

**Parlement francophone bruxellois**  
(Assemblée de la Commission communautaire française)



30 juin 2015

---

SESSION ORDINAIRE 2014-2015

---

**Évaluation du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires  
dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé**

RAPPORT

fait au nom des commissions réunies  
des Affaires sociales et de la Santé

par Mme Nadia EL YOUSFI

## SOMMAIRE

1. Exposé introductif de Mme Céline Fremault, ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille .....	3
2. Exposé introductif de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé .....	4
3. Présentation du rapport final d'évaluation du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé, par Mme Anne-Françoise Raedemaeker, auditrice au cabinet BDO Management Advisory ....	6
4. Discussion .....	19
5. Approbation du rapport.....	20
6. Annexe .....	21

*Membres présents pour la commission des Affaires sociales* : M. Jacques Brotchi (supplée Mme Anne Charlotte d'Ursel), Mme Michèle Carthé, M. Boris Dilliès, Mme Dominique Dufourny, Mme Nadia El Yousfi, M. Hasan Koyuncu (supplée M. Ahmed El Ktibi), M. Fabian Maingain, M. Alain Maron (supplée Mme Evelyne Huytebroeck), Mme Fatoumata Sidibé, Mme Simone Susskind et M. Gaëtan Van Goidsenhoven.

*Membres présents pour la commission de la Santé* : M. Jacques Brotchi, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Barbara d'Ursel-de Lobkowicz, Mme Nadia El Yousfi (supplée M. Bea Diallo), Mme Zoé Genot, M. Amet Gjanaj, M. Abdallah Kanfaoui, M. Hasan Koyuncu, Mme Catherine Moureaux (supplée M. Zahoor Ellahi Manzoor), Mme Martine Payfa (présidente) et M. Gaëtan Van Goidsenhoven (supplée M. Alain Destexhe).

*Membres absents pour la commission des Affaires sociales* : Mme Anne Charlotte d'Ursel (suppléée), M. Ahmed El Ktibi (suppléé) et Mme Evelyne Huytebroeck (suppléée).

*Membres absents pour la commission de la Santé* : M. Alain Destexhe (suppléé), M. Bea Diallo (suppléé) et M. Zahoor Ellahi Manzoor (suppléé).

*Ont également participé aux travaux* : M. Serge de Patoul et M. Emin Ozkara (députés), Mme Cécile Jodogne et Mme Céline Fremault (ministres), Mme Anne-Françoise Raedemaeker et M. Pol Fialkowsky (BDO-Management Advisory Secteur Public).

Mesdames,  
Messieurs,

Les commissions des Affaires sociales et de la Santé se sont réunies conjointement le 30 juin 2015 pour entendre les exposés introductifs de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé, et de Mme Céline Fremault, ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille, ainsi que l'exposé de Mme Anne-Françoise Raedemaeker, consultante au cabinet BDO-Management Advisory Secteur Public, concernant le rapport final de l'évaluation du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé.

Mme Nadia El Yousfi a été désignée en qualité de rapporteuse.

## **1. Exposé introductif de Mme Céline Fremault, ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille**

La ministre Céline Fremault introduit son préambule en informant les commissaires qu'avec sa collègue, la ministre Cécile Jodogne, elles ont décidé de présenter l'évaluation du décret ambulatorio telle qu'elles l'ont réceptionnée, en toute transparence, et ceci avec l'aide de la consultante qui a mené l'étude, Mme Anne-Françoise Raedemaeker, qui travaille au sein de BDO-Management Advisory Secteur Public.

Une évaluation du décret ambulatorio a eu lieu fin d'année 2014. Un petit mot d'abord sur la démarche d'évaluation, si essentielle pour faire évoluer les législations dans le sens des réalités du terrain.

Que signifie évaluer et pourquoi est-il important d'envisager une évaluation ?

Trop souvent, les acteurs concernés par une démarche d'évaluation craignent celle-ci en considérant qu'il s'agit d'une nouvelle forme de contrôle du pouvoir subsidiant sur les organisations subsidiées.

Cette interprétation peut aboutir à des blocages. Or, ce qu'il est important de comprendre c'est que l'évaluation n'est ni une forme d'audit ni une procédure d'inspection. Les organisations ne sont pas évaluées en tant que telles et leur action ne sera pas sanctionnée en cas de non atteinte des objectifs.

En fait, ce que la démarche d'évaluation vise, c'est une analyse de l'adaptation des moyens aux objectifs tels que définis par la politique publique que l'on évalue. La question n'est donc pas : « est-ce que telle ou telle autre organisation a-t-elle accompli efficacement sa tâche ? » mais plutôt « est-ce que les moyens dont

on dispose pourront-ils permettre la poursuite des objectifs que l'on s'est fixés lors de la définition des contenus de la politique publique concernée ? ».

Ce sont donc les processus de planification et de mise en œuvre dans leur ensemble qui sont évalués et non pas l'action isolée et ponctuelle des organisations.

Ce qui intéresse les ministres, c'est donc si elles disposent des bons outils et moyens eu égard aux objectifs tels que définis politiquement. Si la réponse à cette question est négative, alors l'évaluation proposera des correctifs qui, encore une fois, ne concerneront pas les actions singulières des acteurs du secteur mais, au contraire, l'ensemble du processus de planification.

Une fois cette clarification faite, il faudra revenir à l'évaluation proprement dite. La présente évaluation a été financée par la Commission communautaire française, départements Santé et Action sociale, dans le cadre de l'obligation décrétole de procéder à l'évaluation du décret ambulatorio. Il s'agissait d'une évaluation nécessaire, voire indispensable afin de vérifier si la législation correspondait bien aux réalités actuelles des acteurs de terrain.

Pour rappel, l'adoption du décret ambulatorio en 2009 fut le fruit d'un long processus de rapprochement entre les législations relevant de l'action sociale, de la famille et de la santé. L'objectif du décret était de réunir en un seul texte de loi des législations jusqu'ici disparates des différents secteurs de l'action sociale et de la santé ambulatorio en Région de Bruxelles-Capitale. Il vise, globalement et in fine, à promouvoir, protéger, maintenir, améliorer, rétablir un niveau de santé et d'inclusion sociale satisfaisant en Région de Bruxelles-Capitale à travers le subventionnement structurel de services ambulatoires. Ce n'était pas une mince affaire, tant ces secteurs possèdent chacun leur spécificité.

Actuellement, le décret ambulatorio concerne environ cent quarante services ambulatoires agréés par la Commission communautaire française. À côté de ces services ambulatoires, le décret reconnaît et agréé également des organismes de coordination qui ont pour objet l'organisation et la coordination d'activités relatives à la promotion et à l'information des services ambulatoires qui leur sont affiliés. Le secteur de l'ambulatorio représente plus de mille cinq cents travailleurs.

La ministre se permet de refaire un petit historique de la mise en œuvre de cette évaluation puisque elle a également suivi ce dossier sous sa casquette de ministre de la Santé, lors de la précédente législature.

En 2013, le Collège a transmis une première évaluation du décret au parlement, rédigée sur la base d'un rapport interne de l'administration. En vue d'enrichir cette première évaluation, la Commission communautaire française a lancé, au printemps 2014, un marché public de services ayant pour objet « L'évaluation du décret ambulatoire ». Ce marché public a été remporté par BDO-Management Advisory Secteur Public qui a travaillé en étroite collaboration avec l'Institut Destrée.

L'objet du marché, tel qu'il est défini dans le cahier des charges, était d'évaluer la mise en œuvre des nouveautés apportées par le décret. Ces nouveautés portaient, comme le souligne l'exposé des motifs du décret, sur sept axes, à savoir : la fusion des décrets relevant de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé, la simplification administrative, l'agrément à durée indéterminée, la programmation des nouveaux agréments, la démarche d'évaluation qualitative, la pratique de réseau et l'agrément des organismes de coordination et/ ou représentatifs.

Les questions ont été formulées de façon très concrète afin de pouvoir précisément répondre aux enjeux. Conformément aux prescrits du cahier des charges, il s'agissait donc bien, pour chacun de ces axes, de répondre aux questions suivantes :

- Quel est l'objectif de cette nouveauté apportée par le décret en 2009 ?
- Cet objectif est-il toujours pertinent ? A-t-il été atteint ? Est-il opérationnel ?
- Quelles seraient les améliorations à apporter ?

Ce sont ces questions d'évaluation qui ont structuré l'ensemble de la réflexion menée dans le cadre de la présente évaluation du décret ambulatoire.

Un petit mot aussi sur le calendrier. Le travail d'évaluation a été fait en quatre mois, une durée selon la ministre ni trop longue et ni trop courte non plus. L'évaluation du décret ambulatoire a en effet débuté le 15 septembre 2014 et s'est achevée le 9 janvier 2015 par la remise du rapport final d'évaluation.

Il fallait un temps nécessaire afin de pouvoir bien rencontrer l'ensemble des secteurs concernés, mais il ne fallait pas non plus que ce travail soit trop long dans le temps afin de pouvoir envisager certaines modifications du décret dans un avenir pas trop lointain. Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé, présentera d'ailleurs la méthodologie envisagée pour la modification du décret ambulatoire.

Toutefois, la ministre aimerait dire un petit mot sur un secteur en Action sociale qui attend une modifi-

cation avec grande impatience. La nouvelle mouture du décret prévoira bien une disposition permettant le financement structurel des services de médiation de dettes. Il s'agissait d'une mesure nécessaire, voire indispensable afin de pérenniser ce travail essentiel pour la population bruxelloise. Le surendettement est certainement un des problèmes principaux que les habitants précarisés de la Région bruxelloise doivent affronter. Il est à la fois cause et conséquence de la paupérisation des Bruxellois.

Il était donc indispensable que le financement de la Commission communautaire française spécifique pour six services de médiation de dettes soit pérennisé dans le cadre du décret ambulatoire et ce sera chose faite une fois la nouvelle mouture adoptée au Parlement francophone bruxellois.

La ministre aborde la sixième réforme de l'État et précise qu'il est indéniable que cette réforme de l'État a opéré un recentrage de certains axes forts au sein de la Commission communautaire commune. On est passé du « bi-communautaire », en deux mots avec un tiret, au bicommunautaire en un seul mot. Mais il est certain que désormais la vision globale sociale-santé devra se faire de façon coordonnée entre la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune. Et il est également indéniable que la double casquette communautaire/bicommunautaire sera extrêmement utile comme garante d'une politique commune cohérente et coordonnée, dans la mesure où l'objectif à terme est bien une vision globale régionale bruxelloise.

La ministre en termine avant de laisser la parole à sa collègue, Cécile Jodogne, en remerciant chaleureusement les consultants de leur rigueur et de leur précision dans le travail accompli. Par ailleurs, elle a déjà eu l'occasion de remercier l'ensemble des secteurs concernés lors d'un colloque de présentation de cette étude, spécifique pour les secteurs, qui s'est déroulé la semaine précédente au BIP.

## **2. Exposé introductif de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé**

### **2.1. Concertation avec les acteurs de terrain**

Le décret ambulatoire est le fruit de la concertation de tous les partenaires (le politique, l'administration, les secteurs, sans oublier les partenaires sociaux; plusieurs mois de discussions, d'échanges, de concertation et de négociation ont été nécessaires. Le conseil consultatif « ambulatoire » et « aide et soins à domicile » a organisé des groupes de travail, des séances supplémentaires et a émis des avis qui ont été entendus.

L'évaluation a suivi une trajectoire de concertation similaire et la ministre tient à insister sur ce point. Elle est d'abord une évaluation menée du point de vue des acteurs de terrain, à travers le prisme des comités d'accompagnement (COMACC), les « focus groups » et les formulaires « on line » de recueil d'informations.

Elle a été présentée aux secteurs la semaine précédente au Bruxelles Info Place (BIP), dans le cadre d'une demi-journée de travail organisée par l'administration.

Elle est présentée aujourd'hui en commissions réunies social-santé.

Ensuite commencera le circuit des premières modifications du décret qui seront soumises aux sections compétentes du conseil consultatif.

## 2.2. Pistes d'avenir du décret : modification en deux phases et contraintes budgétaires

Au cours d'une première phase : les modifications de forme seront apportées (une sorte de toilettage de l'outil de travail que constitue le décret). Ces premières modifications sont le fruit de l'évaluation par BDO-Management Advisory Secteur Public mais reposent aussi sur l'évaluation de la mise en œuvre du décret réalisée en 2012 par l'administration de la Commission communautaire française. Elles devront s'apprécier aussi avec d'éventuelles modifications ou adaptations de l'arrêté d'application (notamment les rapports d'activités et les recueils de données qui n'ont pas encore été appliqués et qui seront sans doute la base de la programmation de demain).

Il s'agit de propositions adaptatives et pragmatiques qui font échos des remarques du prestataire externe BDO-Management Advisory Secteur Public, de remarques sectorielles et administratives. Il s'agit aussi quelques fois de corriger le tir par rapport à des mesures dont l'esprit était sans doute plus clair que la manière de les rédiger et qui manquaient leur effet à cause de cela.

Pour la Santé et sans entrer plus avant dans la présentation qui sera faite aux commissaires par Mme Anne-Françoise Raedemaeker, auditrice au cabinet BDO-Management Advisory Secteur Public, la ministre souhaite voir aboutir des éléments de simplification administrative :

- quant à la composition minimale des équipes de base en santé mentale notamment en raison de la pénurie de psychiatres,

- quant à la reconnaissance de l'ensemble du travail des centres d'accueil téléphoniques et l'adaptation de la législation aux moyens actuels de communication,
- quant à l'allègement des procédures liées aux dérogations de qualifications pour tous les services ambulatoires,
- quant à la clarification du rôle du coordinateur comme interface avec l'administration,

et ceci n'est pas exhaustif.

## 2.3. Programmation vers un recueil de données

L'évaluation du décret a suivi un chemin parallèle avec l'élaboration d'un outil de programmation. Si aujourd'hui il est possible de présenter les prémises des premières propositions liées à l'évaluation, il ne s'agit pas encore de la fin du chantier de la programmation de nouveaux services ambulatoires. Et ce chantier-là sera lié à celui de la deuxième phase de l'évaluation qui elle sera centrée sur une redéfinition des missions de l'ambulatoire. Quand la ministre évoque les mots « Redéfinition des missions », il faut les entendre comme un travail commun sur les points de convergence entre les différentes « fonctions professionnelles de l'ambulatoire ».

L'harmonisation des procédures ambulatoires (première phase) laissera alors la place à l'harmonisation des missions de l'ambulatoire vis-à-vis des usagers bruxellois (deuxième phase). Les professionnels de l'ambulatoire seront appelés dans le courant de cette législature à la concertation au travers de leurs métiers et de leurs missions de service public (comme l'accueil, l'accompagnement, l'insertion sociale, la prévention ...).

Mais point d'angélisme, les contraintes budgétaires ne donnent que peu de marges de manœuvre aux deux ministres.

Il y a des services à renforcer comme il y a des manques à combler. Les deux dynamiques se croisent dans une politique publique ambulatoire concertée sur le même territoire, où les logiques de territoires couverts se croisent avec des logiques de besoins et de participation des usagers.

## 2.4. Continuité de la DEQ

La ministre termine son intervention en évoquant la Démarche d'évaluation qualitative (DEQ).

Cette innovation du décret ambulatoire a fait couler beaucoup d'encre à l'époque et a suscité des polémiques et des fantasmes de contrôle « conceptuel » du politique sur le secteur associatif.

Les dernières tensions remontent déjà ... à 3 ans, lors du choix des thématiques de la DEQ. Ensuite les DEQ ont commencé.

La ministre l'a fait lors de la présentation au BIP la semaine précédente et veut souligner également, devant les commissions, le travail de la cellule d'accompagnement de la DEQ, celui des équipes des ASBL agréées et de leurs superviseurs externes qui ont réussi une alchimie remarquable des processus d'interventions, faits de respect professionnel et d'apports méthodologiques mutuels en toute discrétion.

La ministre souhaite que les DEQ des services ambulatoires se poursuivent dans la continuité et dans le même esprit d'auto-évaluation des dispositifs internes et d'évolution des pratiques.

## 3. Présentation du rapport final d'évaluation du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé, par Mme Anne-Françoise Raedemaeker, consultante au cabinet BDO-Management Advisory Sector Public

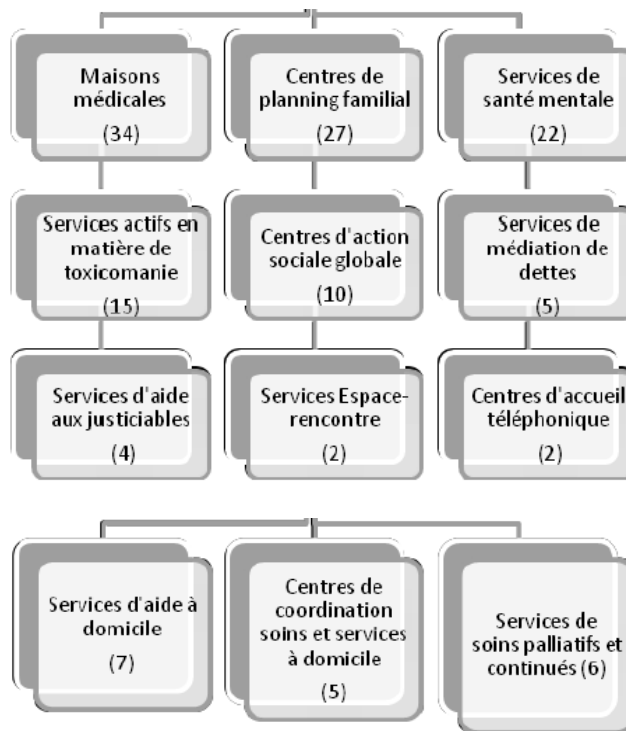
Mme Anne-Françoise Raedemaeker, consultante chez BDO-Management Advisory Sector Public et chef de projet, présente l'étude relative à l'évaluation du décret ambulatoire commanditée par les cabinets des ministres en charge de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé et qui comporte trois axes, à savoir, le contexte et l'objet de l'évaluation, la méthodologie utilisée et les résultats de cette étude.

### 3.1. Contexte et objet de l'évaluation

Le champ de l'ambulatoire concerne des services de traitement médical ou social qui se pratiquent sans hospitalisation ou sans hébergement.

Le champ des services ambulatoires se compose de douze secteurs identifiés en tant que tels dans le

décret. Au sein de chaque secteur, il existe des services agréés par la Commission communautaire française.



Le décret ambulatoire organise l'agrément de ces services. Actuellement, le décret ambulatoire concerne environ cent quarante services ambulatoires agréés par la Commission communautaire française. À côté de ces services ambulatoires, le décret reconnaît et agréé également des organismes de coordination qui ont pour objet l'organisation et la coordination d'activités relatives à la promotion et à l'information des services ambulatoires qui leur sont affiliés.

Un service ambulatoire est une structure agréée en tant que centre, maison ou service actif dans le domaine de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé et qui, par une approche interdisciplinaire et en partenariat avec d'autres acteurs socio-sanitaires, assure des prestations pour les bénéficiaires dans leur milieu de vie, permettant ainsi d'améliorer leur qualité de vie.

Suite à la sixième réforme de l'État, les services d'aide aux justiciables et les services Espace-Rencontre sont transférés vers la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Le décret ambulatoire représente treize ans d'histoire législative du social et de la santé et avait pour objectif de fusionner, au sein d'un même texte législatif, douze décrets sectoriels, ainsi que le décret relatif aux organismes représentatifs de l'Action sociale et de la Famille, de regrouper, d'harmoniser et de coordonner

ner diverses législations relevant de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé applicables aux secteurs ambulatoires et de créer davantage de transversalité au sein des secteurs ambulatoires alors que l'histoire politique a toujours séparé ces deux domaines d'intervention.

Quant au fond, aucune modification n'est apportée ni aux définitions des secteurs, ni aux missions de service public confiées aux différents secteurs, ni aux subventions, ce qui implique forcément que le cadre des équipes agréées reste inchangé.

En 1994, des pans entiers des secteurs de l'aide aux personnes et de la santé sont transférés de la Communauté française vers la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

Entre 2000 et 2001, les Accords du non-marchand harmonisent les barèmes et les modalités de subventionnement des équipes agréées (la subvention du personnel mais pas les frais de fonctionnement) en créant une trame identique pour tous les travailleurs basée sur la fonction, la qualification et la valorisation de l'ancienneté.

À partir du début des années 2000, les réseaux sont mis en place sous la forme d'initiatives au sein du budget de la santé.

En 2003, les Assises de l'ambulatoire consacrent une vaste réflexion des acteurs de terrain, des responsables politiques et de l'administration sur le rapprochement, l'intégration et l'harmonisation des politiques sociales et de santé en Région de Bruxelles-Capitale. Le décret ambulatoire est, en partie, un héritage de ces réflexions.

La Déclaration de Politique Régionale de 2005 (et puis celle de 2009) consacre la volonté politique de rapprocher et de mieux coordonner les secteurs de l'ambulatoire en Région de Bruxelles-Capitale. En 2007, les pouvoirs politiques demandent à l'administration de préparer un décret ambulatoire. Le champ du décret est alors relativement limité : il s'agit uniquement d'uniformiser la procédure d'agrément des services. À partir de ce moment, une vaste consultation des secteurs est opérée en vue d'aboutir à un décret. Au cours du processus de négociation, d'autres éléments s'ajoutent au décret : la pratique de réseaux, l'agrément à durée indéterminée, la démarche de qualité (l'agrément à durée indéterminée a constitué une compensation accordée aux secteurs en échange de l'obligation pour les services de réaliser une démarche de qualité), ainsi que la program-

mation des nouveaux agréments. La négociation et le processus de maturation du décret final ont pris beaucoup de temps (on dénombre une quinzaine de versions du projet de décret) et ont abouti, en 2009, à l'adoption par le Parlement du décret ambulatoire.

Le décret ambulatoire adopté en 2009 constitue le fruit d'un long processus de rapprochement entre les législations relevant de l'action sociale, de la famille et de la santé. Le décret réunit en un seul texte de loi des législations jusqu'ici disparates des différents secteurs de l'action sociale et de la santé ambulatoire en Région de Bruxelles-Capitale.

### *Cadre légal de l'évaluation*

L'article 201 du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé constitue le cadre légal de l'évaluation.

Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par le Collège et au plus tard le 1er janvier 2010. Le Collège évalue sa mise en œuvre entre le 1er juillet et le 31 décembre 2012. Il communique son rapport d'évaluation à l'Assemblée de la Commission communautaire française au plus tard le 31 janvier 2013.

Le Collège a transmis un premier rapport au Parlement, rédigé sur la base d'un rapport de l'administration.

Dans le cadre de l'attribution d'un marché public de services, l'évaluation de la mise en œuvre du décret porte sur les nouveautés apportées par le décret.

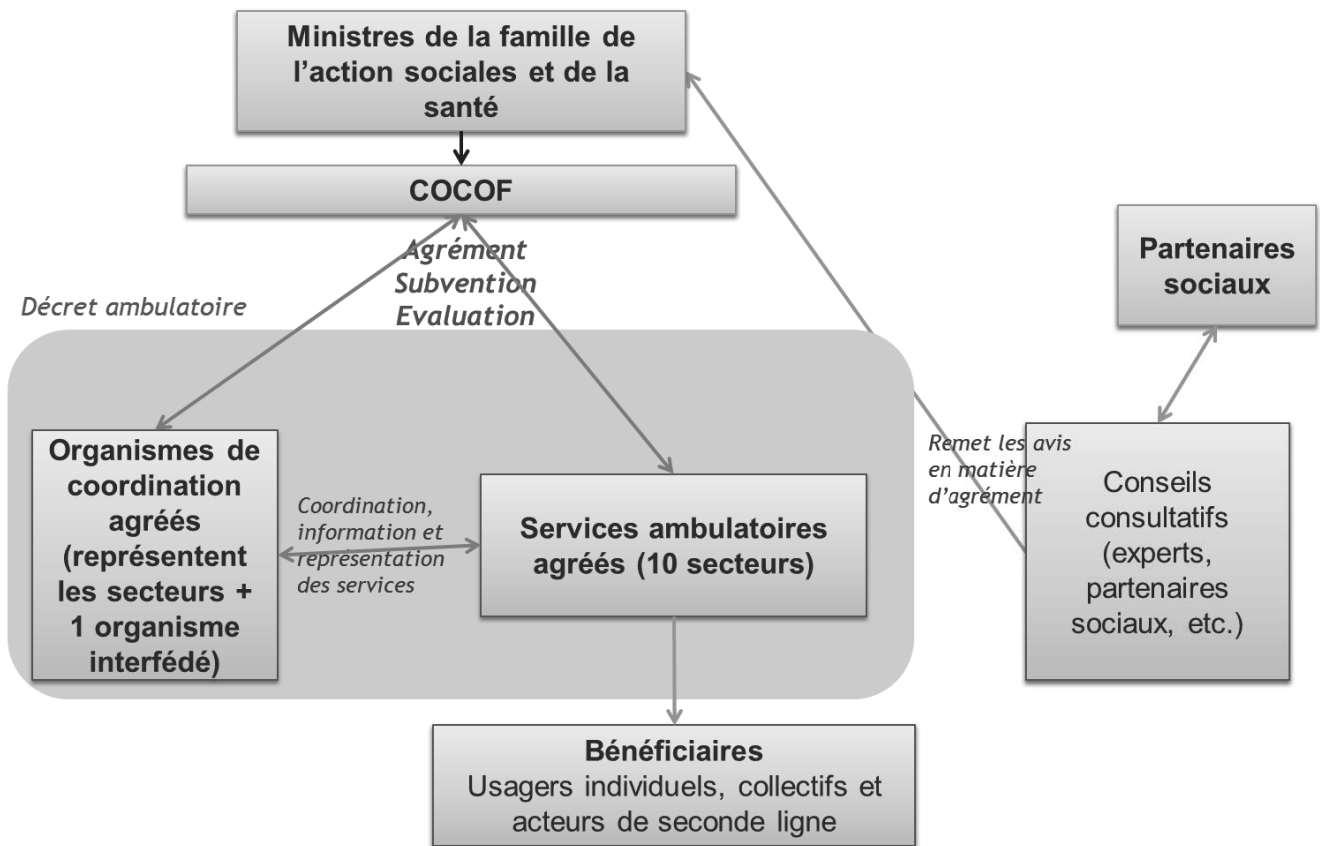
### *Valeur ajoutée du processus de l'évaluation*

Le processus de l'évaluation du décret constitue une valeur ajoutée pour le secteur et l'administration de la Commission communautaire française.

C'est l'opportunité pour la Commission communautaire française de faire le point sur le décret et son fonctionnement en vue d'approfondir le processus de rapprochement entre les différents secteurs.

C'est également l'opportunité de soutenir et de structurer un dialogue entre les différents secteurs par un acteur extérieur (un consultant) et de créer un dialogue avec l'administration et les secteurs.

## Diagramme d'environnement



Il s'agit de la place des différents acteurs impliqués dans l'évaluation et le processus de concertation organisé au sein de la Commission communautaire française.

Il existe une possibilité de mobiliser les Conseils consultatifs.

Ce diagramme illustre bien que tous les acteurs ont été consultés.

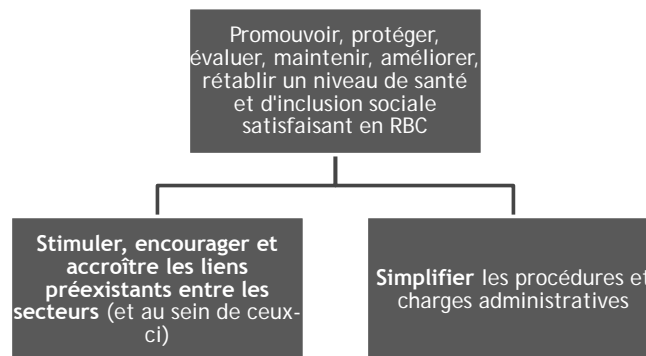
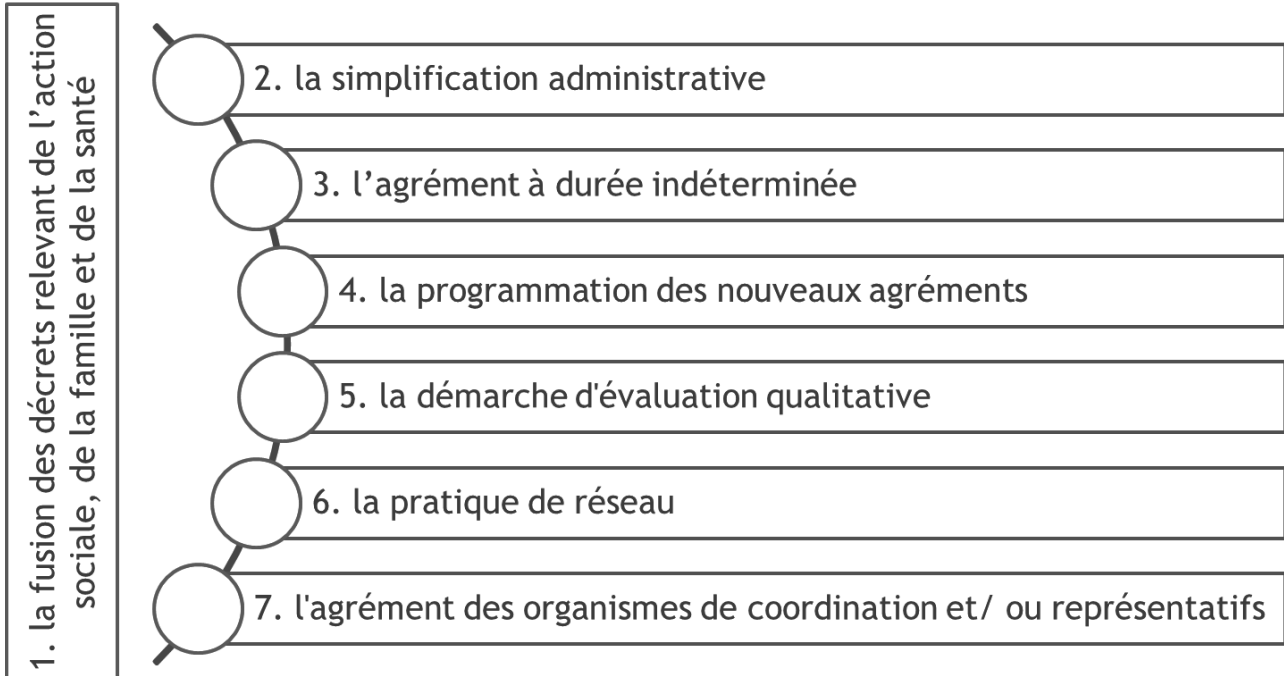
Le décret constitue le périmètre d'actions pour les acteurs de réaliser des objectifs avec les bénéficiaires finaux que constituent les usagers.

Pour évaluer le rôle des acteurs, des indicateurs d'activités et de résultats constituent un des objectifs d'amélioration.



Axes de changement du décret

Mme Raedemaker rappelle que l'objet de la mission est d'évaluer la mise en œuvre des sept axes de changement apportés par le décret ambulatoire du 5 mars 2009 :



1. la fusion des décrets	2. la simplification administrative	3. l'agrément à durée indéterminée	4. la programmation des nouveaux agréments	5. la démarche d'évaluation qualitative	6. la pratique de réseau	7. L'agrément des organismes de coordination
<p>1.1 Regrouper, harmoniser et coordonner diverses législations</p> <p>1.2 Créer davantage de transversalité au sein des secteurs</p>	<p>2.1 Améliorer l'utilisation des informations, notamment par la voie informatique</p> <p>2.2 Harmoniser les pratiques administratives en matière de procédure d'agrément, de normes fonctionnelles et architecturales</p>	<p>3.1 Offrir une reconnaissance sans équivoque et une réelle stabilité</p> <p>3.2 Offrir la possibilité d'investiguer de nouvelles pratiques ou de nouveaux publics</p> <p>3.3 Assurer une simplification administrative lors du renouvellement de l'agrément</p>	<p>4.1 Améliorer l'adéquation entre les besoins de la population bruxelloises et l'offre existante</p> <p>4.2 Favoriser, à travers le processus de programmation, le dialogue entre les secteurs</p> <p>4.3 Harmoniser / standardiser la collecte des données</p>	<p>5.1 Améliorer le service proposé aux bénéficiaires et à la population dans son ensemble</p> <p>5.2 Améliorer l'utilisation des ressources</p> <p>5.3 Améliorer les conditions de travail des professionnels</p>	<p>6.1 Développer des initiatives de partenariats géographiques ou thématiques</p> <p>6.2 Améliorer la coordination, la complémentarité, la pluridisciplinarité, la continuité et la qualité des prestations</p>	<p>7.1 Harmoniser l'agrément des organismes de coordination et/ ou représentatifs</p> <p>7.2 Améliorer la coordination et la représentation des secteurs</p>

### 3.2. Méthodologie

La méthodologie recourt à une méthode participative et à une approche consolidée.

Le Comité d'accompagnement est composé des autorités et des partenaires sociaux des services de l'administration des départements sociaux et sanitaires (services gestionnaires, inspection, cellule d'accompagnement à la démarche d'évaluation qualitative) et des représentants des ministres de l'Action sociale et de la Santé.

Les bénéficiaires du décret sont, d'une part, les services ambulatoires (coordinateurs) et, d'autre part, les organismes représentatifs et/ou de coordination.

Les récoltes de données quantitatives et qualitatives permettent une analyse rigoureuse et des recommandations précises.

Le Comité d'accompagnement a pour but la validation des étapes de la mission et des livrables intermédiaires (référentiel, support d'enquête et questionnaire, premiers constats, etc.).

Les coordinateurs des services qui sont les premiers utilisateurs du décret ont pour objectif la simplification administrative et la transversalité des données.

Les Fédérations doivent disposer, quant à elles, d'une vue sectorielle (la transversalité et l'harmonisation) et intersectorielle.

### Questions d'évaluation

Pour chacun de ces axes, les questions d'évaluation sont les suivantes.

Premièrement, quel est l'objectif de cette nouveauté apportée par le décret en 2009 ? Comment ce décret participe-t-il aux objectifs stratégiques ? Ceux-ci ont-ils été atteints ?

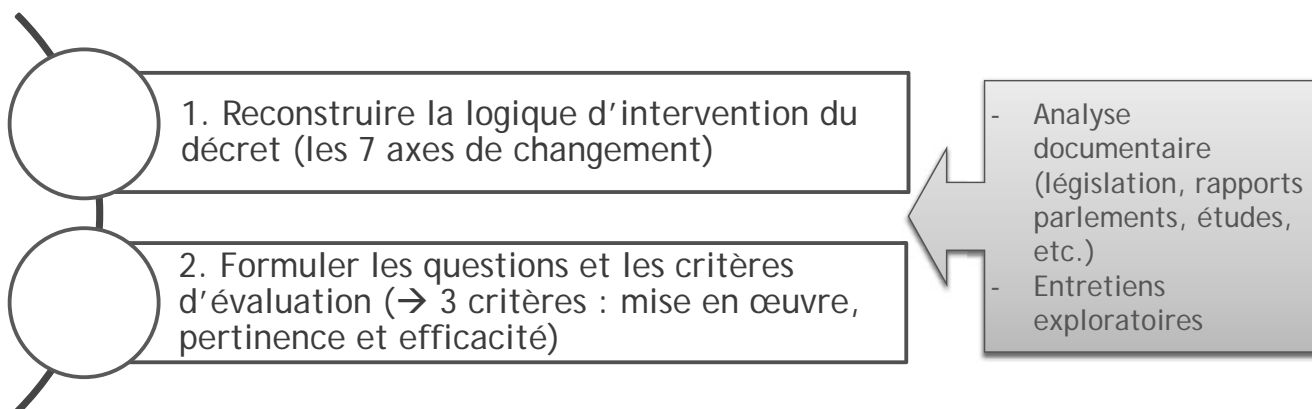
Deuxièmement, le décret est-il opérationnel ? Quel est le degré de mise en œuvre et d'efficacité de ce dernier ?

Troisièmement, cet objectif est-il toujours pertinent ?

Et enfin, quelles sont les pistes d'améliorations à apporter (recommandations) ?

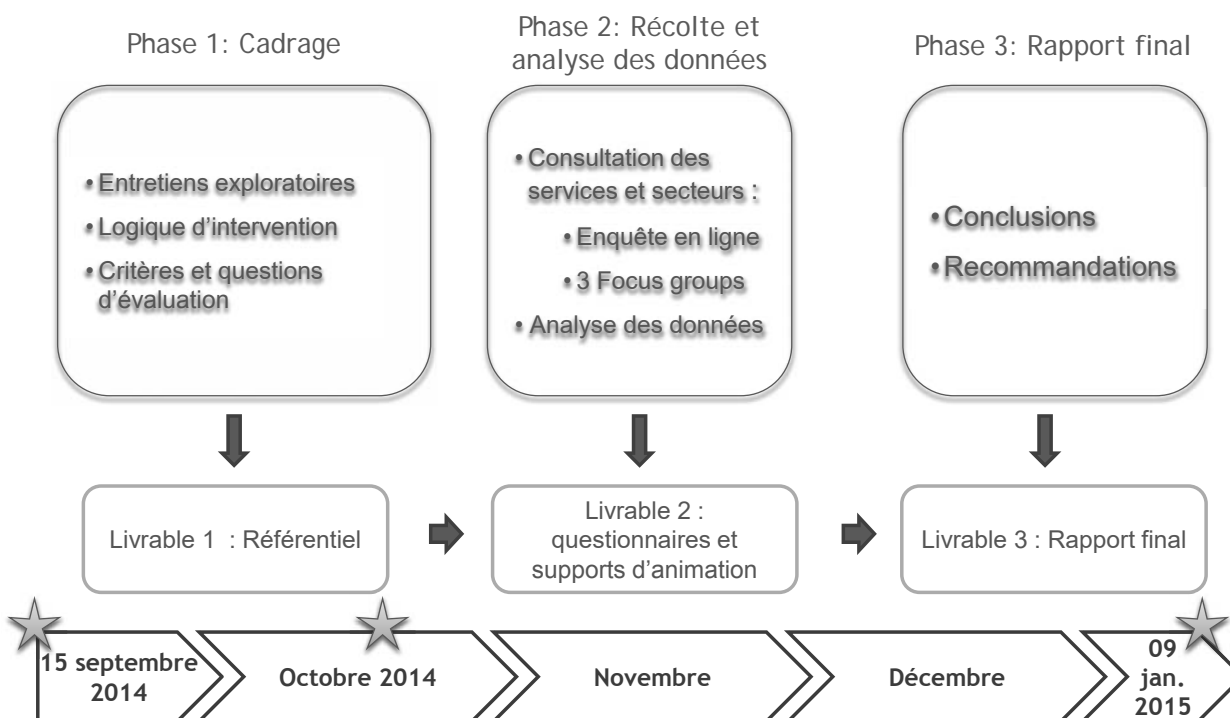
### Cadrage

Le cadrage constitue un exercice fondamental dans la délimitation du champ d'évaluation. À titre d'exemple, il était évident depuis le début qu'on ne traiterait pas des questions d'impacts du décret sur la situation socio-sanitaire de la Région bruxelloise ou de la question de la cohérence du décret avec d'autres législations connexes comme le décret du non-marchand.



### Déroulement de la mission

Un exercice d'évaluation repose sur une approche méthodologique classique qui est divisée en trois phases, à savoir, le cadrage, la récolte et l'analyse des données et la formalisation des conclusions et des recommandations dans un rapport final.



### Livrable 1 : référentiel et constat

Trois dimensions stratégiques dans lesquelles se retrouvent les sept axes de façon différenciée.

La simplification administrative est une modalité stratégique transversale.

L'harmonisation intersectorielle est une lecture harmonisée des interventions des secteurs.

La transversalité intersectorielle vise à renforcer les collaborations, l'interdisciplinarité et le diagnostic commun.

Les sept axes définissent une dimension stratégique ou en appuient son opérationnalité.

A titre d'exemple, le premier axe est l'axe général, par conséquent, en évaluer les effets revient à passer par les autres axes.

Un autre exemple est l'évaluation de la simplification administrative qui implique d'analyser les conséquences pratiques de l'axe 2, mais également, d'autres axes comme la démarche d'évaluation qualitative (DEQ), les dossiers réseaux, etc.

L'utilisation d'une sémantique et d'un mode de calcul des prestations qui doit être harmonisée. Citons la prestation de soins, l'accompagnement psychologique, l'aspect social, la formation à la prévention, la coordination, la distinction entre le prioritaire et le facultatif, etc.

## Livrable 2 : Questionnaires et supports d'animation

### Enquête en ligne auprès des coordinateurs

Participants	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinateurs des services ambulatoires (1 coordinateur par service) Ce groupe sera élargi aux représentants des fédérations, quand elles existent (+- 150 personnes)</li> <li>• Partenaires sociaux</li> </ul>
Outils	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Logiciel d'enquête en ligne Survey Guizmo → base de données Excel</li> <li>• Méthode de tracking pour savoir qui a répondu, campagne de relance personnalisée</li> </ul>
Mode d'interrogation	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Grosse majorité de questions fermées et quelques questions ouvertes</li> <li>• Possibilité limitée de laisser des commentaires</li> <li>• Le questionnaire comportait 75 questions et sa passation durait environ 30 minutes</li> </ul>

Le champ des services ambulatoires se compose de douze secteurs, identifiés en tant que tels dans le décret. Au sein de chaque secteur, il existe des services agréés par la Commission communautaire française.

Le décret ambulatoire organise l'agrément de ces services. Actuellement, le décret ambulatoire concerne environ cent quarante services ambulatoires agréés par la Commission communautaire française. A côté de ces services ambulatoires, le décret reconnaît et agrée également des organismes de coordination qui ont pour objectif l'organisation et la coordination d'activités relatives à la promotion et à l'information des services ambulatoires qui leur sont affiliés.

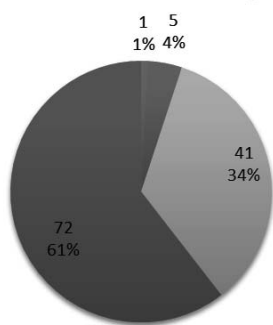
### Récolte et analyse des données – enquête en ligne

Mme Raedemaker précise que l'enquête en ligne a obtenu un taux de réponses global de 80 % et de plus de 66 % dans chaque secteur et estime que les résultats atteignent largement les objectifs fixés en termes de représentativité.

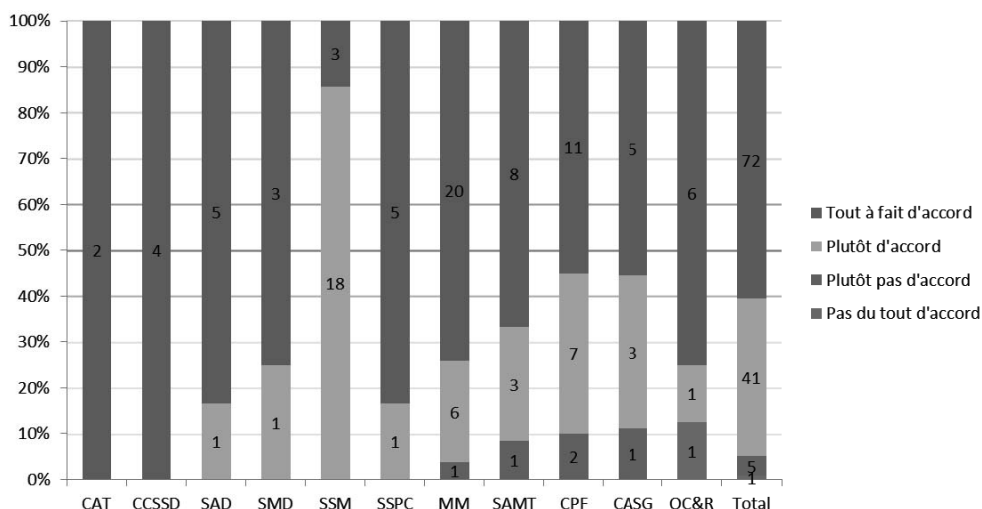
Secteurs	Liste des services		Réponses Enquête		
	Nombre total	% du total	Nombre de répondants	Taux de participation	% du total des répondants
Centres d'action sociale globale (CASG)	10	7 %	9	90 %	7 %
Centres de planning familial (CPF)	27	18 %	21	78 %	17 %
Centres d'accueil téléphonique (CAT)	2	1 %	2	100 %	2 %
Centres de coordination de soins et services à domicile (CCSSD)	5	3 %	4	80 %	3 %
Services de soins palliatifs et continués (SSPC)	6	4 %	6	100 %	5 %
Maisons médicales (MM)	37	25 %	27	73 %	22 %
Services de médiation de dettes (SMD)	6	4 %	4	67 %	3 %
Services d'aide à domicile (SAD)	7	5 %	6	86 %	5 %
Services actifs en matière de toxicomanies (SAMT)	14	9 %	12	86 %	10 %
Services de santé mentale (SSM)	22	15 %	21	95 %	17 %
Organismes de coordination et/ou de représentation (OC&R)	9	6 %	8	89 %	7 %
Partenaires sociaux (PS)	3	2 %	2	67 %	2 %
<b>Total</b>	<b>148</b>	<b>100 %</b>	<b>122</b>	<b>82 %</b>	<b>100 %</b>

Dans le cadre du traitement des données de l'enquête en ligne, l'interlocutrice précise que le graphique ci-dessous représente un traitement systématique et standardisé pour chaque question de l'enquête (statistiques descriptives basiques).

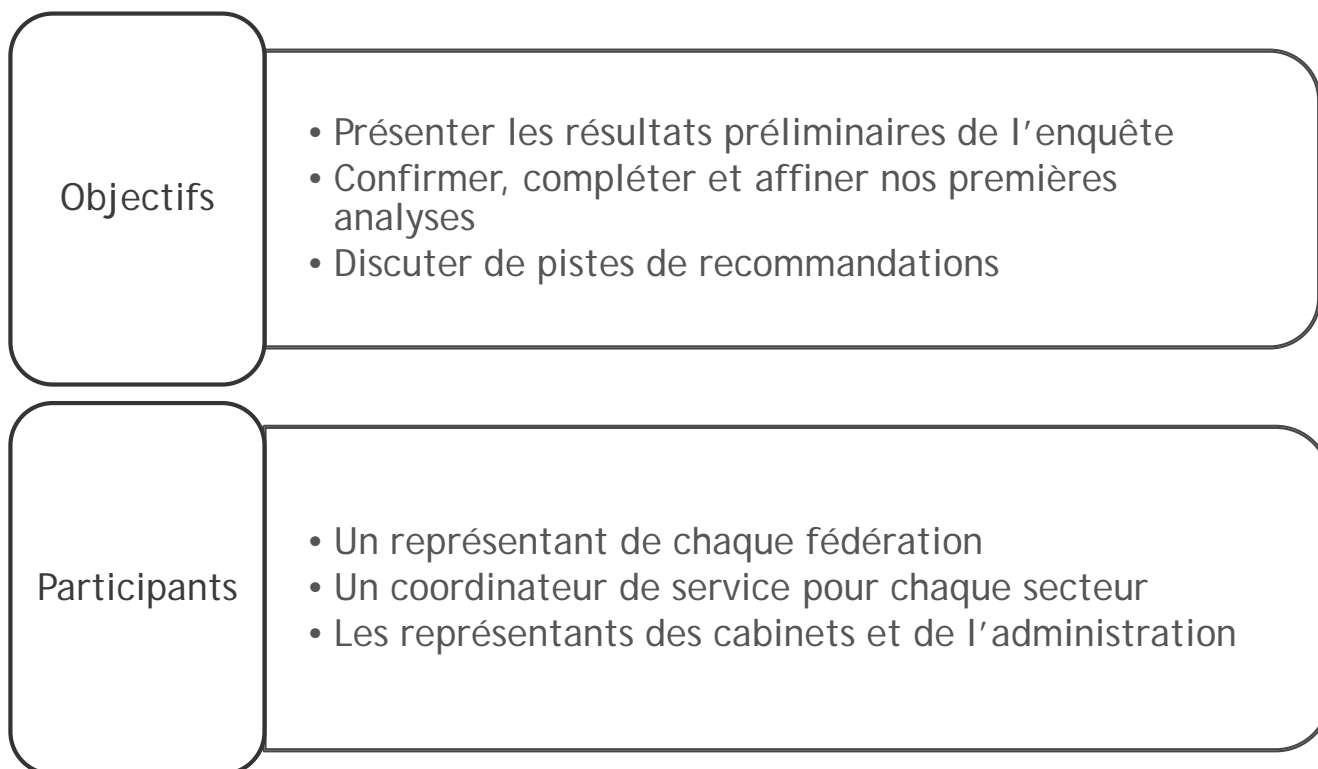
### L'introduction de l'agrément à durée indéterminée constitue une simplification administrative pour votre service



- Pas du tout d'accord
- Plutôt pas d'accord
- Plutôt d'accord
- Tout à fait d'accord



### Focus group



### Livrable 3 : Rapport final

#### *Partage des résultats : rapport final et suivi*

Mme Raedemaker précise que le rapport final fait l'objet d'une présentation au sein du comité d'évaluation qui apporte éventuellement quelques corrections.

Elle souligne également la volonté du comité d'évaluation d'aller plus loin et de capitaliser sur les résultats de cette évaluation, à savoir, l'organisation de tables-rondes avec le secteur ambulatoire et la rédaction de propositions.

Ensuite, après la présentation des conclusions de l'étude au Parlement, BDO-Management Advisory Secteur Public envisage une planification des changements identifiés à court et à moyen termes.

#### *Mise en œuvre du décret (prévu/réalisé)*

Concernant le premier axe, la fusion des décrets relevant de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé, l'action prévue est l'adoption du décret et de ses dix arrêtés d'exécution, la structuration du décret et l'harmonisation des définitions.

Concernant le deuxième axe, la simplification administrative, les actions prévues sont l'établissement de conditions générales d'agrément, d'une procé-

de commune d'agrément, de normes générales de fonctionnement (dossier unique, rapport d'activités, données à collecter auprès des bénéficiaires, etc.), de normes générales de personnel et architecturales générales, de dispositions générales relatives aux subventions, de procédures communes de contrôle et d'inspection et de procédures destinées à améliorer l'utilisation des données en possession de l'administration (notamment par la voie informatique).

Concernant le troisième axe, l'agrément à durée indéterminée, l'action prévue est la mise en place de la nouvelle procédure d'agrément (demande d'agrément – agrément provisoire – octroi ou refus et contrôle).

Concernant le quatrième axe, la programmation des nouveaux agréments, le Collège établit, après avis du Conseil consultatif, une programmation incluant un nombre de services par secteur en tenant compte de l'offre existante et des besoins constatés.

Concernant le cinquième axe, la démarche d'évaluation qualitative, l'action prévue est la mise en place de la DEQ telle que prévue par le décret.

Concernant le sixième axe, la pratique de réseau, les actions prévues sont la mise en place de réseaux organisés sur base géographique et autour d'une ou plusieurs thématiques (limitées dans le temps) (article 177 du décret) et la mise en œuvre, par les réseaux, d'activités de soins, d'action sociale ou d'assistance familiale.

Enfin, le septième axe, l'agrément des organismes de coordination et/ ou représentatifs, les actions prévues sont l'établissement d'une procédure commune

d'agrément, de normes de fonctionnement, de dispositions relatives aux subventions, de procédures communes de contrôle et d'inspection ainsi qu'un agrément d'un organisme par secteur qui coordonne et, éventuellement représente, au moins quatre services ambulatoires d'un même secteur et les deux tiers des services ambulatoires de ce secteur.

#### Pistes de réflexion par axe

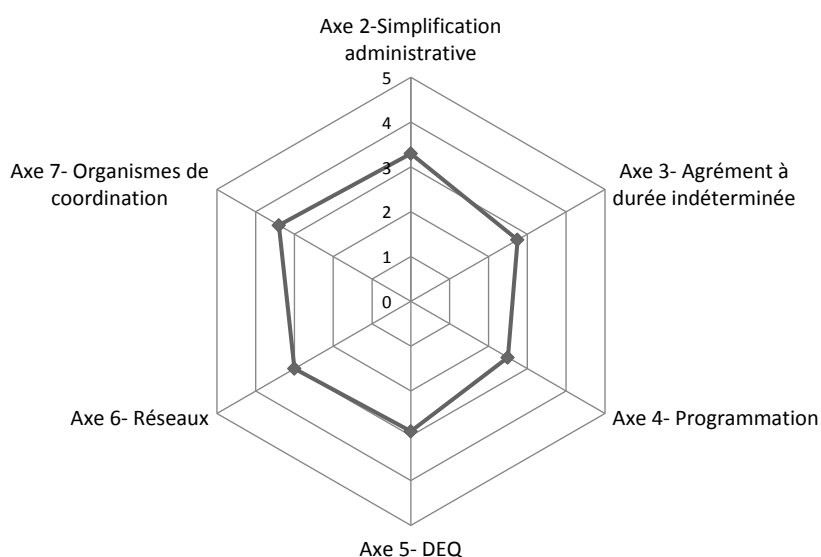
Mme Raedemaker présente les pistes de réflexions par axe du décret.

Premièrement, compte tenu de la forte imbrication entre les problématiques sociales et de santé et du souci de mettre en œuvre une action publique claire, lisible, équitable et efficace, la fusion des décrets relevant de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé est pertinente.

Deuxièmement, le décret fusionné a opéré une harmonisation partielle qui se marque notamment par les éléments de simplification administrative.

Troisièmement, cette harmonisation partielle aboutit à un décret qui compile les éléments propres à chaque secteur et au sein duquel coexistent différentes approches, logiques et une manière de présenter et de formuler ces éléments.

Enfin, quatrièmement, en terme de transversalité, la définition du service ambulatoire inaugure la mise en route d'une culture commune qui appelle à plus de collaborations.



#### Pistes de réflexion

– Une progression par axe est possible

– Une attention particulière doit être portée quant à la cohérence et la complémentarité entre les axes

– Une progression peut encore être fournie quant à une lecture harmonisée de l'offre ambulatoire. Celle-ci doit permettre de clarifier et rendre plus lisible les spécificités des secteurs, de d'améliorer l'équité entre ceux-ci et de renforcer la professionnalisation des services

Quant à la simplification administrative, le décret a harmonisé les normes générales de fonctionnement des services ambulatoires (articles 97-107 du décret) ainsi que les pratiques en termes de normes architecturales (articles 112-114 du décret).

La tenue d'un dossier individuel doit contenir les données nécessaires à l'accomplissement du suivi individuel ou familial du bénéficiaire (article 101 du décret).

La tenue d'un dossier administratif doit être mis à disposition du Collège par chaque service ambulatoire.

L'article 104 du décret dispose que les services doivent rédiger un rapport d'activités.

L'article 105 du décret précise les données à enregistrer concernant les bénéficiaires, la fonction de coordinateur et l'utilisation de la voie informatique.

Plus précisément, l'enquête en ligne montre que la quasi-totalité des services (92 %) tiennent, pour chaque bénéficiaire, un dossier individuel. Il est à noter, sur ce point, que le contenu et la structuration de ces dossiers varient selon les secteurs.

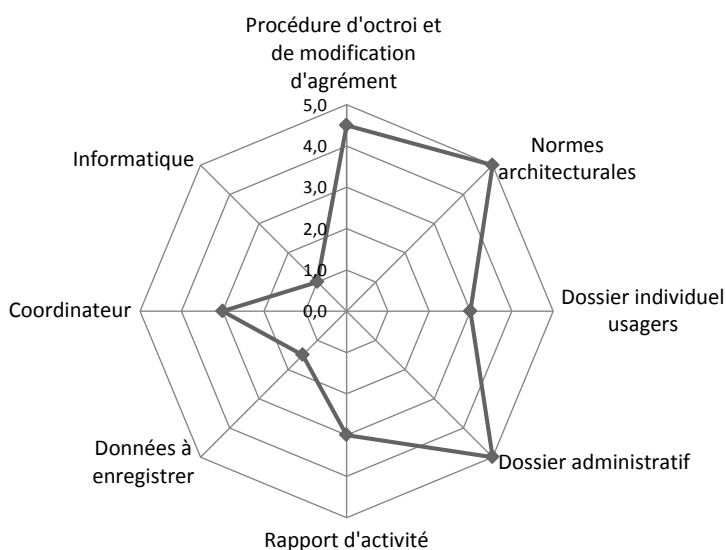
Quant au dossier administratif, l'entretien mené avec le service de l'Inspection et les résultats de l'enquête en ligne indiquent que la mise en place de ce dossier ne pose pas véritablement de problème à la grande majorité des services. Ainsi, 86 % indiquent que, lors de la dernière inspection, leur dossier administratif était complet et 84 % révèlent ne pas éprouver de difficultés à tenir à jour leur dossier administratif. Dans le même sens, 85 % des personnes ayant participé à l'enquête se montrent tout à fait d'accord (10 %) ou plutôt d'accord (75 %) avec l'idée que les

formalités administratives liées au dossier administratif qui sont demandées sont justifiées.

Concernant le rapport d'activités annuel, dont le contenu est déterminé par le Collège, on constate sur le terrain que, si tous les services respectent cette disposition, la nature, la qualité et le contenu des rapports d'activités varient fortement entre les services et les secteurs. Il n'existe pas, à l'heure actuelle, de canevas commun pour l'ensemble de l'ambulatoire. L'enquête en ligne montre cependant que 49 % disposent d'un modèle de rapport d'activités, souvent issu de leur Fédération.

Quant à la récolte des données, ainsi que les modalités et procédures d'enregistrement et de transmission de ces données, il ressort des entretiens menés que cet article du décret n'est mis en œuvre que de manière très partielle. En effet, si certains secteurs enregistrent des données selon des modalités partagées et harmonisées, c'est loin d'être le cas pour tout le monde. On observe pour plusieurs secteurs une absence de données consolidées et fiables. Cette volonté du décret rencontre des difficultés de mise en œuvre, compte tenu de la complexité de définir, pour chaque secteur et de manière intersectorielle, les données à collecter de manière rigoureuse, objective et qui rende compte de manière comparable des activités réalisées. Ceci est à mettre en relation avec la réalisation de rapports d'activités harmonisés et la mise en œuvre du processus de programmation.

Les coordinateurs rencontrent des difficultés qui se matérialisent dans l'organisation de la fonction de coordinateur au sein des services, à savoir, la liste des tâches doivent être assumées, les relations avec la direction, l'échange d'information, etc.), alors même que la plupart des services ne perçoivent pas de soutien financier lié à cette fonction.



### Pistes de réflexion

- Utiliser la voie informatique comme outil de simplification administrative
- Harmoniser les rapports d'activités afin de favoriser les analyses transversales et une lisibilité des activités
- Mettre en œuvre l'article 105
- Reconnaître la fonction de coordination et la définir clairement



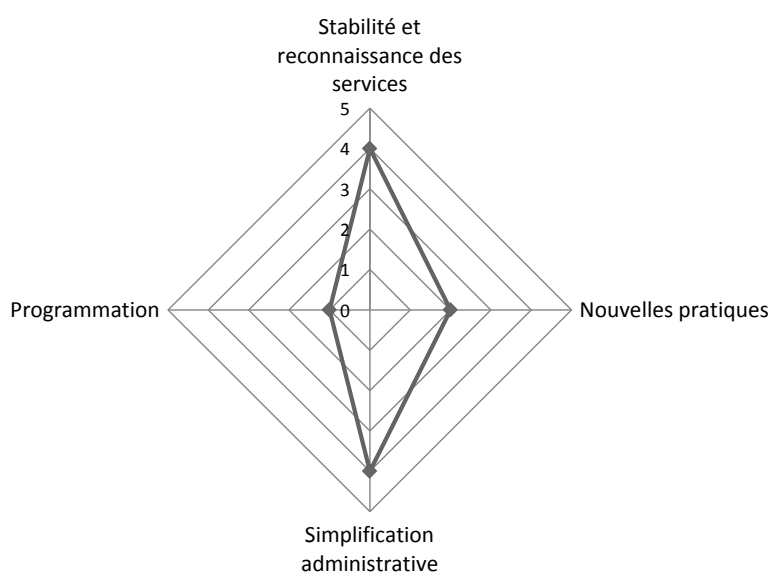
Mme Raedemaker estime que l'harmonisation des rapports d'activités constituerait un gain d'efficacité en termes d'évaluation et constate que la mise en œuvre du décret est incomplète, ce qui constitue une difficulté d'exploiter ce levier sur la transversalité et la lisibilité du secteur ambulatoire.

Elle note également un manque encore de simplification pour les services multi-agrésés.

Dans certains cas, des modifications minimales de personnel nécessitent une procédure de modification d'agrément assez lourde.

Il s'agit, à titre d'exemple, des modifications du cadre des plannings.

L'intervenante souligne l'objectif de l'agrément à durée indéterminée qui permet d'assurer une réelle stabilité au projet et à l'équipe agréée, la possibilité d'investiguer de nouvelles pratiques ou d'évoluer en direction de nouveaux publics et d'assurer une simplification administrative en évitant la répétition disproportionnée de procédures trop formelles lors du renouvellement de l'agrément.



### Pistes de réflexion

- Consolider la procédure de modification d'agrément
- Simplifier la situation des services multi agréés
- Prévoir des modalités de communication au sujet des services agréés avec les services gestionnaires

Mme Raedemaker précise que l'agrément à durée indéterminée ne doit donc pas être un frein quant à la bonne communication entre l'administration et les services.

La pertinence de cet axe doit être appréciée au regard du processus de la programmation. En effet, celui-ci prévoit que les nouveaux agréments sont accordés sur base d'une analyse entre l'offre des services (ambulatoires et autres) et les besoins de la population bruxelloise. A travers ce processus, le

Collège se donne la possibilité d'accroître le nombre de services agréés et d'opérer un choix parmi les institutions candidates, non plus uniquement en raison des disponibilités budgétaires, mais aussi sur la base d'autres paramètres d'appréciation.

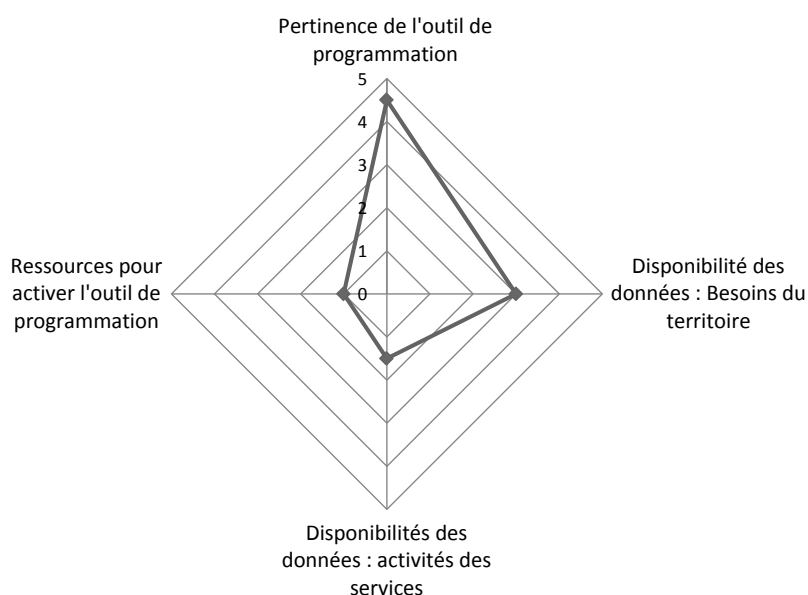
La demande par un service d'un agrément doit donc s'évaluer en fonction de critères qui dépasse le dossier lui-même et qui prend en compte les données de la programmation.

La programmation a pour vocation d'objectiver l'octroi des nouveaux agréments en fonction de critères sociologiques, géographiques, épidémiologiques, socio-économiques et d'analyser des besoins de la population bruxelloise et de l'offre existante.

Dans le cadre de la mise en œuvre de cette programmation, une étude préparatoire (ULB) avait été commanditée en 2012 concernant une première analyse de l'offre des services ambulatoires à travers l'analyse des fonctions et des métiers par service et les premières réflexions sur l'analyse des besoins de la population bruxelloise à travers l'étude de différents indicateurs socio-sanitaires.

En 2014, une seconde étude a été réalisée par BDO-Management Advisory Secteur Public en partenariat avec l'Institut Destrée concernant la méthodologie d'élaboration de l'outil de programmation et qui fait l'objet de l'actuelle présentation en commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé au Parlement francophone bruxellois.

### Programmation des nouveaux agréments



### Pistes de réflexion

- Mettre en place une récolte des données
- Poursuivre le processus de programmation en dialogue avec les secteurs
- Identifier un pilote/coordonateur responsable d'activer l'outil

Les réunions de travail organisées dans le cadre du processus de conception de l'outil de programmation, mais également l'enquête en ligne et les focus groups réalisés dans le cadre de l'évaluation du décret montrent que les différents acteurs liés au décret (administration, services ambulatoires, organismes de coordination) se rejoignent sur le constat qu'il existe de réels besoins d'amélioration de l'adéquation entre l'offre des services ambulatoires et les besoins de la Région de Bruxelles-Capitale.

Néanmoins, il ressort de l'enquête en ligne que 59 % se déclarent tout-à-fait d'accord (15 %) ou plutôt d'accord (44 %) avec la proposition suivante : « Le dispositif de programmation pourra permettre d'améliorer l'adéquation entre les besoins de la population bruxelloise et l'offre ambulatoire existante ».

Enfin, l'intervenante précise que l'outil de programmation est intimement lié à la mise en œuvre des modalités et des procédures d'enregistrement et de transmission des données à collecter par les services.

#### 4. Discussion

**M. Alain Maron (Ecolo)** revient au taux de participation important à l'enquête en ligne : 80 %. Il souhaite savoir si ce taux de 80 % est transversal et est donc significatif pour tous les secteurs.

Ce commissaire souhaite savoir également de quelle manière a été traité l'aspect qualitatif du questionnaire. Était-il possible de laisser des commentaires ?

En ce qui concerne l'harmonisation intersectorielle, qui a été abordée dans la présentation, y a-t-il des collaborations à renforcer et comment est-il prévu de concrétiser ce renforcement ? Y a-t-il des pistes proposées pour une meilleure collaboration à l'intérieur du secteur ambulatoire de la Commission communautaire française, mais également avec les organismes agréés par la Commission communautaire commune ? Envisage-t-on des référentiels communs ?

**Mme Anne-Françoise Raedemaeker (BDO-Management Advisory Secteur Public)** informe les commissaires que le taux global de participation à l'enquête est de 82 %, avec 70 % de réponses au moins dans tous les secteurs, sauf les services de médiation de dettes.

**M. Pol Fialkowsky (BDO-Management Advisory Secteur Public)** précise que c'est un taux de 60 %

qui a été recueilli pour les services de médiation de dettes. L'intervenant ajoute qu'il fallait un taux de participation de 50 % afin que les réponses soient validées.

Par ailleurs, en ce qui concerne le questionnaire proprement dit, il y avait une volonté de proposer essentiellement des questions fermées. Mais les réponses et commentaires aux questions ouvertes ont été lues et discutées et ont permis d'illustrer le rapport d'évaluation.

**Mme Anne-Françoise Raedemaeker (BDO-Management Advisory Secteur Public)** précise que, malgré la relecture du questionnaire par le comité d'accompagnement, certains points ont prêté à différentes interprétations, et particulièrement la question portant sur les réseaux de la Commission communautaire française. En effet, les services sociaux et de santé vont partout et collaborent avec des nombreuses associations qu'elles soient de la Commission communautaire française ou non, et elle indique qu'il est périlleux, voire plus, d'évaluer le travail en réseau des associations sur base des seuls réseaux financés par la Commission communautaire française. Ceci nécessiterait probablement une étude spécifique qui permettrait de bien distinguer les différents niveaux de compréhension du terme « réseau ou travail en réseau », aux fins d'en tirer la spécificité et la plus-value desdits réseaux de la Commission communautaire française.

Il est important également de se rendre compte que le savoir-faire des acteurs de terrain est intuitif et que la pratique est quotidienne, parfois sans lien proche avec les textes.

En ce qui concerne la question sur un référentiel commun, l'intervenante pense qu'il faut, en amont, définir précisément ce que recouvre les notions de soin, de prévention, d'accompagnement, d'accueil, de réseau, etc.

Il faut tenir compte également des publics et des territoires spécifiques (commune, région, quartier, ...). Néanmoins, on pourrait disposer d'un référentiel commun minimum.

**M. Jacques Brotchi (MR)** demande aux représentants de BDO-Management Advisory Secteur Public comment ils s'assurent que les services, lorsqu'ils choisissent eux-mêmes les thèmes à évaluer, ne sélectionnent pas des thèmes pour lesquels ils se savent performants.

Ce commissaire souhaite attirer l'attention sur le fait que le rapport d'évaluation montre que 65 %

des services n'ont pas tenu compte de la circulaire de 2012 et n'ont pas utilisé le canevas prévu pour la démarche d'évaluation qualitative. En connaît-on la raison ? Y aura-t-il des sanctions ? Cela rend-il la lisibilité transversale incomplète et difficile ?

L'intervenant aborde encore le peu de performance de l'usage de l'outil informatique, pointé par le rapport. S'agit-il d'un problème de budget : n'y a-t-il pas assez de budgets disponibles pour remédier à cette situation ? Ou s'agit-il d'un problème de résistance des mentalités et des habitudes de travail qui empêchent d'utiliser autrement les outils informatiques disponibles ?

Concernant les thèmes à évaluer, **Mme Anne-Françoise Raedemaeker (BDO-Management Advisory Secteur Public)** répond que, dans le cadre de la mission de BDO-Management Advisory Secteur Public sur la DEQ, ces thèmes pouvaient être choisis par les services eux-mêmes.

Il n'en reste pas moins que, comme cela a été évoqué précédemment, une énorme résistance persistait quant à la demande d'évaluation, au début de la mission d'audit. Cette démarche semble être mieux comprise et mieux acceptée aujourd'hui.

**M. Pol Fialkowsky (BDO-Management Advisory Secteur Public)** ajoute que la demande d'évaluation est mieux acceptée dans la mesure où celle-ci ne sera pas utilisée comme sanction.

En réponse à M. Brotchi et concernant le canevas de la DEQ, **Mme Anne-Françoise Raedemaeker (BDO-Management Advisory Secteur Public)** remarque que s'il reste des résistances au sein de certains secteurs d'activités, d'autres y ont saisi l'occasion de réfléchir et de prendre du recul. Il est à noter que certains d'entre-eux avaient déjà une grande pratique de l'auto-évaluation.

L'intervenante précise, en outre, que le contenu des canevas utilisés ne rentre pas dans le cadre de la mission d'audit, ni l'appréciation des budgets consacrés à l'outil informatique.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH)** pense, pour sa part, qu'il est important pour le législateur d'avoir un acteur extérieur. Il rappelle que la démarche d'évaluation qualitative a posé un grand questionnement au sein du Parlement. Il était important que les secteurs s'approprient cette démarche. Et, il faut faire confiance à leur capacité à s'approprier certains outils.

Ce commissaire pose ensuite la question suivante : le décret ambulatorio répond-il mieux à l'évolution des besoins ? Au vu du rapport d'évaluation, il semble que ce soit le cas, mais le décret permet-il d'aller vers une réduction d'écart entre les besoins et l'offre de services ?

**Mme Anne-Françoise Raedemaeker (BDO-Management Advisory Secteur Public)** répond que la recherche de la réponse à cette question ne faisait pas partie du périmètre de l'étude. Par ailleurs, d'après l'intervenante, le décret manque d'éléments qui permettent de faire des liens entre les avis de l'Observatoire de la santé et du social, et les besoins réels. Il manque, dans le dispositif, une coordination de l'outil de programmation.

**Mme Nadia El Yousfi (PS)** revient à la question de l'outil informatique. Quel est exactement le problème et quelles seraient les recommandations afin de l'améliorer ?

En ce qui concerne la démarche d'évaluation qualitative, il semble que les différents secteurs soient plus rassurés par rapport aux craintes du début. La commissaire souhaite savoir si les éléments d'évaluation seront dissociés de l'agrément. Est-ce la voie à explorer ?

Sur l'outil informatique, **Mme Anne-Françoise Raedemaeker (BDO-Management Advisory Secteur Public)** répond que, dans le plan stratégique de l'administration, la mise au point d'un outil informatique performant est à l'ordre du jour afin d'aller vers une meilleure communication et une mise en commun des dossiers.

Pour ce qui concerne la démarche d'évaluation qualitative, ce qu'ont pu constater les auteurs du rapport, c'est, d'une part, la volonté d'améliorer les pratiques mais, d'autre part, la crainte de l'évaluation de la norme.

C'est l'avis que remet le consultant après avoir fréquenté les associations et les Fédérations.

**La présidente des commissions réunies, Mme Martine Payfa**, remercie les intervenants de BDO-Management Advisory Secteur Public pour cette présentation du rapport.

## 5. Approbation du rapport

Les commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé font confiance à la présidente et à la rapporteuse pour l'élaboration du rapport.

## 6. Annexe

Rapport final concernant l'évaluation du décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé, présenté au Comité d'accompagnement, le 9 janvier 2015.

*La Rapporteuse,*

Nadia EL YOUSFI

*La Présidente,*

Martine PAYFA





