :

Néant

Entreprises de travail adapté :

Néant

6. AVIS SUR LES DIVERS POINTS SOUMIS PAR LE COLLÈGE

4 mai 2016:

- Avis sur le dossier d'Immunité Fiscale asbl « CREAHM »

7 septembre 2016:

- Avis sur le dossier d'Immunité Fiscale asbl « FEMA »
- Avis sur le dossier d'Immunité Fiscale asbl « APTES »

7. TRAVAUX ET AVIS D'INITIATIVE

6 janvier 2016:

- Avis sur les commentaires des associations et conseils d'avis représentant les personnes handicapées relatif au 10ème rapport national de l'État belge relatif à la Charte sociale européenne
- Avis sur l'accessibilité des sites internet de la Commission communautaire française, discussion sur base de l'avis du Conseil National Supérieur de la PH

16 novembre 2016:

 Avis sur la redistribution au 1^{er} janvier 2017 des 15 places (libres et/ou libérées) au quota global des Entreprises de Travail Adapté (ETA)

8. GROUPES DE TRAVAIL

Groupes de travail permanents

- Groupe de travail relatif à l'aide individuelle
- Groupe de travail relatif à l'intégration professionnelle en milieu ordinaire
- Groupe de travail « Coordination Conseils consultatifs communaux »
- Comité de suivi du plan d'action grande dépendance

5 octobre 2016 : Analyse de la mise en œuvre du plan et recommandations

Groupes de travail relatifs au décret inclusion (clôturé en mai 2016)

- Logement inclusif
- Activités de jour

Groupes de travail dans lesquels la section est représentée

- Le Bureau
- L'Observatoire
- Le Groupe de travail « Accessibilité des transports publics SNCB-STIB »
- Le Transport scolaire
- L'Intégration scolaire
- Le Comité de référence relatif à l'intervention d'un tiers dans la vie relationnelle, affective et sexuelle de la personne en situation de handicap en Région bruxelloise

Présentation de leur travail le 1er juin 2016 - S. DONNAY

- La Plateforme Vieillissement
- Liste centralisée (créé en juin 2016)

9. INVITATION DE PERSONNES EXTERNES À LA SECTION

2 mars 2016 : Présentation du rapport d'activités 2015 de l'Interface des Situations Prioritaires -

M. JOHNEN et S.LEMAITRE

4 mai 2016 : Présentation du plan de réseau en santé mentale pour les enfants et adolescents bruxel-

lois « Bru-Stars » - S. DONNAY

1^{er} juin 2016 : Présentation de l'European Disability Card – G. COCLE

16 novembre 2016 : Présentation du rapport POOL H/Actiris- M. LANS

10. DIVERS

Présentation du budget 2016 – E. COPPIETERS

Discussion sur les nouvelles voitures M7 commandées par la SNCB

Présentation du projet d'accord de coopération avec la Région wallonne - E. COPPIETERS

Mars 2016 : courrier relatif aux nouvelles mesures ACS à la Ministre C. FREMAULT

Présentation du Rapport d'Activités 2015

Octobre 2016 : courrier relatif aux soins en institutions à la Ministre C. FREMAULT

Présentation du budget 2017 - E. COPPIETERS

La Présidente de la Section,

Thérèse KEMPENEERS-FOULON

7. Section « Promotion de la santé »

1. RAPPEL DES SECTEURS CONCERNÉS PAR LA SECTION

Pour mémoire, la section de promotion de la santé du Conseil consultatif a été créée par le décret relatif à la promotion de la santé du 18 février 2016.

Ce décret définit la promotion de la santé comme « le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population et à réduire les inégalités sociales de santé en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques ».

La section promotion de la santé est chargée de donner des avis sur toutes les questions qui concernent la promotion de la santé, y compris sur la médecine préventive, et d'instruire les questions d'éthique que ce soit d'initiative, à la demande de l'Assemblée sur des propositions de décret, ou à la demande du Collège.

Son avis est requis sur des projets de décret et d'arrêtés d'exécution relatifs à la politique de la santé et plus particulièrement de la promotion de la santé, ainsi que sur le plan de promotion de la santé. Il est aussi requis sur les appels à candidatures du service d'accompagnement et des services de support et les appels à projets destinés aux acteurs, ainsi que sur les dossiers de candidatures et les réponses aux appels à projets pour des subventions supérieures à 50.000 euros indexés.

2. LES MEMBRES

La section est composée de 14 membres effectifs et de 14 suppléants.

Membres effectifs	Membres suppléants
GOSSELAIN Yves	CHENEBON Olivier*
TAEYMANS Bernadette	TREFOIS Patrick
VANDERSTICHELEN Emilie	RODRIGUEZ-LOPEZ Julie
BOUCHER Antoine	BONAMI Emmanuel**
DUFRANE Michaël	VANDENABEELE Philippe
DUPUIS Yves	CHAFI Abder
WILLIOT Chantal	DUBETZ Elise
LAMBERT Virginie	CANTELLI Fabrizio
DIELEMAN Myriam	MARTIN Thierry
MANNAERTS Denis	DÉJOU Frédérique
GODIN Isabelle	AUJOULAT Isabelle
CASERO Lucia	VAN HUYCK Catherine
DE BOCK Christian	VANKELEGOM Bruno
MOREL Jacques	VEGAIRGINSKY Catherine

^{*} En 2016, Mme Muriel Allart a été nommée pour remplacer M. Olivier Chenebon, démissionnaire.

Présidence : Jacques MOREL

Vice-Présidence : Myriam DIELEMAN

Membres du bureau : Isabelle AUJOULAT, Myriam DIELEMAN, Jacques MOREL, Catherine VEGAIRGINSKY.

^{**} Monsieur Emmanuel BONAMI a également démissionné. Aucun remplaçant n'a été nommé.

3. LES RÉUNIONS

En 2016, 4 séances de la section se sont tenues le 7 juillet, le 16 octobre, le 16 novembre et le 9 décembre. Le nombre de présents a été en moyenne de 15 et le nombre de votants de 12.

4. EXAMEN DE PROJETS DE TEXTES LÉGAUX ET AVIS SUR CES TEXTES

Lors de la séance inaugurale de la section de promotion de la santé, un avis sur l'Arrêté portant exécution du décret du 18 février 2016 relatif à la promotion de la santé a été émis.

Cet avis était globalement favorable moyennant la prise en compte de diverses remarques dont notamment un refus de se prononcer sur la proposition de grille d'évaluation pour les candidatures et les projets en raison d'un manque de temps (la section recommandait un test préalable à sa diffusion), ainsi qu'une recommandation afin de solliciter l'avis de la section sur la qualité des programmes lors de la désignation des acteurs de médecine préventive.

5. DÉSIGNATIONS, RENOUVELLEMENTS, MODIFICATIONS, REFUS OU RETRAITS DE DÉSIGNATIONS

Dans le cadre du standstill prévalant en 2016 et 2017, aucun dossier n'a été examiné.

6. RÉUNIONS COMMUNES AVEC D'AUTRES SECTIONS

Néant.

7. TRAVAUX ET AVIS D'INITIATIVE

En 2016, la section de promotion de la santé a jugé utile d'émettre des recommandations sur le futur plan de promotion de la santé prévu dans le décret du 18 février. Cet avis s'est construit lors des séances du mois d'octobre, de novembre pour être finalisé et approuvé en décembre 2016. Un groupe de travail ponctuel s'est réuni pour préparer la discussion du mois de novembre. Cet avis est joint en annexe (voir annexe 12).

La section a également travaillé à élaborer des recommandations sur le dispositif d'octroi d'espaces gratuits en radio et en télévision pour des campagnes de promotion de la santé. Cet avis n'a pas encore été finalisé/approuvé en 2016.

8. DIVERS

Néant.

Le Président.

Jacques MOREL

ANNEXES

ANNEXE 1



I. IDENTIFICATION DE L'ASSOCIATION

Service Public Francophone Bruxellois

QUESTIONNAIRE POUR L'ANALYSE D'UN NOUVEAU DOSSIER D'IMMUNITE FISCALE

A. Nom complet de l'association :
B. Situation juridique de l'organisme :
ASBL ASBL para communale
Autres (précisez)
Une cotisation est-elle demandée auprès des membres ? oui / non Si oui, quel montant :
C. Numéro d'entreprise (de la Banque Carrefour) :
D. Dépôt des statuts et des comptes et bilan :
Date de publication des statuts au Moniteur Belge
Date(s) de publication au Moniteur Belge des modifications des statuts
Votées au cours de la dernière année écoulée
Dépôt des comptes et bilan : Banque Nationale de Belgique oui / non Greffe du Tribunal : oui / non (preuve du dépôt)

E. Aaresse au Siege Social :
Rue et N°:
Code postal et commune :
Téléphone:
Fax : Courriel :
Site internet:
F. Siège(s) d'activité(s)
Rue et N°:
Code postal et commune :
Téléphone :
G. Votre association est-elle reconnue par une ou plusieurs autorités publiques ? oui / non
Si oui, lesquelles ?
H. Votre association est-elle affiliée à une ou plusieurs fédérations ou autres ? oui / non
Si oui, lesquelles ?
I. Quels sont les moyens en travailleurs de votre association ?
Inscrivez le nombre de travailleurs engagés et précisez leur temps de travail pour chacune des années.
Exemples: 1 temps plein: 1 x 1/1

Si certains travailleurs relèvent d'une autre catégorie que celles que nous proposons, indiquez leur nature dans les cases (autre (préciser)) de la 1ère colonne du tableau.

2 x 1/2

1 x 1/3

2 mi-temps:

1 tiers temps:

Origine des financements	Année en cours	Prévision année suivante
Cocof		
F.B.I.E.		
Autres programmes de la Fédération Wallonie-Bruxelles		
A.C.S.		
Ex T.C.T.		
Autres programmes de la Région Bruxelles Capitale / Actiris		
Communes		
V.G.C. (Vlaamse Gemeenschaps-commissie)		
A.L.E.		
Autres programmes du Fédéral		
Fondation Roi Baudouin		
Programmes européens		
Fonds Propres		
Volontaires (contractuels)		
Autre :		

II . Présentation des activités

ette activité est-elle votre activité principale	oui / non
association est-elle subventionnée	oui/non
Si oui par qui :	
	oitale ou déborde-t-elle sur les
Régions avoisinantes ?	
Régions avoisinantes ? Public cible de l'activité principale (indiquez également	
Régions avoisinantes ? Public cible de l'activité principale (indiquez également	
Régions avoisinantes ? Public cible de l'activité principale (indiquez également	
Régions avoisinantes ? Public cible de l'activité principale (indiquez également	
Son activité est-elle centrée sur la Région de Bruxelles-Cap Régions avoisinantes ? Public cible de l'activité principale (indiquez également catégories d'âges, le niveau socio-économique), :	

Les activités sont-elles gratuites ?	oui / non
Si non combien doit-on payer ?	
Dans quels locaux, les activités sont-elles organisées ?	
III. <u>Réseau de l'asbl</u>	
L'asbl est-elle indépendante ou dépend-elle d'une structure faîtière ?	
Si oui, coordonnées complètes.	
Nom:	
Adresse:	
Site web:	
L'adhésion à cette structure est-elle gratuite ?	oui / non
Si non, quel montant ?	

L'asbl travaille-t-elle en collaboration ou en partenariat avec d'autres organismes ? oui / non
Si oui, lesquels?
Partenariats:
- Structurels
- Occasionnels
Collaborations:
- Structurelles
- Occasionnelles
Nom et prénom :
Fonction:
Date et Signature

ANNEXE 2

AVIS D'INITIATIVE DU BUREAU DU CONSEIL CONSULTATIF BRUXELLOIS FRANCOPHONE DE L'AIDE AUX PERSONNES ET DE LA SANTÉ SUR LA GOUVERNANCE PAR APPEL À PROJETS

Une figure récente de la gouvernance politique constatée en France, en Flandre et aujourd'hui en Région bruxelloise, vise à fonctionner par appel à projets, non plus seulement dans les programmes budgétaires facultatifs (les « initiatives »), mais également dans le cadre des politiques publiques structurelles, les décrets (Cohésion sociale, Promotion de la santé …). Le présent avis d'initiative du Bureau du Conseil consultatif poursuit l'objectif d'attirer l'attention du Gouvernement bruxellois francophone sur les tensions et risques potentiels que ce mode de management fait peser sur la pérennité des actions et la sécurité des associations actives dans nos secteurs d'activités.

Cela fait maintenant une trentaine d'années que les politiques d'aide et de soins à destination des populations les plus démunies font l'objet de réformes et d'adaptations continues. Nous pouvons constater au moins deux constantes dans cette transformation des rapports entre associations subventionnées et autorités subsidiantes : l'application croissante de la doctrine économique libérale qui instaure la mise en concurrence de tous avec tous – un constat qui vaut également pour nos usagers ou patients qui n'ont d'autres choix que de s'activer pour survivre – et la volonté de disposer de résultats mesurables, quantifiables sans délais, laissant la primauté aux chiffres sur les lettres.

Les économies imposées aux services (aux) publics par les politiques d'austérité font également sentir leurs effets : la part des subsides publics dans les revenus totaux des associations diminue au fil du temps. De 57 % en 2012, elle est passée à 48 % en 2015, selon le procédé dit « de la râpe à fromage », autrement dit en diminuant partout de manière peu visible et lisible.

On est ainsi entré dans l'ère de « l'État activateur », censé remplacer avantageusement « l'État providence ». Le nouveau rapport qui s'instaure entre les pouvoirs publics et l'associatif est celui du marché, de la relation fournisseur/client. Ce nouveau paradigme qui tend à se généraliser aussi dans nos domaines d'activités n'est pas sans conséquences.

À la fois encouragés et obligés, les services aux publics que sont nos associations tentent le plus souvent de pallier le manque d'adéquation entre leurs moyens et leurs besoins par l'appel au secteur commercial. Philanthropie, mécénat, et également sponsoring. Pour ce faire, elles doivent rechercher la plus grande visibilité possible, prendre des engagements de résultats à court terme et adopter les méthodes et le langage du secteur marchand.

Nous ne partageons pas l'idée d'un secteur associatif qui devrait adopter les méthodes, us et coutumes du secteur commercial pour survivre et répondre aux besoins grandissants d'une population qui subit de plein fouet l'augmentation des inégalités sociales. Nos usagers et patients ne sont pas des clients. Les comptes satellites de la BNB montrent l'importance de notre poids économique. Nous revendiquons une place de tiers secteur reconnu comme bien distinct, développant ses propres méthodes, outils et vocabulaire. Il nous paraît essentiel que les opérateurs publics puissent aussi être traités de la sorte.

Si nous tenons comme principes que :

- 1. Le financement public devrait permettre aux pouvoirs organisateurs de disposer du personnel adéquat à l'exercice de la mission sur la durée avec la capacité de le rétribuer (salaire dès l'engagement et capacité de payer le préavis en cas de cessations de l'activité ou de déconvenue sur les modalités), avec une couverture des frais occasionnés par la mission (frais généraux d'établissement ou de fonctionnement, frais d'équipement ou de formation ou de transport, frais informatiques ...).
- 2. La détermination d'un lieu (siège d'activités) et d'un territoire d'action permet de garantir la faisabilité d'une mission concrète intensive (investissement, suivi) et non extensive dans l'espace. Cela permet d'assurer une vraie accessibilité et de couvrir le territoire d'action par différents intervenants distribués de manière à assurer la mission au bénéfice de tous les habitants de la région considérée.

- 3. La détermination d'un temps de la mission permet de :
 - a. garantir un délai de traitement des bénéficiaires;
 - b. donner le temps requis à l'organisation d'un service pérenne avec les garanties de financement des postes d'emploi affectés avec une stabilité suffisante:
 - c. formaliser la question de l'accès supposé requis 24h sur 24 ou la réorientation vers un autre opérateur accessible aux heures inconfortables .
- 4. La détermination des compétences minimales requises pour le personnel devrait permettre de garantir un service au public compétent avec un dosage suffisant s'il s'agit de compétences multiples (travailleur social, assistant social, médecin, juriste, ... secrétariat, entretien).
- 5. Le contrôle périodique par une inspection et par la remise d'un rapport annuel économique, qualitatif et quantitatif quant à la réalisation des objectifs précisés et annoncés et quant aux effets collatéraux positifs (développement, réorientation, substitution justifiée) ou négatifs (catastrophe, changement de contexte, résistance de l'environnement ou des personnes) permet à l'organisation et au pouvoir subsidiant de réviser les objectifs et leur condition de réalisation (options stratégiques, réorientation de l'action institutionnelle et des personnes) dans le dialogue requis et possible, en interne et en externe. Cela permet d'éviter la banalisation de l'action, l'émoussement de la performance, l'usure des acteurs et d'envisager toutes les mesures de formation spécifique ou permanente à mettre en place pour améliorer la qualité de réalisation des objectifs convenus. Nous avons connu antérieurement des modalités de révision par quinquennat ou sextennat dans certains secteurs, par triennat dans d'autres ... stabilisés par un agrément définitif pérenne pour les organisations de secteurs ayant fait leurs preuves (mais révisables en cas d'indicateurs préoccupants), ce qui pérennise l'action et sécurise les opérateurs.

Alors, il nous paraît essentiel que la pratique des appels à projets dans nos secteurs d'activités ne puisse convenir qu'à des missions complémentaires et des objectifs secondaires.

La gouvernance par appel à projets précarise le personnel, ce qui risque d'entrainer un désinvestissement dans le dernier quart de la mission, le personnel devant déjà se repositionner dans la recherche d'un nouvel emploi. La vision que cela donne est celui de l'événementisation de l'action sociale, sans doute couplée à une médiatisation de l'attribution qui valorise le mandat politique et les acteurs bénéficiaires.

De plus, le système favorise les grandes organisations qui déploient leurs activités dans plusieurs secteurs. Seules celles-ci pourront en effet gérer financièrement la principale variable d'ajustement qu'est la masse salariale, en fonction des parts de marché gagnées ou perdues. Dans le même ordre d'idées, les grandes organisations sont également mieux outillées pour soumissionner de manière conforme et complète dans les temps imparti par l'autorité adjudicatrice.

Dans l'appel à projets, le sens de l'action est totalement défini par le commanditaire. Ce nouveau mode de relation met à mal toute capacité critique et novatrice aux associations. Pour reprendre textuellement les paroles d'un directeur d'association cité dans le rapport 2015 sur la vie associative de la Fondation Roi Baudouin (¹) : « Les gouvernements ont de plus en plus tendance à octroyer des subsides sur appel à projets pour leurs propres objectifs spécifiques et à mettre en compétition les organisations pour obtenir le meilleur résultat au prix le plus bas. On pense donc beaucoup à court terme, ce qui laisse nettement moins de liberté que les formes d'innovation qui se présentent de toute façon régulièrement au sein de la société. ».

Ce qui est, peut ou doit être innovant ou émergent est défini d'en haut, reçoit un soutien ponctuel, dont l'obsolescence est programmée. Il faut sans cesse de nouveaux chantiers, acteurs ou actions. C'est donc bien de perte d'autonomie qu'il s'agit.

Or, la vigilance citoyenne et associative demeure le garde-fou des politiques, même si le politique doit être le garde-fou de l'activisme hypercréatif qui conduirait à avoir plus de projets que d'habitants sur un territoire. En ce sens, nous déplorons que l'application de la Charte associative reste un chantier délaissé.

⁽¹⁾ https://www.kbs-frb.be/fr/Newsroom/Press-releases/2016/20160115ND.

Nous demandons aux membres du Gouvernement bruxellois francophone de prendre en considération les risques énoncés dans le présent avis lors de la rédaction des textes qui réglementent nos secteurs.

Pour le Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé

Michel Kesteman, Président de la section « Services ambulatoires »

Alain Willaert, Président du Bureau

ANNEXE 3

LETTRE MOBILITÉ

Au Collège des Bourgmestres et Échevins de la Ville de Bruxelles Au Ministre-Président de la Région de Bruxelles-Capitale À la Ministre-Présidente du Gouvernement francophone bruxellois

Bruxelles, le 9 mai 2016

Dans un contexte de réforme du paysage des soins de santé (réduction des durées de séjours en milieu hospitalier, hospitalisations à domicile, plan maladies chroniques ...), un nombre croissant de prises en charge d'aide et de soins s'effectue à domicile.

Ce « virage ambulatoire » n'est pas sans impact sur les bénéficiaires et les prestataires d'aide et de soins à domicile. Un de ces impacts concerne la mobilité en ville.

À cet égard, le Conseil consultatif de l'Aide aux Personnes et de la Santé a pu constater que si l'instauration du piétonnier au centre de Bruxelles a dégagé une série d'externalités positives en lien avec la mobilité des bénéficiaires et des soignants (mobilité douce, diminution de la pollution ...), elle a également joué le rôle de révélateur des problèmes de mobilité que nous rencontrons aujourd'hui sur le territoire de la ville et plus largement sur le territoire de la Région de Bruxelles-capitale.

Certaines options choisies n'ont pas été suffisamment pensées en fonction des besoins et difficultés de nos concitoyens les plus faibles, comme les personnes âgées, handicapées, isolées ou encore les adultes avec de jeunes enfants.

Les intervenants de l'aide et des soins, circulant en voiture, éprouvent d'importantes difficultés pour s'orienter dans l'espace urbain et arriver au plus près du domicile de la personne. Il en résulte une perte de temps aggravée par l'inadéquation de l'offre de parking. Bien plus, certains renoncent à se déplacer et déclinent tout simplement l'offre d'aide ou de soins en invitant le bénéficiaire à s'adresser à un autre service ou un autre intervenant ce qui pose problème en termes d'accessibilité à l'aide et aux soins dans certaines zones.

Faire face à ces difficultés implique un partage d'expertises et un soutien des professionnels concernés dans leur capacité à innover avec les autres acteurs concernés.

En conséquence, nous tenions à nous manifester comme partenaire pour mener à bien les réflexions relatives à la mobilité dans le Pentagone et plus largement sur le territoire de la Région.

Nous pensons que la politique de mobilité doit s'inscrire dans un plan d'ensemble visant à servir l'intérêt général avec une prise en compte des besoins spécifiques des citoyens les plus faibles et de ceux appelés à les aider et à les soigner.

En vous remerciant pour l'attention que vous réserverez à la présente, nous vous prions d'agréer, Mesdames, Messieurs, l'expression de notre plus haute considération.

Pour le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé

ANNEXE 4

Présentation des engagements du Gouvernement RBC en matière d'Handistreaming

www.servicepublic.brussels • www.overheidsdienst.brussels



Handiplan - Juillet 2015

Adoption d'un Handiplan pour favoriser la mise en place d'une politique Handistreaming en région de Bruxelles-Capitale pour législature 2014-2019

Gouvernement régional (GRBC)

Gouvernement francophone bruxellois (COCOF)

Collège Réuni de la Commission communautaire commune (COCOM)



Handiplan ...

Renforcer:

- * Transversalité
- * Inclusion

Dans:

- Toutes matières
- * Tous niveaux
- Tous secteurs

Compétences:

Communautaires

Collaborations

Amplifier:

Synergies

- * Régionales
- * Fédérales





Handiplan - Contenu

- Adoption charte
- Désignation référents handicap // chaque cabinet
- Sensibilisation Pouvoirs/Acteurs
- Incitation communes à participer : Conseil Consultatif
- Accès à l'information
- Développement recherche et nouvelles technologies // inclusion
- Promotion réflexion // études
- Promotion emploi

=> Conférence Interministérielle bruxelloise



SERVICE PUBLIC RÉGIONAL DE BRUXELLES GEWESTELIJKE OVERHEIDSDIENST BRUSSEL

Charte Handistreaming – 3 décembre 2015

Sur mise en œuvre de mesures visant l'inclusion **Engagement des trois Gouvernements** GRBC - COCOF - COCOM

➤ Objectifs listés à réaliser pendant législature

http://www.biancadebaets.be/files/news/20151203-charterhandistreaming.pdf



Ordonnance Handistreaming

« Projet d'ordonnance portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques régionales »

A entamé son parcours législatif:

1ere lecture au Gouvernement RBC le 3 décembre 2015

Actuellement:

Phase de demande d'avis (CES, Société civile, le CIEC...)

Volonté: Adoption avant l'été 2016.

Entrée en vigueur 6 mois après sa promulgation au MB

SERVICE PUBLIC RÉGIONAL DE BRUXELLES GEWESTELIJKE OVERHEIDSDIENST BRUSSEL

« Projet d'ordonnance portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques régionales »

- Mettre en œuvre les principes de la Convention ONU relative aux droits des personnes handicapées / Cadre supranational
- Convention + protocole facultatif ratifiés en juillet 2009 par la Belgique
- 1er rapport périodique remis en 2011 Dialogue constructif avec comité d'experts en 2014 => recommandations
- Prochain rapport à soumettre en 2019 (résultats nécessaires dès 2018 / récolte des données)
- Principes inspirés de l'ordonnance du 29 mars 2012 portant intégration de genre dans les lignes politiques de la Région A



Principes...

- Embrasse le modèle social du handicap (barrières sociales/environnementales) A
- Définition Handistreaming : prise en compte de la dimension du handicap et de la protection et de la promotion des droits de l'homme des personnes en situation de handicap dans toutes les politiques des pouvoirs publics. A
- Approche préventive, transversale et systématique
- Concrétise les engagements du Handiplan / mise en œuvre Handistreaming



Concrétement...

➤ Début de législature :

- Pour chaque Ministre et Secrétaire d'Etat : intégrer le principe d'Handistreaming dans l'élaboration des politiques A
- Objectifs stratégiques à atteindre pendant la législature
- Moyens à mettre en œuvre

- Rapport intermédiaire présenté au Parlement
- Fin de législature :
- Rapport final présenté au Parlement



Les rapports intermédiaires et finaux :

- Détaillé par compétence régionale
- Actions mises en œuvre pour atteindre les objectifs stratégiques
- Application du Handistreaming dans
- L'octroi de subsides

Les procédures de marchés publics

- Les instruments de planification
- ➤ L'analyse des données statistiques



•

Pour le rapport intermédiaire :

- Les propositions envisagées pour y remédier

Pour le rapport final:

➤ La comparaison des situations en début et en fin de législature



Mise en œuvre du Handistreaming

Application du principe par chaque Ministre et Secrétaire d'Etat

▼ Toutes politiques, mesures et actions dans leur compétence

▼ Tous nouveaux

- plans de gestion,
- contrats de gestion
- Des services publics régionaux relevant de leur compétence autres instruments de planification stratégiques



Mise en œuvre du Handistreaming

Dans le cadre:

➤ Des procédures de passation des marchés publics

Recueil de données statistiques dans chaque domaine de compétence :

➤ Formuler et appliquer les politiques

Visant à donner effet à la Convention



Evaluation - Incidence

Tout projet d'acte législatif ou réglementaire // principe Handistreaming = Si impact avéré : Note au Gouvernement (Note d'incidence)

// ici, éviter l'écueil du test genre systématique



Coordination – Entités fédérées bruxelloises

Homologues communautaires - Coordination:

- Favoriser synergie
- Assurer politique cohérente en la matière

Avant-projet d'ordonnance similaire à la COCOM **Avant-projet décret COCOF**



Conseil du Handicap

Accord de coopération RBC - COCOF - COCOM =

Assurer la consultation effective de la société civile

Forme et fonctionnement à déterminer



Des questions?

Maintenant ...

Ou plus tard:

cdaux@sprb.brussels 02/800.37.25



ANNEXE 5

CONCLUSIONS DE LA PLATE-FORME ASSOCIATIVE ACS

ACS: ne jetez pas l'enfant avec la VI° réforme de l'État

Suite à la VI^e réforme de l'État, d'importantes compétences en matière de politique de l'emploi ont été transférées aux Régions. Dans ce contexte, le gouvernement bruxellois issu des élections de mai 2014 a annoncé son intention de mettre en œuvre une réforme du programme ACS. Ce programme finance quelque 7.000 emplois dans le secteur non-marchand bruxellois et près de 3.300 dans le secteur public.

Avant d'appréhender ce projet de réforme, il nous paraît important de souligner quelques éléments de contexte.

La Région bruxelloise a des caractéristiques sociologiques spécifiques. Tout en étant une capitale nationale et internationale, siège d'institutions connues à travers le monde, elle comporte une population qui connaît une pauvreté et une polarisation de la répartition des revenus particulièrement importante. Un bruxellois sur trois est sous le seuil de risque de pauvreté. Ce qui est deux fois plus qu'en Région wallonne et trois fois plus qu'en Région flamande.

Les premiers programmes de résorption du chômage (PRC) datent de la fin des années 1970'. L'idée : maintenir le pouvoir d'achat de la population par la création d'emplois subventionnés. Ce sont les Cadres Spéciaux Temporaires, et plus tard, les Troisième Circuit de Travail (TCT).

À Bruxelles, la dernière grande réforme des Programmes de Résorption du Chômage date de 1996, année durant laquelle le Gouvernement de Charles Picqué transforme la quasi-totalité des TCT en Agent contractuel subventionné (ACS). Au contraire des TCT, les ACS ne sont plus considérés comme demandeurs d'emploi et leur patron est l'association qui les engage (pour mémoire, les TCT étaient directement payés par l'Office régional de l'emploi – aujourd'hui Actiris).

Cette transformation a permis la création nette d'emploi, en effet, la réduction d'ONSS plus importante pour un ACS que pour un TCT a permis des économies budgétaires qui ont été réinvesties, pour une bonne partie, dans la création de plus de 500 nouveaux postes ACS.

Ce dispositif ACS était tant considéré comme une mesure de remise au travail que comme une aide structurelle au secteur non marchand, lui permettant de bénéficier d'un apport en personnel (nettement) moins précaire et pouvant répondre à ses besoins.

Aujourd'hui, le coût budgétaire du dispositif ACS pour la Région bruxelloise est important : environ 190 millions d'euros. Il convient toutefois de mettre ceci en regard avec les autres grands programmes d'aide à l'emploi. Plus de 210 millions d'euros sont affectés aux réductions de cotisations sociales et aux groupes cibles (sans aucun effet avéré sur le volume global de l'emploi). Plus de 200 millions d'euros sont également consacrés au financement des titres-services, qui bénéficient essentiellement aux ménages les plus aisés.

Le secteur associatif est frappé de plein fouet par les mesures d'austérité budgétaire adoptées aux divers niveaux de pouvoirs. Le Non Marchand, particulièrement les secteurs du socioculturel, de l'aide et du soin, est aujourd'hui déjà structurellement sous-financé. Les moyens ne sont plus à la hauteur des besoins de la population en général et des demandes adressées aux services de première ligne en particulier.

Parallèlement, les modalités d'octroi, de plus en plus fondés sur des appels à projets de courte durée, précarisent les conditions de travail, mettent en péril l'accumulation de compétences internes, augmentent les contraintes administratives et complexifient à outrance la gestion des associations.

Le dispositif ACS actuel permet au secteur non marchand de bénéficier d'emplois qualifiés à durée indéterminée. Toute précarisation de ce dispositif sans contrepartie au moins équivalente aurait au moins trois impacts :

- 1. Elle remettrait en cause des emplois de qualité dans le secteur non marchand (CDI, égalité de barème ...).
- 2. Elle fragiliserait l'action du secteur associatif et non-marchand bruxellois.

3. Elle handicaperait l'accomplissement des missions d'utilité publique assurées par les associations et, au sens large, la cohésion sociale régionale.

De nombreuses associations ne sont pas en mesure de faire face à l'abrogation du financement à 100 % de leurs postes ACS. Elles ne disposent pas de marges financières permettant de prendre le relais. Ce financement doit dans ces conditions être pérennisé. Nous avons constaté que les inspections financières menées par Actiris ne tenaient pas compte des réalités sectorielles et ne pouvaient rendre compte de la capacité réelle des associations à prendre en charge 5 % du salaire des postes ACS.

Par ailleurs, le Gouvernement bruxellois a plusieurs fois évoqué son intention de privilégier les contrats à durée déterminée pour les emplois subsidiés. L'enquête que nous avons menée a souligné les conséquences extrêmement graves pour les associations, leur personnel, leurs missions, leurs usagers, de toute transformation de postes ACS CDI en postes ACS à durée déterminée.

En effet, pour notre personnel, il s'ensuivrait une précarité, une diminution de la motivation, des inégalités entre les membres du personnel stables et temporaires, une perte de compétences et d'expérience, une surcharge de travail administratif à cause du turn-over. Cette énumération n'est pas exhaustive.

Quant aux usagers des secteurs de l'aide et du soin, ils seraient face à une diminution voire une rupture du suivi au niveau de la prise en charge, de l'aide, du soutien ou de l'accompagnement. Alors qu'ils ont pourtant besoin de repères et de sécurité ...

Enfin, pour nos projets et la manière de pouvoir remplir nos missions, précariser nos emplois, c'est aussi ancrer nos projets dans une perte de cohérence et de continuité, risquer des diminutions des activités proposées et nous confronter à une difficulté à envisager des projets sur le long terme, pourtant si important dans la poursuite d'objectifs cohérents.

Ajouter une telle mesure, ou la remise en cause de l'attribution des postes ACS eux-mêmes, à la précarité du soutien que connaissent déjà les associations pourrait non seulement remettre en cause la qualité de leur travail, mais également la possibilité de le poursuivre.

Notre plate-forme n'est pas par principe opposée à toute réforme du programme ACS.

Nous estimons toutefois que celle-ci ne pourrait être mise en œuvre sans nuire gravement aux travailleurs et travailleuses, aux associations et à leurs missions que si elle respecte un certain nombre de principes :

- Pas de remise en cause des conventions passées avec Actiris et les associations ni de leur caractère indéterminé.
- 2. Pas de remise en cause du caractère indéterminé des contrats de travail offerts aux travailleurs et pas de remplacement de postes CDI par des postes CDD.
- 3. Pas de diminution du financement public des emplois.

En outre, nous demandons que toute réforme éventuelle fasse l'objet de la part des autorités publiques d'une consultation préalable de l'ensemble des acteurs concernés. Vu la diversité des situations, l'avis de chacun devrait pouvoir être exprimé et pris en compte.

Si les pouvoirs publics bruxellois souhaitent modifier la forme du soutien à l'emploi associatif, tout en maintenant celui-ci au même niveau quantitatif et qualitatif, nous leur demandons de formuler publiquement des propositions détaillées et de les soumettre à une consultation largement ouverte, qui permette, le cas échéant, le rejet des propositions formulées et la pleine prise en compte des préoccupations des acteurs concernés.

Concernant la création d'emplois « ACS jeunes » supplémentaires pour une durée déterminée lui ouvrant l'accès aux allocations de chômage, décidée par le gouvernement, nous estimons qu'une association ne peut accueillir un jeune dans une logique d'activation, lui donner une expérience professionnelle et lui permettre de mettre le pied à l'étrier, qu'à partir du moment où cette association a le personnel structurel suffisant et suffisamment qualifié que pour assurer ses missions de base. En outre, ceci ne pourra se faire seulement si l'encadrement de

ce jeune activé puisse se réaliser dans de bonnes conditions humaines et techniques, pour lui et pour l'ensemble du personnel. Il est impensable que ce type d'emploi se substitue à un autre déjà existant.

De plus, nous ne pourrons accepter que des financements affectés initialement au Non Marchand, ne glissent dans l'escarcelle du secteur marchand. Cet avis est partagé par le Conseil économique et social. Si le Gouvernement décidait, comme ça a été évoqué, d'élargir le dispositif « contrat d'insertion » au secteur marchand dans deux ans, les sociétés commerciales considéreront cela comme un effet d'aubaine, substituant un poste de travail peu qualifié mais « en dur » par un poste subventionné.

Le dispositif ACS joue un rôle essentiel en matière d'emploi, de soutien aux secteurs non-marchand et de cohésion sociale au sens large. Il peut être amélioré mais il ne doit pas être abîmé.

ANNEXE 6





Perception et gestion des discriminations besoins d'outils de lutte **Etude COCOF**

6 Juin 2016

Présentation des principaux résultats



Sonecom et le CIRTES pour le Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la COCOF – Juin 2016



Cadre d'analyse

Identification des comportements ou comment discriminons-nous ?

Définition.

Traitement inégalitaire envers certaines personnes en raison de leur appartenance à des groupes particuliers

Groupes considérés pour l'étude :

- la prétendue « race », l'ethnicité, l'origine, la couleur de peau.
- l'orientation sexuelle;
- les convictions philosophiques ou religieuses ;
- le handicap et l'état de santé ;
- la fortune ;
- le genre : ce critère doit être appréhendé comme transversal à tous les autres



- **Discrimination directe:** Traitement moins favorable pour des personnes appartenant à un groupe
- → Comportements visés :
- **Verbal:** injure, moquerie, insulte, incitation,...
- Non-verbal: mépris, évitement, négligence vis-à-vis de certains agents, travailleurs ou usagers,
- Harcèlement
- Violences physiques, atteintes aux biens, coups et blessures, vols, dégradations,
- Ségrégation, exclusion, rejet, repli identitaire,...
- Discrimination indirecte: Utilisation d'une mesure apparemment neutre mais désavantageuse pour des personnes appartenant à un groupe protégé par la loi et non-adaptation de la situation
- → Actions/mesures visées :
- Absence/présence d'une politique et d'actions d'intégration tels que des aménagements/accommodements raisonnables <u>pour les groupes visés.</u>



Identification des comportements ou pourquoi discriminons-nous ?

Stéréotypes

Préjugés

Discrimination

Traitement inéquitable

& refus d'aménagements et accommodements

Jugements hostiles à propos d'une personne au motif de son appartenance à un groupe particulier

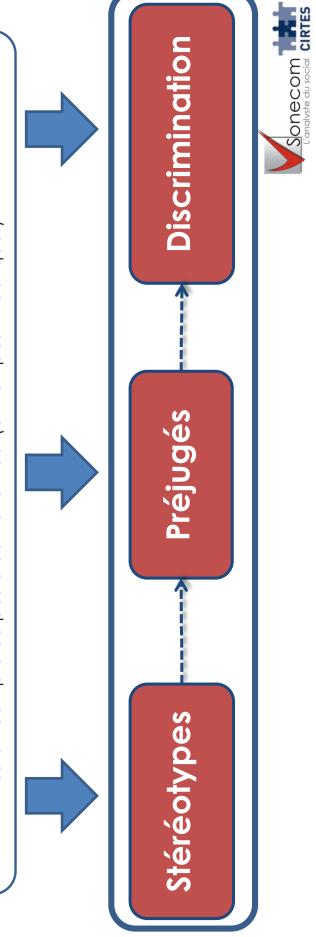


Croyances à propos d'une personne au motif de son appartenance à un groupe particulier





- Normes organisationnelles relative à la diversité
- Contact avec la diversité et prise de perspective
- Prise en compte du poste de travail réel (et non pas 'théorique')



Besoins/outils d'intervention ou implications et recommandations attendues

Quelles recommandations et en particuliers quels moyens ou outils pourraient être envisagés en fonction des constats faits en termes de:

Connaissances des lois et du cadre réglementaire ?

လ• Connaissances et identification des comportements discriminatoires

Connaissances et compréhension des groupes discriminés ?

Connaissances et compréhension du contexte organisationnel

လ•

Connaissances des moyens et des soutiens à la lutte contre les discriminations et à la l'intégration de la diversité ?





Dispositif méthodologique

Méthode quantitative

ler volet : enquête quantitative représentative

- Population (4 secteurs, Administration + associations) → échantillon statistiquement représentatif (n=387)
- COCOF = 177; Associations = 210 (pour 91 associations)
- 72% de femmes
- 88,5% de Belges

Répartition par secteur pour

associations:

Cohésion sociale: 63%

Ambulatoire: 13%

Handicap: 13%

Répartition par direction pour administration :

- Aide aux PH: 10%
- Enseignement: 38%
- Budget: 5%
- Culture et tourisme : 10%
- Affaires sociales: 10%
- Ressources humaines: 7%
- Administration générale: 21%

Formation et ISP: 11%



Méthode quantitative

ler volet : enquête quantitative représentative

- Population (4 secteurs, Administration + associations) → échantillon statistiquement 'eprésentatif (n=387)
- Individu statistique: agent COCOF/travailleur des associations subventionnées
- Indicateurs pertinents = sélectionnés selon la littérature scientifique en psychologie et présentant une bonne validité
- Ajustement en fonction d'entretiens préparatoires auprès de personnes ressources
- Questionnaire conçu dans les règles de l'art, pré-test (situation réelle)
- Mise en ligne (accès individuel) et mailing (après annonce de l'enquête)+ relance + dispositions connexes
- Analyses : stat. descriptive, test du modèle, mesure de tendances, quantification des phénomènes



Méthode qualitative

2ème volet : approche qualitative compréhensive

4 Focus Groupes (**FG**):

Membres de la direction et responsables de service de l'Administration COCOF

Membres de la direction d'associations subventionnées

Agents de l'Administration COCOF

Employés d'associations subventionnées



→ A partir des résultats quantitatifs: identification des convergences de vue et des spécificités

→ Vécu et perception des discriminations

→ Expérience des ressources pour lutter contre les discriminations
 → Emergence de besoins ou idées en termes de moyens et outils





Présentation des principaux résultats

Variables de contrôle

 Rôle du sexe, de l'âge, de l'ancienneté des répondants?

Sentiment d'être

Pouvoir d'action

confre les

discriminations

= Peu ou pas d'effets

Rôle du type d'organisation? Agents COCOF vs travailleurs des associations Comparés aux travailleurs des associations, les agents COCOF ont :

- moins le sentiment d'être suffisamment formés pour lutter contre les discriminations;
 - moins le sentiment de pouvoir agir dans ce sens ;
- moins souvent déjà agi contre les discriminations envers des bénéficiaires.



Fréquence d'action contre les discriminations

Discrimination

Aménagements

Préjugés explicites Préjugés implicites (justifications)

Comportements de discrimination :

- Principalement dans le travail au quotidien
- Agents COCOF > travailleurs des associations
- Auteurs : collègues et responsables hiérarchiques, mais aussi par les bénéficiaires dans les associations
- Critères fréquents : **origines** (COCOF), **sexe** (associations)
- Comportements : propos désobligeants et évitement

Aménagements raisonnables :

- Peu de demandes d'aménagements observées
- En général, demandes acceptées
- Dans travail quotidien: hors handicap, les convictions sont le 1er critère, surtout dans les associations



Discrimination

Aménagement

Préjugés explicites

Préjugés implicites (justifications)

Préjugés explicites:

- Les préjugés explicites plus positifs pour groupes dits 'minoritaires' sauf pour les étrangers et les transsexuels
- Seulement pour les agents de la COCOF

Préjugés implicites (justifications):

Trop d'avantages : surtout travailleurs âgés et bénéficiaires d'origine

étrangère

- Trop d'influence dans les décisions : surtout travailleurs et bénéficiaires d'origine étrangère, femmes et travailleurs âgés
- Manque de volonté d'intégration au plan des valeurs : surtout les travailleurs et bénéficiaires d'origine étrangère ou pratiquant une religion «minoritaire»
- COCOF > associations

LEC

Connaissance de la problématique

Méconnaissance des contours de la définition d'une discrimination (// quanti)

- Remise en question de la plupart des situations
- Extension de la notion à toutes situations ayant trait au bien-être

Préjugés implicites (justifications)

Observation de nombreuses justifications (>< quanti)

Contribuent aux difficultés d'identification des situations



Nature des situations de discrimination



Au sein de la COCOF

- Pas de discours portant sur des discriminations dans le cadre d'une relation hiérarchique
- Collègues directs, bénéficiaires, 'structure'

Dans les associations subventionnées

- Identification quasi uniquement par les travailleurs, peu d'observations chez leurs coordinateurs
- Discours important sur les discriminations de la part des bénéficiaires envers les travailleurs (et l'inverse dans une moindre mesure)
- 'Structure': répartition des postes à responsabilités



Identification des déterminants individuels

Motivation prosociale

Prise de perspective Perception gestion de la diversité

Perception normes d'intégration

Motivation prosociale: chercher des solutions d'intégration pour les bénéficiaires et les travailleurs issus des groupes 'minoritaires' Prise de perspective: chercher à comprendre les sentiments et le point de vue d'autrui

Résultats:

- Diminution des préjugés explicites et implicites
- Agents COCOF ≈ travailleurs des associations



Identification des déterminants organisationnels

Motivation pro sociale

Prise de perspective

Perception gestion de la diversité Perception normes d'intégration

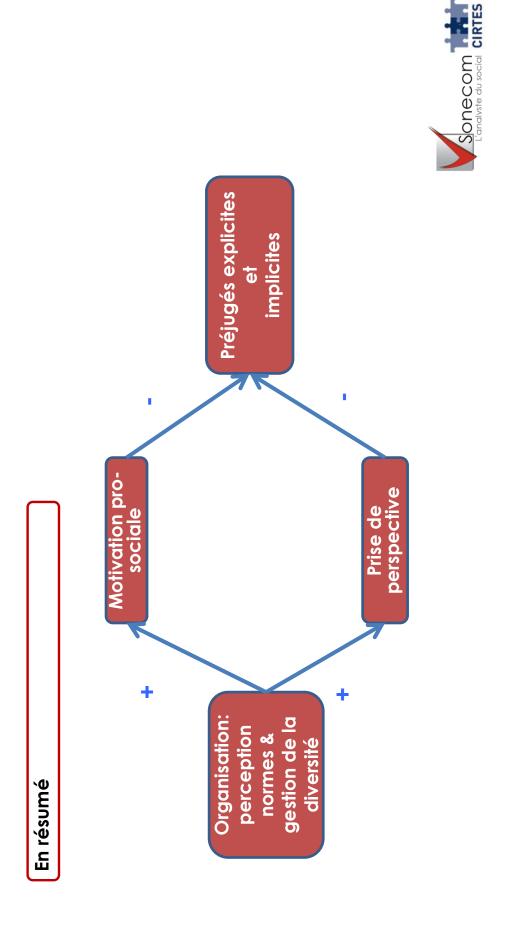
Perception de la gestion de la diversité: respect des principes de non-discrimination et représentativité des groupes 'minoritaires' dans l'organisation

- Diminue les préjugés explicites & implicites
- Agents COCOF≈ travailleurs des associations

Perception des normes d'intégration favorables à la diversité

- Diminue les préjugés explicites et implicites
- Augmente la motivation pro-sociale et la prise de perspective;
- Associations > COCOF
- Associations perçues comme plus respectueuses et représentatives de la diversité (tendance)

LEC



Utilisation d'un nouvel indicateur

ropension

Définition:

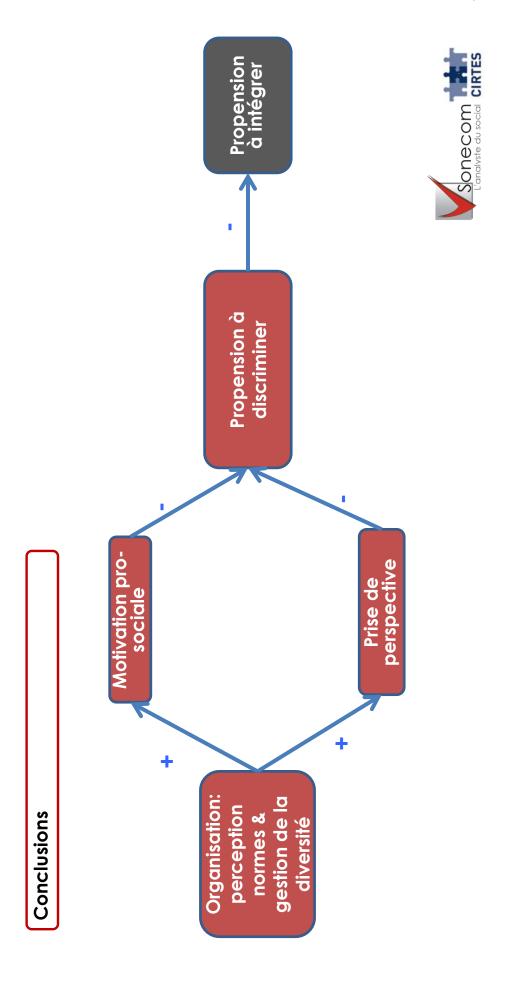
bénéficiaires et les travailleurs issus des groupes «minoritaires». Rechercher activement des solutions d'intégration pour les

(Je pense que je peux agir pour faciliter l'intégration des personnes appartenant à des groupes minoritaires)

Résultats :

- Normes et gestion d'ouverture à la diversité (+)
- Motivation pro-sociale et prise de perspective (+)
- Préjugés explicites (-)





Gestion des discriminations

- Nombreux dispositifs identifiés
- Performativité des dispositifs largement critiquée
- Outils trop transversaux, pas assez ciblés
 Outils pas assez concrets/pratiques

Associations

- Peu de dispositifs formellement identifiés
- Gestion des situations 'au cas par cas'; gestion 'impalpable'
- Peu de dispositifs externes



Sonecom et le CIRTES pour le Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la COCOF – Janvier 2016

Besoins identifiés

COCOF

- Plutôt que création d'outils, amélioration de l'existant
- Demande de formations sur des 'cas concrets', d'outils pratiques
- Importance d'être en petit groupe public ciblé
- Poursuivre l'information et la sensibilisation
- Activation d'une démarche pro-diversité
- Élargir le panel des dispositifs externes Permettre le recours à une autorité extérieure
- Formation de personnes relais

Associations

Présence d'un discours de 'pas de besoin' → sensibiliser



Sonecom et le CIRTES pour le Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la COCOF – Janvier 2016

Principales recommandations





Sonecom et le CIRTES pour le Centre interfédéral pour l'égalité des chances et la COCOF – Janvier 2016

Agir sur le contexte

Agir sur les motivations et les régulations individuelles

Agir sur l'identification des discriminations

Agir sur la recherche de solutions concrète

Agir sur le contexte :

- Améliorer les conditions d'accueil afin d'augmenter le contact avec la diversité
- Ajuster les pratiques de recrutement à une analyse des postes approfondie (connaissance précise des postes et des critères d'embauche)
- Former aux normes d'intégration et aux principes et moyens de l'accommodement raisonnable

Agir sur les motivations et régulations:

 Augmenter la signification de la tâche : assurer la visibilité et l'adhésion à la mission; valoriser l'impact positif du travail pour les bénéficiaires L'analyste du social CIRTES

Agir sur le contexte

gir sur les motivatior et les régulations individuelles Agir sur l'identification des discriminations

Agir sur la recherche de solutions concrètes

Identification des discriminations et solutions concrètes:

- Formations concrètes sur base des réalités de terrain;
- Mettre en évidence le processus de justification qui empêche l'identification des discriminations réelles
- ♦ Fournir les bases de l'analyse de poste

Renforcement des services internes et externes de prévention:

efficacité pour améliorer leur image et leur utilité en Renforcer leur visibilité et les moyens de leur cette matière



ANNEXE 7

Francophones' Bruxelles

Service Public Francophone Bruxellois

Comité de référence relatif à l'intervention d'un tiers dans la vie relationnelle, affective et sexuelle de la personne en situation de handicap en région Bruxelloise

l'assistance sexuelle en débat

18 avril 2016

Président du Comité: François-Joseph WARLET

Composition du Comité de référence :

- Monsieur François-Joseph WARLET (président): juriste (magistrat)
- Madame Pascale BIOT : spécialiste du handicap (vice-présidente)
- Docteur Christian DUPRE: médecin de l'administration Phare
- Madame Dima TONCHEVA et Mme Pascale CARRIER: spécialistes des questions
- Mmes Danielle VAN DEN BOSSCHE et Christelle NINFORGE : spécialistes des questions des relations interpersonnelles
- Madame Catherine DOETSCH: représentante des associations de personnes handicapées
- Madame Jacqueline NOLDE-DECOSTER: représentante des Fédérations
- Madame Fabienne CORNET : centre de ressources "sexualité & handicap" de la Fédération laïque des centres de planning familial.
- Madame Sophie DONNAY: secrétaire représentante de l'administration Phare.

Origine de la demande d'avis:

- de référence 1^{ère} demande du comité: s'interroger sur des questions mars 2013, courrier de la Ministre Evelyne HUYTEBROECK au comité très larges
- document de base pour toutes nos réflexions, interpellations futures
- Méthodologie: répartition en sous-groupe à thème
- Analyse plus large que l'assistance sexuelle
- Public cible: toutes les situations de handicap
- Point de départ: l'assistance sexuelle: une réponse parmi d'autres

Qui peuvent être les demandeurs?

Personne en situation de handicap, famille, professionnels

Comment décoder la demande?

Présence de Déficience intellectuelle ou non

Quel type de demande?

Elles ne sont pas toutes liées aux projections que l'on se fait

Les offres actuelles?

les aides pédagogiques: EVRAS

v. accord conclu le 20 juin 2013 entre Cté française, Région W. et CoCoF.

- les offres relationnelles ("slow dating",
- les offres bien-être (massages,...)
- les aides médicales (centres de revalidation,...)
- les aides techniques

L'assistanc<mark>e se</mark>xuelle se tr<mark>ouv</mark>e dans les aides techniques dispensées par un tiers

certains sites Internet qui ont cette vocation,...

Les aspects juridiques:

international qu'en droit interne (Convent° Eur. Des Droits de l'Ho., De nombreux texte<mark>s j</mark>uridiques ont été examinés tant en droit Convention ONU pour les personnes handicpées,...) Mais aucune disposition normative particulière n'encadre juridiquement et de manière spécifique les relations affectives ou sexuelles des personnes handicapées.

Et pas davantage l'assistance sexuelle.

L'assistance sexuelle

· Tentative de définition:

Prestation érotique ou sexue<mark>lle t</mark>arifée auprès d'une personne en situation de handicap. L'assistant sexuel est une per<mark>son</mark>ne formée.

- Ce n'est qu'une réponse parmi d'autres
- Au niveau pénal il peut y avoir risque d'accusation de proxénétisme si un tiers intervient dans les échanges financiers (incit<mark>ati</mark>on à la débauche, abus de faiblesse,...)
- Une question se pose: la réelle capacité de la personne à faire un choix libre et éclairé.
- Il faut assurer une traçabilité de tout ce qui concerne l'accompagnement: dans le projet de service, le projet individuel, notes dans le dossier,...
- C'est fondamentalement différent de la prostitution au niveau de l'accompagnement: formation, entretien préliminaire, suivi?...
- Importance d'une approche éthique: rendre le bénéficiaire sujet...

Intervention de Catherine Agthe Diserens au colloque parole d'enfant: Handicap 3 ème sexe?

5 étapes où les parents vivent leur enfant comme « sans identité sexuelle ».

Annonce du handicap: naissance d'un bébé handicapé pas d'une fille ou d'un garçon

2. Fusion pour les soins d'hygiène

Puberté: peur des abus en percevant le corps sexué Le jeune adulte: peur de la procréation, du couple

Les relations sexuelles ont été responsable de l'apparition du handicap: crainte de celles-ci.



ANNEXE 8

COMITÉ DE RÉFÉRENCE RELATIF À L'INTERVENTION D'UN TIERS DANS LA VIE RELATIONNELLE, AFFECTIVE ET SEXUELLE DE LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP EN RÉGION BRUXELLOISE

L'ASSISTANCE SEXUELLE EN DÉBAT

1. La question en debat

1.1. Préambule

La plupart d'entre nous avons des possibilités de réponses autonomes et diversifiées pour répondre à nos besoins affectifs et sexuels (en ce compris dans ses aspects relationnels) : pour le comité de référence, chacun doit pouvoir y avoir accès de manière équivalente. C'est en effet l'esprit du concept d'inclusion défini dans la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées (¹), selon lequel les personnes en situation de handicap doivent jouir de la même liberté de choix que les autres personnes (articles 19, 23 et 25).

1.2. Public concerné

Le public concerné par nos réflexions est constitué des personnes en situation de handicap (à l'exclusion des handicaps social et économique), qui expriment une demande relative à des questions d'ordre affectif ou sexuel et pour lesquelles l'intervention d'un tiers (personne ou institution) est requise.

Il nous a semblé pertinent d'examiner les «demandes» selon différents axes.

1.3. Demandes exprimées

Si aujourd'hui, nous parlons de vie relationnelle, affective et sexuelle, pendant très longtemps, le sujet a été tabou.

Néanmoins, cet aspect intrinsèque à la condition humaine, surgit un jour ou l'autre, dans la relation à l'autre, quelque part et à un moment donné, dans l'entourage, qu'il soit amical, professionnel ou familial.

Notamment, le jeune en situation de handicap fait l'expérience de sa différence lorsque sa fratrie s'émancipe au travers du choix d'études, de la vie de couple et du départ de la maison familiale. Ce jeune se demande pourquoi il ne vit pas la même chose que ses frères et sœurs.

L'expérience de vie de la personne en situation de handicap est différente dans la mesure où le handicap limite les possibilités de vivre ces passages de manière autonome. Le champ de l'intimité est souvent restreint, en raison du soutien nécessaire à la vie même de la personne.

La vie relationnelle, affective et sexuelle suppose de connaître son corps, d'identifier et de pouvoir exprimer ce que l'on ressent. Ces éléments ne sont pas faciles pour tout un chacun mais pour des personnes vivant une situation de handicap, c'est encore bien plus compliqué.

De plus en plus souvent, les personnes en situation de handicap ont accès à une éducation affective et sexuelle, que ce soit à l'école, dans l'institution (service d'accompagnement, centre de jour, ...) ou à la maison. Cependant, elle est encore trop souvent occasionnelle et nécessite une généralisation dans tous les lieux de vie de la personne en situation de handicap.

Quand cette éducation affective et sexuelle existe, elle est souvent insuffisante. Il y a lieu de la penser dans le temps et dans différents lieux de vie de telle sorte que la personne ait la possibilité d'utiliser adéquatement les

informations reçues en fonction des situations vécues. En effet, l'éducation affective et sexuelle ne s'accompagne pas, la plupart du temps, d'une expérimentation comme la plupart des jeunes peuvent le vivre. De plus, les personnes en situation de handicap éprouvent des difficultés de communiquer sur ce sujet.

1.3.1. Demandeur

La demande peut provenir de diverses personnes : la personne en situation de handicap elle-même, ses parents, les professionnels, ...

La façon d'y répondre tiendra compte de l'interlocuteur demandeur.

1.3.1.1. LA PERSONNE EN SITUATION DE HANDICAP

La personne a sa propre vie. La vie relationnelle, affective et sexuelle en fait partie, la personne le sait, la ressent et la vit. Sa demande est vécue comme appartenant aux étapes de la vie, elle est naturelle.

1.3.1.2. LA FAMILLE

Un certain nombre de parents ne pensent pas que leur enfant devenu adulte puisse avoir des besoins affectifs et sexuels : ils n'en parlent pas et ne l'abordent pas avec leur enfant. Si la famille n'est habituellement pas le lieu où l'on aborde la sexualité d'un enfant adulte, elle ne doit pas non plus être un frein à la prise en charge par des tiers.

Cependant, des parents assurant les soins et l'hygiène de leur enfant, se retrouvent confrontés à des changements physiques. Pour certains parents, cela sera l'occasion de verbaliser des émotions ou réactions vécues par leur enfant.

Remarquons également la spécificité liée à la situation de handicap dans la mesure où les parents de personnes sans déficience ne sont généralement pas au courant de la vie sexuelle de leur enfant. Il y a donc une juste proximité difficile à trouver et qui bouscule tant la personne elle-même que ses parents.

1.3.1.3. LES PROFESSIONNELS

Si la thématique de la vie affective et sexuelle n'est pas encore entrée totalement dans les mœurs, elle ne l'est pas non plus pour les professionnels qui travaillent avec les personnes elles-mêmes. Il n'est donc pas toujours facile pour la personne en situation de handicap d'avoir une écoute empathique et compréhensive.

Définir des règles de vie et les rôles de chacun, notamment par le projet pédagogique et le ROI (²), est également important tant pour les professionnels que pour les personnes en situation de handicap, pour poser un cadre. Par exemple, le droit à la vie affective et sexuelle ne donne pas le droit d'exposer son intimité n'importe où et n'importe quand.

Ainsi, au sein des institutions, il peut y avoir des lieux de paroles ou d'expression, par exemple un salon, un petit coin cosy, une chambre privative avec un lit double, etc. Ces dispositifs permettent une prise en charge structurée.

Le personnel a aussi besoin d'un cadre de travail clair. Il est en droit d'attendre des réponses à ses questions : que peut-on aborder avec la personne ? Jusqu'où ? Comment ? La thématique de la vie affective et sexuelle et sa gestion dans l'institution (par exemple : la contraception, les relations sexuelles, ...) doivent être abordées dans le ROI, dans le projet pédagogique et dans le projet individuel.

⁽²⁾ Règlement d'Ordre Intérieur

1.3.2. Décodage de la demande

Lorsque la personne en situation de handicap exprime une demande d'ordre affectif ou sexuel, il est important que l'interlocuteur soit attentif à identifier ce que la personne ressent et désire vraiment. Cette identification est essentielle afin de comprendre la demande et d'y apporter une réponse juste et adaptée pour éviter des frustrations et des malentendus.

Nous constatons qu'en matière de vie affective et sexuelle chaque intervenant a ses propres représentations et valeurs. Il est indispensable de les identifier et d'y être attentif pour ne pas les imposer aux autres. Ce travail d'identification permet également au professionnel de connaître ses propres limites et de pouvoir passer la main le cas échéant à une personne plus compétente pour l'accompagnement à la vie affective et sexuelle d'une personne en situation de handicap.

La demande de la personne en situation de handicap est entendue en relation avec l'expérience personnelle de l'intervenant. Il s'agit de tenir compte de la demande tout en respectant le vécu, la connaissance et l'idée que la personne en situation de handicap peut avoir d'une vie relationnelle, affective et sexuelle épanouie. Il est évident que cet épanouissement est l'objet d'une approche propre à chacun. Comme telle, elle est à respecter.

La réponse apportée à cette demande doit être juste car elle peut entraîner un vécu, pas toujours facile à gérer. Par exemple, la personne en situation de handicap peut se sentir ou être frustrée lors d'un rapport sexuel tarifé.

Dans le même ordre d'idées, la dépendance par rapport à une tierce personne pour être positionné physiquement, par exemple, peut toucher à l'estime que la personne a d'elle-même et induire un sentiment de vulnérabilité difficile à vivre.

Il est également important d'évaluer les besoins sensoriels de la personne. Certaines personnes pouvant présenter des particularités sensorielles telles de l'hyper ou de l'hyposensibilité

Certains comportements à connotation sexuelle (par exemple, la masturbation) doivent faire l'objet d'une analyse de la fonction de ceux-ci. En effet, ceux-ci ne visent pas toujours à obtenir une satisfaction sexuelle, ils peuvent avoir une autre fonction et nécessiter une intervention spécifique différente.

De plus, certaines personnes éprouvent des difficultés pour identifier leurs besoins. Elles peuvent se sentir perdues et ne pas savoir à qui en parler.

Il sera nécessaire de trouver une personne et un lieu où elles se sentent en confiance. Ce lieu peut être extérieur à la famille ou au lieu de vie, nous pensons plus particulièrement aux centres de planning familial, à un(e) psychologue ou un(e) assistant(e) social(e), un(e) sexologue ou un médecin. Ces derniers peuvent être aussi internes au lieu de vie. Certains services d'accompagnement peuvent également écouter, soutenir et orienter les personnes vers des lieux adéquats.

En lien avec l'analyse de la demande, il faut mentionner le rôle de «pare-brise» que génère la situation de handicap; celle-ci n'est pas la cause de tout : elle apporte son lot de difficulté mais elle n'est ni la raison ni l'excuse de toutes les difficultés rencontrées par la personne.

Une attention particulière sera apportée aux phénomènes de « surprotection » de l'entourage, afin d'être réellement à l'écoute de la personne et de son vécu.

1.3.3. Types de demandes

Voici une liste non exhaustive des demandes pouvant être exprimées :

Demandes affectives

- Se donner des petits bisous
- Se tenir par la main
- Danser ensemble
- Pouvoir dire qu'on est amoureux
- Se lover dans les bras de quelqu'un

Demandes d'apprentissage

- Se retrouver nu(e) avec l'autre également nu(e)
- Découvrir son anatomie et celle de l'autre
- Se toucher /se caresser et toucher l'autre
- Étre touché /être caressé
- Se masturber

Demandes sexuelles

- Avoir une relation sexuelle avec quelqu'un(e)
- Aide au positionnement
- Demande de rencontrer un(e) assistant(e) sexuel(le)
- Demande de rencontrer une prostituée

Demandes de type familiales

- Devenir parent
- Cohabitation légale
- etc.

1.4. L'Offre

Afin de répondre aux diverses questions posées, nous avons trouvé judicieux de passer en revue ce qui existait comme offre dans la partie francophone du pays.

Des exemples de ce qui se pratique en Flandre sont parfois énoncés afin d'enrichir le propos.

1.4.1. Les aides pédagogiques : EVRAS (éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle)

1.4.1.1. ÉTAT DES LIEUX

À ce jour, un grand nombre de personnes en situation de handicap ne bénéficie pas d'éducation à la vie affective, relationnelle et sexuelle (EVRAS). Certaines de ces personnes n'ont donc pas appris à poser des choix responsables et à limiter les risques liés à l'exercice de la sexualité.

Il existe des centres de planning familial qui accueillent des jeunes et des adultes porteurs de handicap en suivi individuel ou en animation de groupe.

Depuis une quinzaine d'années, de plus en plus de services spécialisés, centres de jour et d'hébergement, intègrent la dimension affective et sexuelle dans leurs actions pédagogiques et le projet de vie de leurs usagers. Ils travaillent sur l'EVRAS par le biais de séances d'information, groupes de parole, suivi individuel, suivi de couple, etc.

Des outils d'apprentissage existent également, ciblant les personnes présentant une déficience intellectuelle (exemple : Malette pédagogique Des femmes et des Hommes, poupées sexuées, brochures en facile-à-lire, etc.) ou une lésion médullaire (exemple : En Vie d'amour ...).

On trouve également quelques sensibilisations et formations à l'EVRAS des personnes handicapées, destinées aux professionnels et à l'entourage des personnes handicapées.

La FLCPF propose des « Cellules en éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle » pour les écoles qui éprouvent le besoin de créer un groupe de travail réunissant l'ensemble des acteurs internes et externes à l'école. Le groupe de travail, composé d'enseignants et de professionnels de santé impliqués dans l'EVRAS, définit ses objectifs et ses engagements mutuels. Il y a ensuite une « contractualisation » de la cellule pour une durée de trois ans. Cette contractualisation permet une pérennité des actions : un travail de prévention n'a de sens que s'il peut s'inscrire dans la durée et la continuité. Cette initiative multi partenariale permet la cohérence du travail d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle autour d'un établissement scolaire.

Les cellules en enseignement spécialisé sont animées, coordonnées par deux animateurs chevronnés. Elles sont subsidiées par l'AVIQ en Région Wallonne et par la Commission communautaire française en Région Bruxelloise, dans le cadre de la politique de la santé. Ce dispositif est gratuit pour les établissements scolaires de l'enseignement ordinaire et spécialisé.

Nous constatons que les outils et les formations ciblant les personnes présentant de l'autisme, un polyhandicap ou des déficiences physiques très particulières sont rares,, dans la partie francophone de notre pays.

2. Aspects théoriques

2.1. Proposition de définition de l'assistance sexuelle

Le comité de référence définit l'assistance sexuelle de la manière suivante :

L'assistance sexuelle consiste en une prestation érotique ou sexuelle tarifée, auprès d'une personne en situation de handicap.

ANNEXE 9

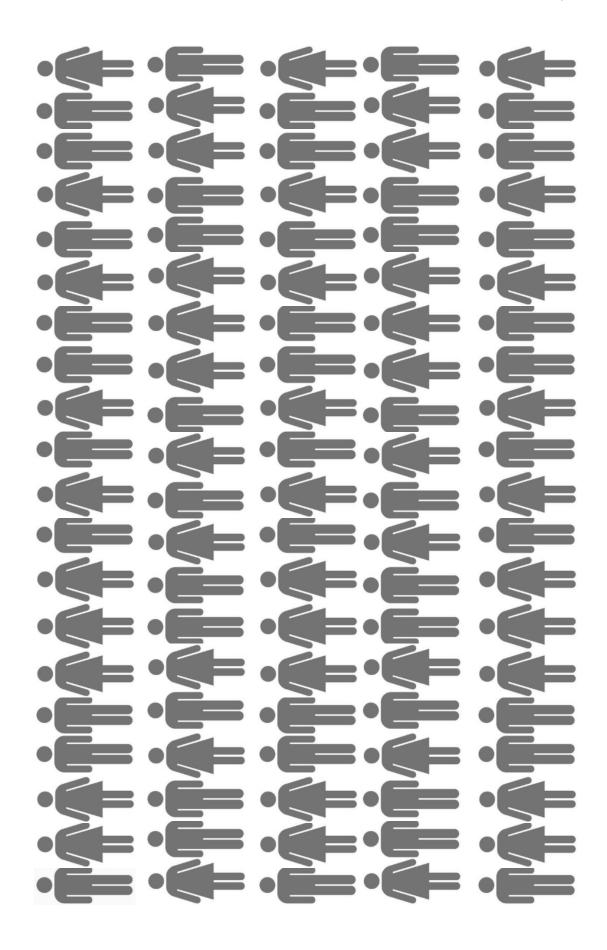
social pour la continuité des prises en Coordination des soins de santé et du charge des publics précarisés en Région bruxelloise.

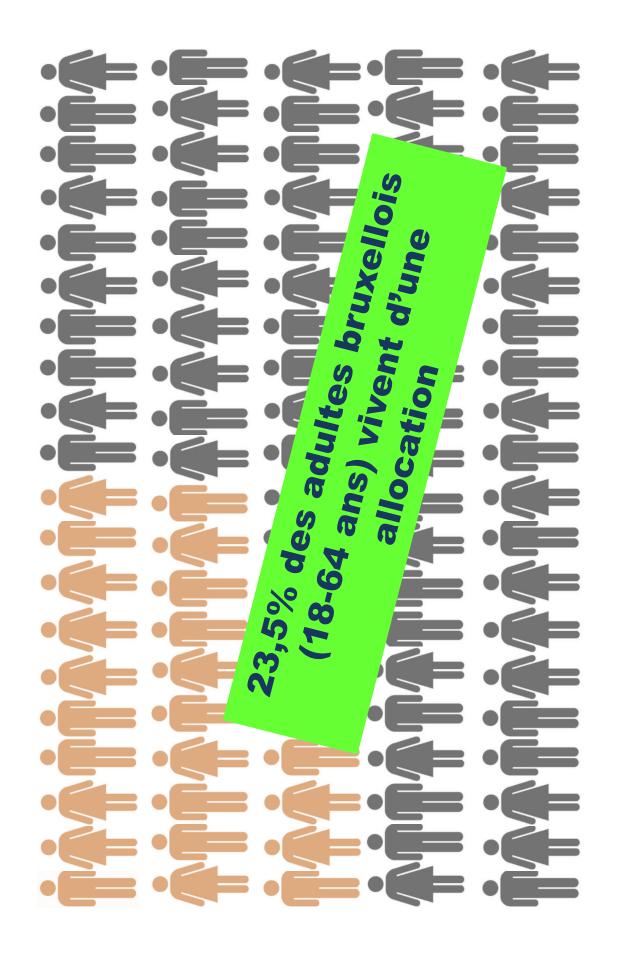
Réflexions sur les enjeux

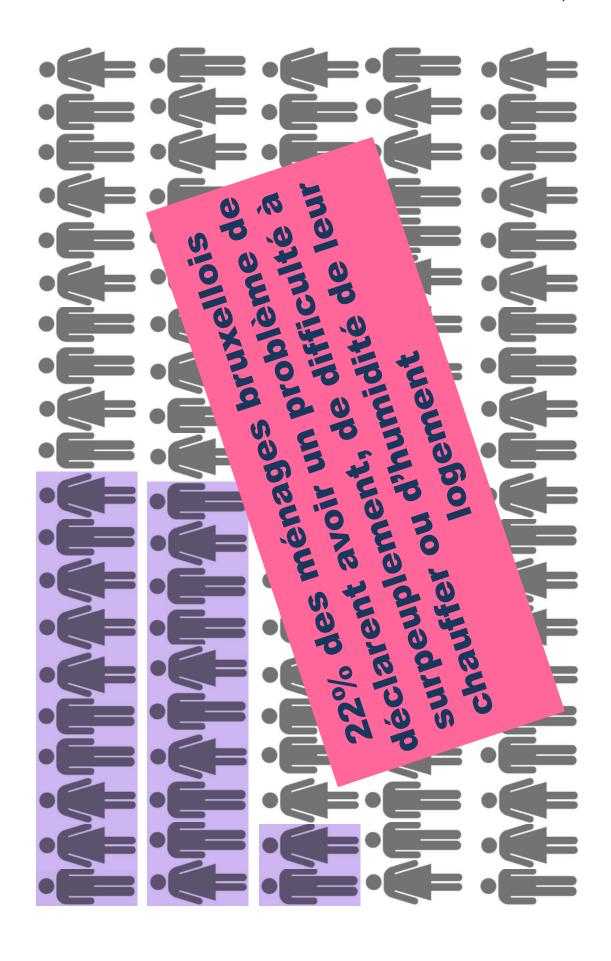
Myriam De Spiegelaere

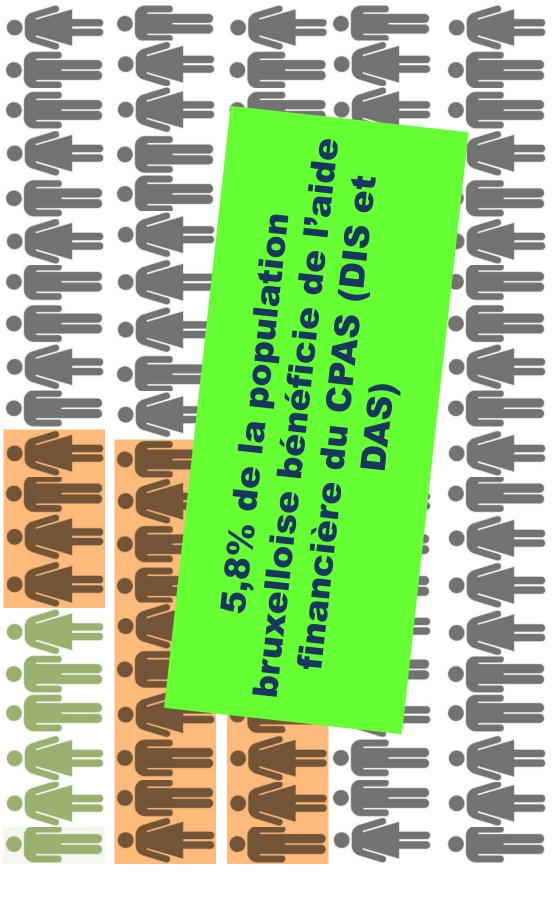
Centre de recherche Politiques et systèmes de santé

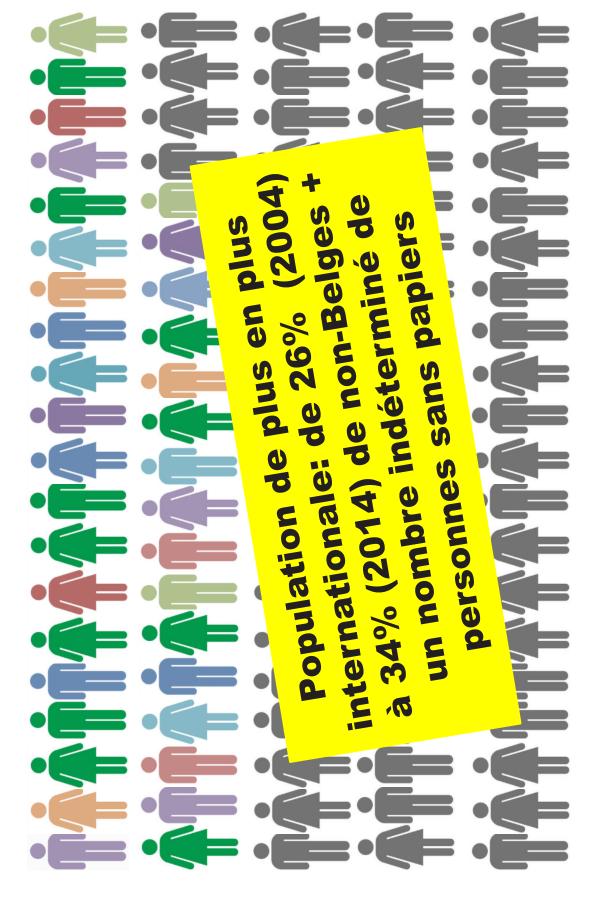
LES PUBLICS EN SITUATION PRÉCAIRE EN RÉGION BRUXELLOISE











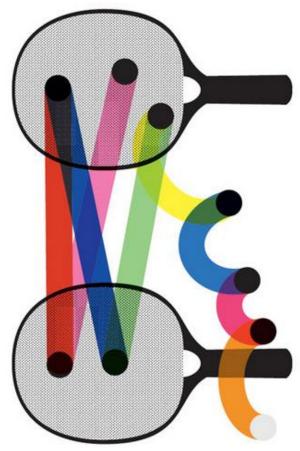
PARLER DE LA CONTINUITÉ DES PRISES EN CHARGE, POURQUOI?



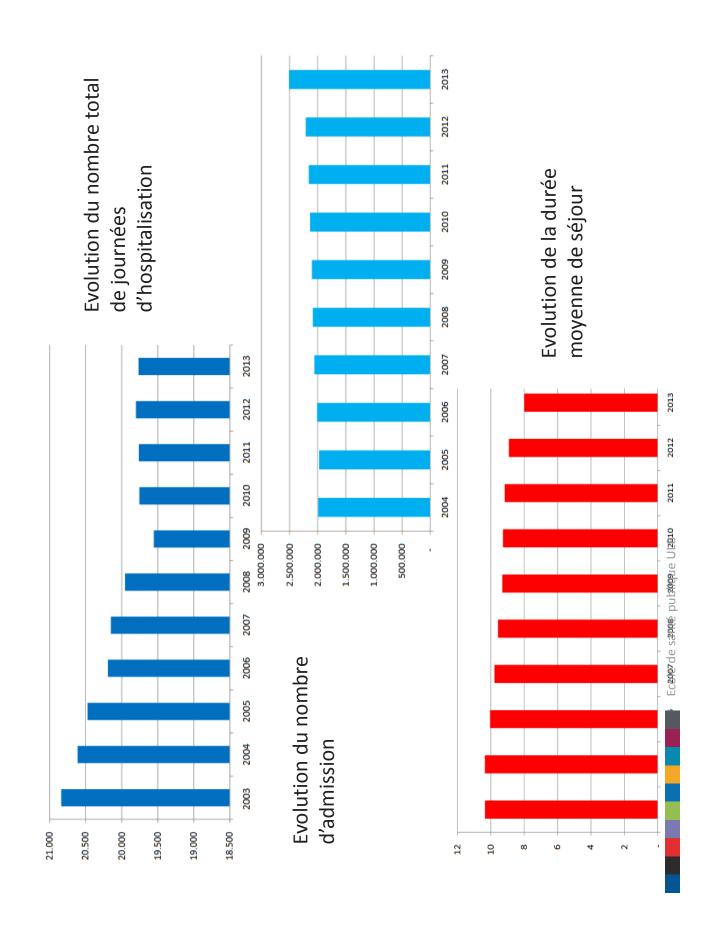


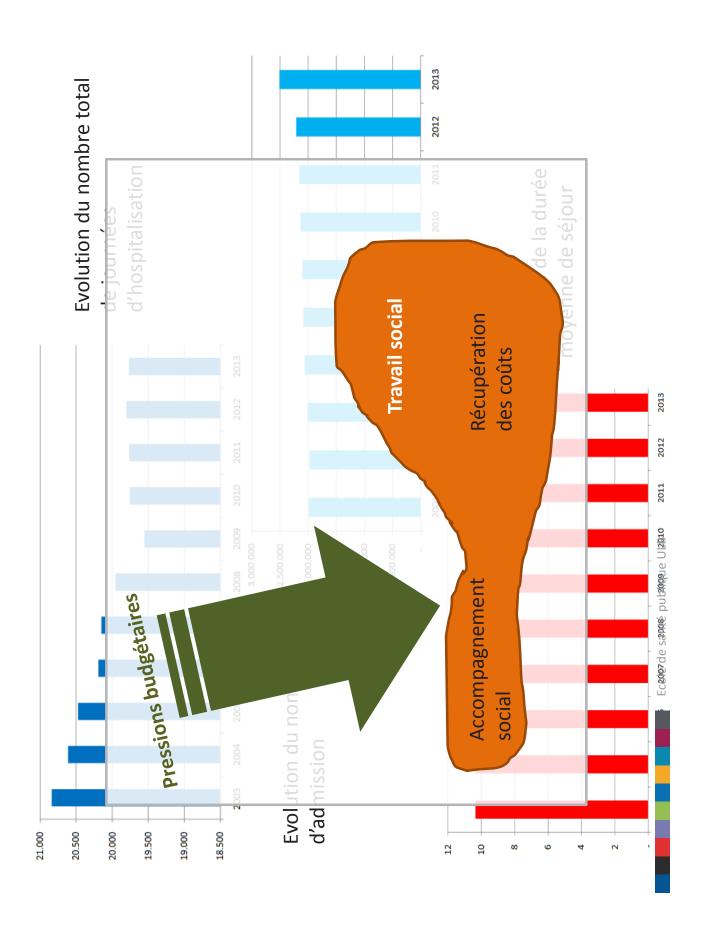


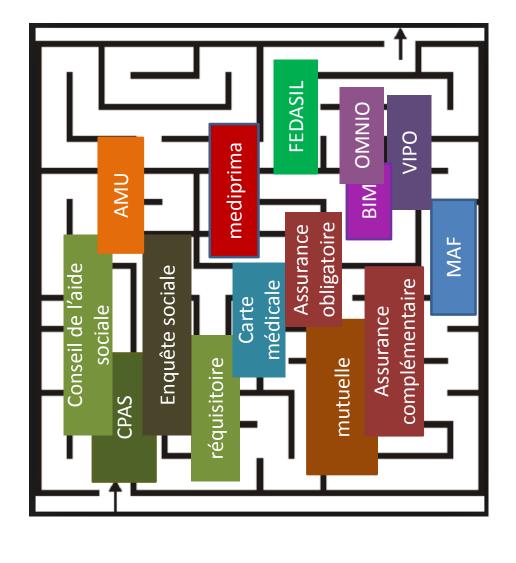


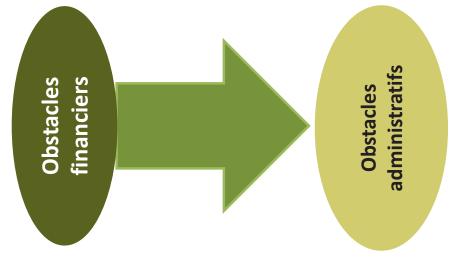




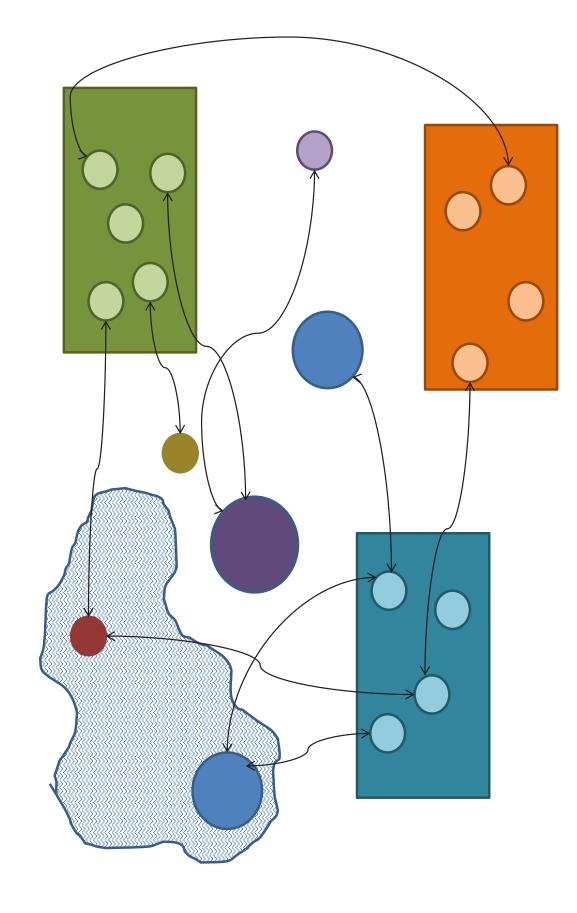


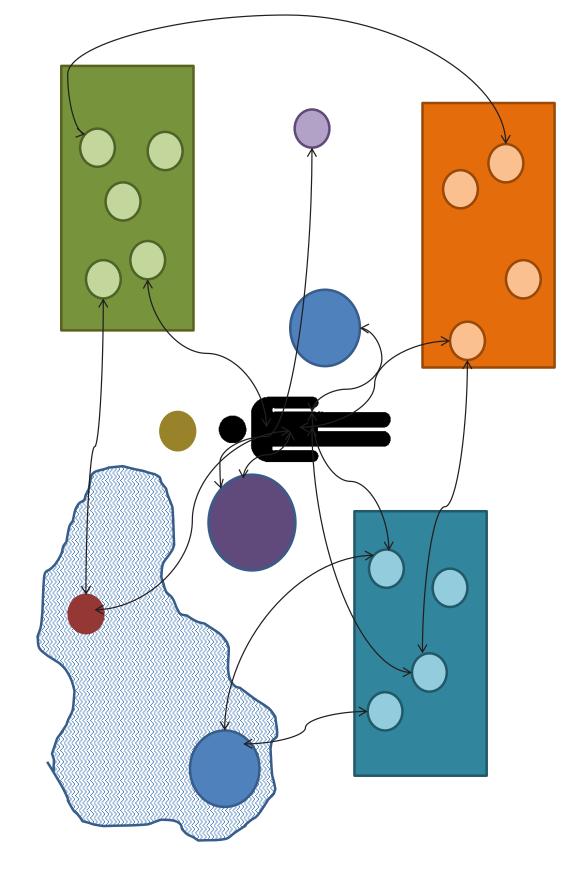


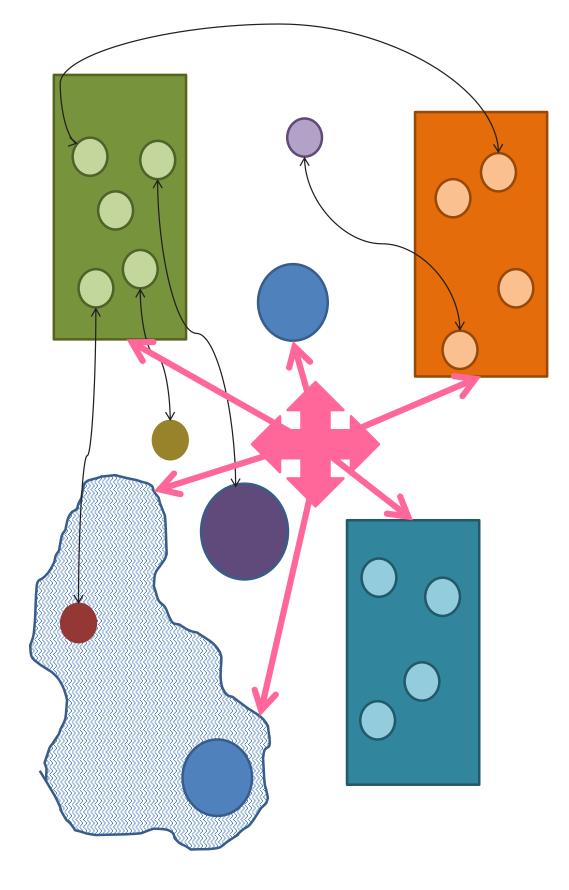




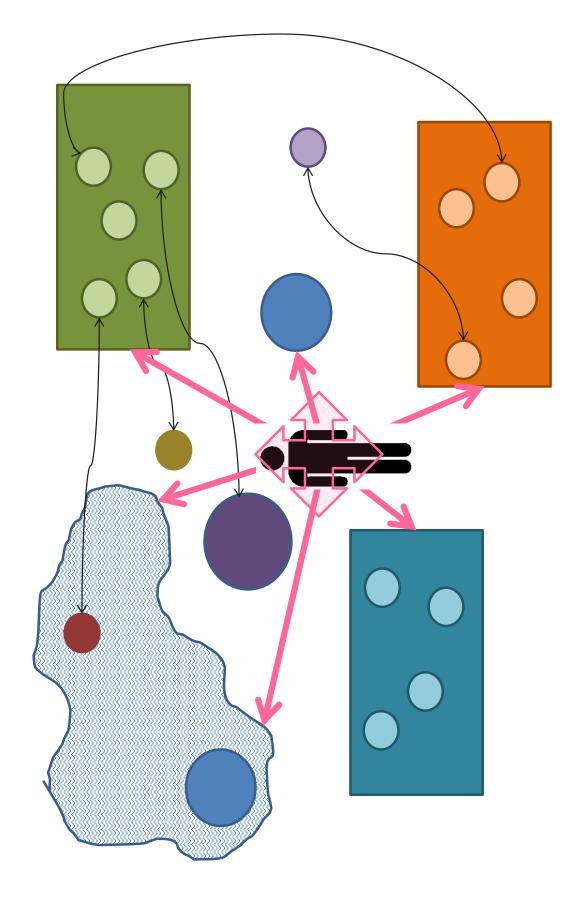
DES SOLUTIONS MULTIPLES

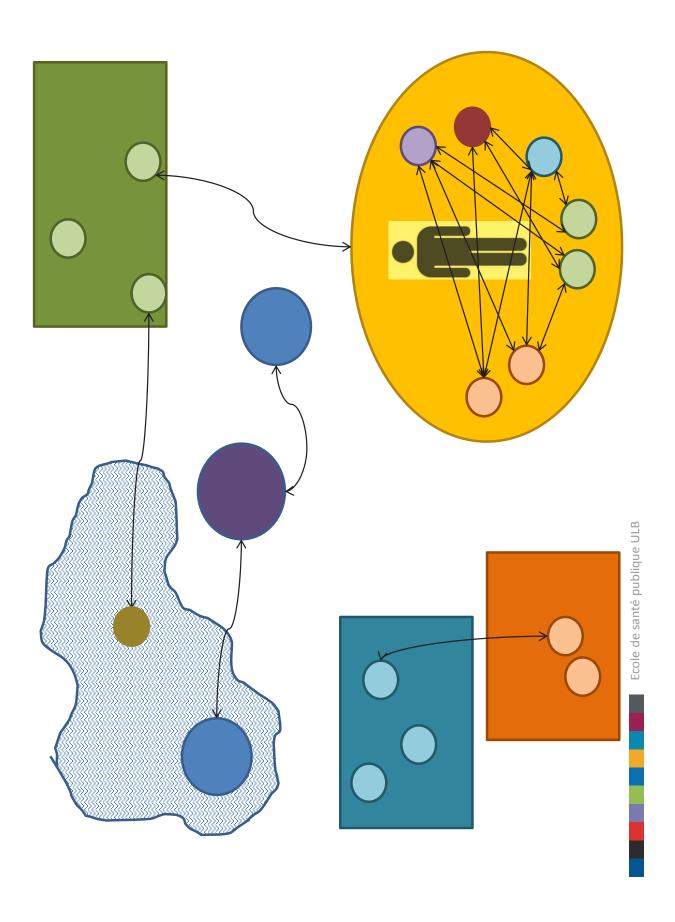






Ecole de santé publique ULB





TROUVER DES SOLUTIONS: QUELS ENJEUX? PISTES DE RÉFLEXION

- 1. Continuité de quoi?
- Intégration et contrôle : le « bornage » du parcours et la liberté individuelle
- 3. Autonomie, liberté et dignité
- Relations personnelles: continuité, confiance et ruptures
- 5. L'efficience: le curseur?

1. Continuité de quoi?

ressources ou services sont impliqués – continuité des Continuité des soins : des soins qui s'enchaînent sans rupture, de façon harmonieuse, alors que plusieurs aspects: informations, cliniques, relationnels

Continuité de la prise en charge/de l'accompagnement social: concept qui semble moins développé

- L'accompagnement social au service de la continuité des soins?
- Les soins de santé au service de la continuité de l'accompagnement social?
- Les soins et l'accompagnement social au service de la continuité du projet de vie des personnes?

2. Intégration et contrôle

➤ Le contrôle de l'ensemble des actions comme gage de l'efficacité (atteinte des résultats attendus par les intervenants)

Exemple: humanitaire/développement, gestion des risques

➤ Place et reconnaissance du réseau personnel

2. Intégration et contrôle

coopération et réduire les risque d'évasion des patients → « borner le parcours d'un patient ➤ Réseaux pour assurer la stabilité de la volatile » (Bergeron)

Affaiblissement de l'autonomie du patient par le choix limité (intéressé) d'options (Fainzang)

Aspect menaçant du rapprochement santé et social – crainte du contrôle social

2. Intégration et contrôle

Degré d'intégration croissant →contrôle plus important

- importance de la flexibilité du degré d'intégration:
- possibilité de choix selon la situation (urgence et gravité) et souhait des personnes
- évolution dans le temps et en fonction des circonstances
- pour parcours linéaire (progresser, avancer) (voir - possibilité d'entrée et de sortie, éviter pression parcours le plus souvent cycliques)

3. Autonomie, liberté et dignité

Pour assurer l'autonomie et la liberté, il faut limiter le contrôle, donc aussi l'intégration

« Entre le respect de la liberté et le devoir de porter assistance » Liberté → risque de non-aboutissement de certaines actions ou inefficacité partielle

Résistances:

Les portes fermées sont parfois la seule arme face à l'intrusion

Mise à mal de l'intégration proposée

L'exercice de la liberté et la dignité

Stratégies de ceux qui sont les plus favorisés?

4. Relations personnelles : continuité, confiance et ruptures

- Méfiance face aux institutions (normes) mais confiance possible dans les personnes
- Quand l'intégration menace les relations interpersonnelles (ex. MM forfait)
- Des parcours jonchés de ruptures: et la continuité dans tout ça?
- Mobilité géographique

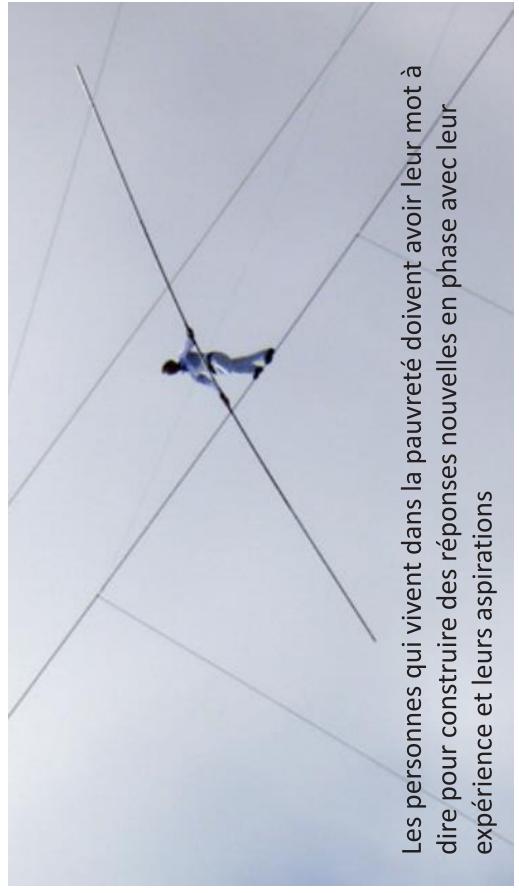
5. L'efficience: le curseur?

- qualité) = leurres? Comment vendre une solution aux bailleurs Les objectifs conjoints (économies et amélioration de la et aux acteurs avec un argumentaire différent
- « L'intégration coûte avant de (éventuellement) rapporter » (Leutz)
- Poser les bonnes questions:
- « Qu'est-il possible de faire pour améliorer la continuité et qu'estce que cela couterait? » puis: « A-t-on les moyens de financer ces coûts supplémentaires?»

plutôt que:

pouvez-vous faire pour maintenir la continuité à un coût inférieur « On veut réduire les coûts d'hospitalisation d'autant, que au gain attendu?»

ET POUR CONCLURE



responsabilité limitée dans l'amélioration de la santé des personnes Les acteurs des secteurs de la santé et du social n'ont qu'une en situation de pauvreté.

ANNEXE 10

CONSEIL CONSULTATIF BRUXELLOIS FRANCOPHONE DE L'AIDE AUX PERSONNES ET DE LA SANTÉ SECTION RÉUNIE « AIDE ET SOINS À DOMICILE ET AMBULATOIRE »

Réunie en séance du 21 avril 2016, la Section « Aide et soins à domicile » a examiné le décret modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

Dans le contexte actuel de réformes multiples dans le champ de la santé et du social, au niveau fédéral et régional (hospitalisations à domicile, sorties précoces d'hôpitaux, « virage ambulatoire », projet maladies chroniques, assurance autonomie, ...);

Tenant compte de l'impact croissant de ces réformes sur le nombre de personnes à prendre en charge à domicile;

Tenant compte de la complexification des prises en charge à domicile et de la multiplication des acteurs de l'aide et des soins à engager autour du patient pour préserver son bien-être et celui de ses proches;

Tenant compte du vieillissement à venir de la population bruxelloise et de la diversification des publics à prendre en charge à domicile (exemple : sorties précoces de maternité);

Tenant compte des spécificités socio-économiques bruxelloises, du nombre important de personnes à risque de pauvreté et des enjeux liés à la rnulticulturalité;

Vu que les modifications introduites dans le décret semblent restreindre tant le champ d'action des acteurs de l'aide et soins à domicile que l'accessibilité de leurs services à une partie du public concerné par ces réformes;

La section a émis :

un avis défavorable dont les principales remarques sont reprises ci-après

Remarques:

I) Au niveau de l'aide et des soins à domicile

Article 61, 5°, du décret

La modification vise à ajouter une condition supplémentaire pour l'octroi de l'agrément, à savoir un droit de priorité en faveur de ceux qui en ont le plus besoin, tout en habilitant le Collège à en fixer les modalités.

Une telle priorité relève de nos missions régies par l'article 28 du décret, plus clair et plus complet, dont voici le dispositif :

« Le service d'aide à domicile exerce les missions suivantes :

- 1° permettre aux bénéficiaires de mieux vivre à domicile, d'acquérir et de préserver leur autonomie, avec le soutien d'aides familiaux et ménagers, en concertation avec l'environnement familial et de proximité et les autres intervenants professionnels s'il échoit;
- 2° accorder l'aide par priorité à ceux qui en ont le plus besoin et qui sont les plus démunis sur le plan financier, de la santé physique ou psychique ainsi que sur le plan social. ».

Le service d'aide à domicile est défini à l'article 27 comme « un service ambulatoire qui favorise le maintien et le retour à domicile et assure, aussi longtemps que nécessaire, l'accompagnement et l'aide aux actes de la vie journalière des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficultés. ».

- 1. Pourquoi ce qui relève de nos missions devient aussi une condition d'agrément ? Il y a une contradiction entre l'article 61, 5°, et l'article 28. Nous constatons que cette modification induit une limitation du champ d'action de l'aide à domicile.
- 2. Est-il souhaitable que le Collège fixe les critères des besoins ?

Selon quels critères ce droit de priorité sera-t-il modalisé ?

Où se situera la marge d'appréciation des services et celle des AS, eux qui sont au plus près des spécificités socio-économiques des bénéficiaires bruxellois ?

Comment tenir compte de la spécificité des petits services dont le champ d'action est limité à un territoire communal ?

Quels seront les impacts au niveau opérationnel?

Quelles incidences sur le travail des AS et le cadre administratif?

Article 133 du décret

La modification vise à ajouter un paramètre supplémentaire pour les subventions, à savoir le type de prestations tout en habilitant le Collège à fixer différents types de prestations.

Article 134 du décret

La modification se justifie par la volonté de permettre l'octroi de subventions en fonction d'un critère supplémentaire nouveau lié à l'état de dépendance du bénéficiaire.

- 1. On nous demande de donner un avis sur des modifications du décret alors qu'une étude va être réalisée sur le sujet (Bel Rai screener et assurance autonomie). Nous demandons qu'il y ait une concertation avec le secteur lorsque l'étude est en cours et que les résultats lui soient communiqués avant la modification du décret.
- 2. Si le secteur de l'aide à domicile doit s'orienter vers les bénéficiaires les plus dépendants, vers qui vont se diriger les personnes en perte d'autonomie qui ne répondent pas aux critères de grande dépendance ? Vers les titres-services, les aidants-proches, les bénévoles ? Sans garantie d'un cadre professionnel adéquat ?
- 3. Comment envisager la charge de travail pour les aides dans un contexte qui serait uniquement orienté vers les cas lourds ?
- II) Les Centres de coordination

Article 24 du décret

Les §§ 1er et 2 sont abrogés. La référence au SISD est supprimée. Les centres de coordination ne sont plus renseigné comme étant l'acteur qui exerce les missions du SISD telles que visées aux articles 8, alinéa 1er, 9, 10, alinéas 1er et 11 de l'arrêté royal du 8 juillet 2002.

- 1. Nous nous demandons ce qu'il en est de l'avenir des centres de coordination et de la responsabilité de l'exécution de leurs missions ?
- 2. Nous redoutons l'affaiblissement des centres coordination qui sont
 - a. un des acteurs essentiel à jouer le rôle de trait d'union entre aide et soins,
 - b. un des acteurs essentiel permettant la réduction des durées de séjour en milieu hospitalier,
 - c. un des acteurs essentiel permettant d'éviter le cas échéant le recours à l'hospitalisation,

d. un des acteurs permettant de prendre en compte les différentes dimensions de l'accompagnement psychomédico-social et de son environnement.

Par conséquent,

- 1. Nous demandons que seule la référence à l'agrément de la Commission communautaire française du SISD soit supprimée au § 1^{er} de l'article 24 et que le reste de l'article 24 soit maintenu dans son entièreté.
- 2. Nous soutenons la conclusion d'un accord de coopération entre la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune clarifiant en conséquence le lien entre centres de coordination et SISD et une référence à cet accord dans le décret.

Le Président.

Emmanuel BAWIN

ANNEXE 11

AVIS

Objet : Avant-projet de décret portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire française

Lors de sa réunion du 6 janvier 2016, la Section « Personnes handicapées » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé a analysé le document mentionné ci-dessus.

L'avant-projet de décret rencontre une des demandes du Conseil concernant la prise en compte du handicap dans l'ensemble des politiques de la Commission communautaire française. Le Conseil remet un avis favorable au sujet de l'avant-projet de décret portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire française. Le Conseil souhaite que les points suivants soient modifiés :

1. Intégrer une référence aux observations du Comité des experts des Nations Unies dans l'« Exposé des motifs »

Présentation générale

I. Introduction

La Convention des Nations-Unies relative aux droits des personnes handicapées (ci-après « la Convention »}, adoptée en 2006, est entrée en vigueur en Belgique le 2 juillet 2009. Suite à cette entrée en vigueur, la Belgique sera régulièrement évaluée par le Comité des Nations Unies des droits des personnes handicapées quant aux mesures qu'elle a pris pour s'acquitter de ses obligations en vertu de la Convention. Le 1er octobre 2014, lors de sa 166e séance, ce Comité a adopté les premières observations finales adressées à la Belgique suite à l'examen de son rapport initial (CRPD/C/ BEL/1).

Dans ces observations finales, figurent une série de recommandations que les autorités sont invitées à mettre en œuvre. En août 2019, la Belgique devra à nouveau remettre au Comité un rapport reprenant les renseignements sur la mise en œuvre de ces observations finales. [...] ».

- 2. Article 4 : une note d'incidence reprenant l'aspect handicap doit être obligatoirement réalisée lors de l'élaboration et du suivi des orientations politiques, des plans de gestion, des contrats de gestion et autres instruments de planification stratégique des services publics.
- 3. Article 5 : le recueil des données statistiques est essentiel et celles-ci doivent être harmonisées.
- 4. Article 7 : le groupe de coordination doit comprendre deux membres désignés par le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide sociale et de la Santé section Personnes handicapées.
- 5. Article 12 : afin d'éviter toute interprétation, compléter cet article par « ... article 8, § 2, ainsi que les rapports à mi-parcours et finaux. ».

La Présidente de la Section.

Thérèse KEMPENEERS-FOULON

ANNEXE 12

AVIS D'INITIATIVE CONCERNANT LE FUTUR PLAN DE PROMOTION DE LA SANTÉ DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE

Avis du 9 décembre 2016

1. Préambule

La section de promotion de la santé du CCBF a décidé d'émettre un avis d'initiative contenant des points d'attention et des recommandations concernant la confection du futur plan quinquennal de promotion de la santé et de réduction des inégalités sociales de santé ainsi que des appels à projets/candidatures qui en découleront.

Ce plan est prévu par Décret relatif à la promotion de la santé en Région de Bruxelles-Capitale adopté en février 2016 par l'Assemblée de la Commission communautaire française. Il constitue le « document de référence présentant l'ensemble des objectifs, des programmes et des approches stratégiques prioritaires définis par le Collège » pour « améliorer l'état de santé de la population et réduire les inégalités sociales de santé ».

La section se réfère au texte du décret qui précise les contenus à traiter par le futur plan et les stratégies de promotion de la santé à prioriser.

Au cœur des réalités de vie de la population, les inégalités sociales sont en augmentation constante en Région Bruxelloise et impactent lourdement la santé; le secteur veut souligner la nécessité d'une réponse ambitieuse, rappelle la pertinence de la promotion de la santé à y contribuer, et insiste en conséquence pour que les moyens soient accordés à la hauteur de cet enjeu.

2. Méthode

Un groupe de travail interne à la section a été mis en place pour préparer l'avis.

Un questionnaire en ligne a été envoyé à l'ensemble des membres de la section. Ce questionnaire les interrogeait individuellement et nominativement sur leurs attentes à l'égard du plan de promotion de la santé et sur les critères de qualité d'un tel plan. Le questionnaire invitait également les répondants à identifier un ou des experts (en planification par exemple), en Belgique ou dans les pays limitrophes, susceptibles d'être contactés comme personnes ressources pour l'élaboration du plan. Les réponses à ce questionnaire ont été étudiées par le groupe de travail et soumises ensuite à la discussion plénière de la section (séance du 10 novembre 2016).

L'avis a été rédigé sur la base de ces deux sources (analyse des réponses au questionnaire et discussion en plénière) puis approuvé par la section (séance du 9 décembre 2016).

3. Points d'attention et recommandations

Cet avis est structuré sur la base des différentes dimensions habituellement attribuées à une planification des interventions en promotion de la santé. Ces niveaux ne sont évidemment pas cloisonnés; construire un plan cohérent et global implique de veiller à leur articulation et à leur liaison interactive.

3.1. Dimension politique

La section recommande que le plan soit construit sur l'analyse des déterminants environnementaux, sociaux, éducationnels et institutionnels qui ont un impact sur la santé des Bruxellois.

En conséquence, la transversalité et l'intersectorialité doivent impérativement être au cœur des fondements stratégiques du plan puisqu'une série de déterminants concernent d'autres politiques (régionales, communautaires et fédérales, mais aussi européennes) et d'autres secteurs d'activité susceptibles d'avoir une influence déterminante sur la problématique (par exemple éducation, emploi, égalité des chances, logement, soins et ambulatoire, environnement).

La section ne peut donc qu'insister sur la nécessité, déjà prévue par le Décret, d'articuler le plan de promotion de la santé aux autres plans existants et à venir (en particulier le plan santé bruxellois de la Commission communautaire commune) et d'assurer des modalités de coopération entre la promotion de la santé et d'autres niveaux ou domaines de compétence politique.

Par conséquent, le plan se doit d'être un outil compréhensible (lisible) et appropriable par les autres secteurs et les diverses instances (inter)ministérielles. Le plan devra aussi faire l'objet d'une large diffusion (visible).

La gestion des espaces audiovisuels gratuits par les différentes entités doit, dans ce but, trouver à être consolidée et valorisée pour promouvoir les stratégies et actions du secteur.

3.2. Dimension stratégique

Le plan constitue un cadre de référence pour les acteurs de la promotion de la santé en Région bruxelloise, d'abord pour ceux qui sont subventionnés par le Décret et ensuite pour ceux qui ne sont pas subventionnés mais qui peuvent contribuer à sa mise en œuvre. La section attend du plan qu'il contribue à une meilleure santé – dans toutes ses dimensions – des Bruxellois dans une visée de réduction de l'impact des inégalités sociales de santé. Le plan doit pouvoir défendre une vision ouverte et positive de la santé.

La section recommande que le plan, d'une part fasse figurer les principes spécifiques de promotion de la santé (en complément du décret) et d'autre part, traduise ces principes à un niveau opérationnel.

Le plan doit notamment mettre en avant :

- une approche par déterminants de santé qui vise un changement des conditions de vie ayant un impact sur la santé;
- la notion d'équité en santé en invitant à prendre en compte de manière systématique le gradient social (les désavantages sociaux) et les besoins de publics prioritaires;
- la participation des usagers et plus largement des citoyens en favorisant leur capacité d'agir (empowerment) individuellement et collectivement.

La section recommande que le futur plan soit fondé sur l'analyse des spécificités bruxelloises concernant les besoins, les publics et les environnements (par exemple accroissement des inégalités sociales de santé et de la dualisation sociale, augmentation des populations jeunes et vieillissantes, enjeux liés au multiculturalisme).

Le plan doit permettre de développer une approche de santé globale et multifactorielle, mais aussi rationnelle et cohérente en vue d'assurer une couverture populationnelle et territoriale suffisante. Le plan doit ainsi assurer la complémentarité entre des actions globales et locales/spécifiques et des approches généralistes et thématiques.

Pour cela, le plan doit prendre en compte l'ensemble des publics et des secteurs géographiques de la Région. Il doit cependant porter une attention particulière aux populations vulnérables et précarisées. Il sera attentif aux zones en difficulté, où les besoins sont importants alors que le tissu psycho-médico-social est insuffisant pour y répondre. Il ira à la rencontre des problématiques émergentes pour leur prise en considération.

3.3. Dimension programmatique et opérationnelle

La section estime que le plan devrait atteindre un niveau d'opérationnalité suffisant en donnant un cadre et des directions pour sa mise en œuvre. La période de cinq ans du plan est relativement courte pour mesurer des effets probants en termes de santé. C'est pourquoi la section recommande que le plan énonce des objectifs généraux qui se situent davantage à un niveau d'objectifs intermédiaires réalistes, faisables et évaluables, plutôt qu'à un niveau plus haut de santé publique (avec mesure d'impact). De plus, le plan doit s'inscrire dans un calendrier réaliste pour atteindre lesdits objectifs.

Le plan doit donc donner des indications et orientations concrètes en ce qui concerne :

- les objectifs et les priorités pour améliorer la santé des Bruxellois;
- les domaines/secteurs d'intervention;
- les niveaux d'intervention et leur coordination;
- les leviers à activer (stratégies et types d'action attendues).

En même temps, le plan devrait assurer une certaine souplesse dans les propositions de mise en œuvre que les opérateurs pourront soumettre, en laissant une place à l'initiative nécessaire pour s'adapter aux spécificités locales, mais également une place à l'émergence de pratiques innovantes.

La section insiste pour que les ambitions du plan soient assorties des moyens nécessaires à sa réalisation; il y va de sa faisabilité. Ces moyens sont financiers, mais portent également sur les connaissances, les capacités d'évaluation, la formation et l'échange de pratiques. Le plan devrait notamment permettre d'identifier là où des ressources supplémentaires sont requises. De plus, le plan devrait indiquer précisément quels sont les processus et critères d'allocation et/ou de renouvellement des ressources.

Pour éviter de fragiliser les acteurs de promotion de la santé, une attention particulière doit être portée sur l'impact du calendrier de confection et de démarrage du plan sur la gestion des ressources humaines. Sa mise en place doit garantir les conditions de continuité des services et des programmes ainsi que le maintien des emplois pendant la transition. En particulier, les modalités de mise en place du nouvel organigramme dépendant du plan veilleront à épargner le recours aux préavis conservatoires.

En matière d'évaluation des projets portés par les acteurs et services, il s'agit d'évaluer non seulement les effets mais également les processus. La section recommande une évaluation continue - sur la base d'outils construits en concertation. Ceux-ci comprendront des critères et indicateurs tant quantitatifs que qualitatifs, et progressivement des standards de qualité d'une intervention/démarche de promotion de la santé.

À propos de la méthodologie d'évaluation du plan lui-même, la section estime que cette question cruciale doit être abordée dès la construction du plan et être co-construite avec les acteurs. La section recommande que plusieurs critères de qualité soient retenus dans l'évaluation du plan :

- la prise en compte les inégalités sociales de santé;
- la participation des publics et populations concernées;
- l'actualisation du plan en fonction des avancées et évolutions (un plan évolutif);
- l'articulation du plan avec les autres plans et politiques s'appliquant sur le territoire bruxellois.

3.4. Dimension « projet »

Concernant les appels à projet, la section estime que le plan devrait préciser que le terme « projet » peut désigner aussi bien des projets ponctuels que des programmes d'action.

Conformément aux priorités du plan et à la complémentarité des axes stratégiques de la Promotion de la santé (Charte d'Ottawa), la section préconise une certaine diversité quant au type de projets pouvant être soutenus : outre des actions en direction des publics cibles, des actions impliquant les usagers ou la participation de populations, d'interventions visant les individus ou les environnements sociopolitiques, d'approches de type généraliste ou thématique et des projets de plaidoyer, de recherche, de formation des acteurs et d'échanges de pratiques devraient pouvoir être financés.

Pour être pertinents, les stratégies, objectifs, méthodes et priorités du plan doivent correspondre à des problématiques identifiées et documentées par des études scientifiques, des diagnostics communautaires, des données

expérientielles (expertise du terrain et vécu du terrain (des usagers, des citoyens)), tant quantitatives que qualitatives.

Dans le plan, les objectifs, les thématiques et publics prioritaires devraient être précisés mais sans exclusivité afin de permettre l'émergence de propositions innovantes. Il en est de même pour la diversité des stratégies et des méthodologies.

Avis émis par la section Promotion de la santé du Conseil consultatif, le 9 décembre 2016