

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



22 mai 2013

---

SESSION ORDINAIRE 2012-2013

---

**PRÉSENTATION DE L'ÉTUDE PRÉPARATOIRE  
À L'ÉLABORATION DE LA PROGRAMMATION  
DES SERVICES AMBULATOIRES EN RÉGION BRUXELLOISE**

RAPPORT

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

par M. Jacques MOREL

## SOMMAIRE

|                                                                                                                                                       |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 1. Exposé de Mme Céline Fremault, ministre en charge de la Santé ..                                                                                   | 3  |
| 2. Présentation de l'étude par Yves Coppieters t'Wallant, professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'Université libre de Bruxelles .....     | 4  |
| 3. Présentation de la collaboration à l'étude du Conseil bruxellois de coordination sociopolitique, par M. Alain Willaert, coordinateur du CBCS ..... | 18 |
| 4. Exposé de M. Rachid Madrane, ministre en charge de l'Action sociale et de la famille .....                                                         | 19 |
| 5. Discussion .....                                                                                                                                   | 20 |
| 6. Approbation du rapport .....                                                                                                                       | 23 |

*Membres présents pour la commission des Affaires sociales :* Mme Sfia Bouarfa (remplace Mme Michèle Carthé), Mme Dominique Braeckman, Mme Nadia El Yousfi, Mme Anne Herscovici (supplée M. Alain Maron), M. Jamal Ikazban, Mme Marion Lemesre, Mme Gisèle Mandaila, M. Pierre Migisha (supplée Mme Mahinur Ozdemir), M. Jacques Morel (supplée M. Ahmed Mouhssin), Mme Olivia P'tito (remplace M. Mohamed Azzouzi), Mme Fatoumata Sidibé et M. Gaëtan Van Goidsenhoven.

*Membres présents pour la commission de la Santé :* Mme Sfia Bouarfa, Mme Dominique Braeckman (supplée Mme Magali Plovie), M. Bea Diallo (président), Mme Nadia El Yousfi (supplée M. Philippe Close), Mme Béatrice Fraiteur, Mme Anne Herscovici, Mme Marion Lemesre (supplée M. Jacques Brotchi), Mme Gisèle Mandaila (supplée Mme Martine Payfa), M. Pierre Migisha, M. Jacques Morel, Mme Olivia P'tito et Mme Jacqueline Rousseaux.

*Membres absents pour la commission des Affaires sociales :* M. Mohamed Azzouzi (remplacé), Mme Michèle Carthé (remplacée), M. Alain Maron (suppléé), M. Ahmed Mouhssin (suppléé) et Mme Mahinur Ozdemir (suppléée).

*Membres absents pour la commission de la Santé :* M. Jacques Brotchi (suppléé), M. Philippe Close (suppléé), Mme Martine Payfa (suppléée) et Mme Magali Plovie (suppléée).

Mesdames,  
Messieurs,

Les commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé se sont réunies le 22 mai 2013 pour entendre la présentation de l'étude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires en région bruxelloise, réalisé par Amélie Cremers et Yves Coppieters t'Wallant (École de Santé publique de l'Université Libre de Bruxelles).

M. Jacques Morel a été désigné en qualité de rapporteur.

## 1. Exposé de Mme Céline Fremault, ministre en charge de la Santé

La ministre introduit son exposé en précisant que c'est avec grand plaisir que son collègue, Rachid Madrane et elle-même participent à la commission réunie des Affaires sociales et de la Santé concernant la présentation de la première phase de l'étude de programmation, ainsi que les perspectives pour la suite. Les deux ministres sont d'autant plus ravis que pour chacun d'eux c'est une première : la rencontre des parlementaires des deux commissions concernées par le décret dit « décret ambulatoire ».

Pour sa part, récemment en charge de la matière, elle se réjouit de travailler dans le cadre de la Commission communautaire française. En effet, les compétences de la Commission communautaire française sont, de son point de vue, très importantes, puisque qu'elles touchent directement les Bruxellois francophones.

De plus, tout le personnel des services ambulatoires, tous les travailleurs du secteur œuvrent chaque jour de manière particulièrement enthousiaste, passionnée, inventive et professionnelle à améliorer le quotidien des Bruxellois et en particulier de ceux qui sont les plus précarisés.

L'étude présentée ce jour a fait l'objet le 29 mars, d'une présentation à l'ensemble du secteur des services agréés dans le cadre de ce décret. Environ 150 personnes y ont participé. Les échanges et les débats lors de cette matinée ont été particulièrement denses et intéressants.

La ministre en vient à l'objet de la réunion. En incluant dans le décret dit « ambulatoire », un volet programmation, le Collège a marqué sa volonté de se doter d'un outil pérenne afin de faire correspondre au mieux l'offre de services aux besoins particuliers de tous les Bruxellois. Il souhaitait également, par rap-

port au secteur, rendre plus visible les choix du pouvoir exécutif.

La ministre propose ensuite un petit rappel des éléments qui ont mené à la réalisation de la première phase de l'étude de programmation.

Le décret ambulatoire du 5 mars 2009 précise, à l'article 32 : que « 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 d'un point de vue sociologique, géographique, épidémiologique et socioéconomique. Dans le cadre de cette programmation, le Collège fixe le nombre de nouveaux services qu'il peut agréer par secteur. ».

L'exposé des motifs précisait que le Collège de l'époque se donnait 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 base d'autres paramètres d'appréciation.

L'arrêté d'application de ce décret prévoit par ailleurs la fixation par le Collège, au moins tous les cinq ans, du nombre maximum de services ambulatoires agréés et du nombre de nouveaux services qu'il peut agréer, et ce par secteur.

Le Collège a, dans un premier temps, adopté un premier arrêté fixant une programmation minimale sur la base de ses connaissances de l'offre existante, et des besoins estimés à partir des priorités politiques développées dans chacune de ces matières sur la base de la déclaration de politique générale.

L'arrêté de programmation adopté par le Collège en 2011 fixe et limite, par secteur, le nombre maximum de services ambulatoires agréés, au nombre de services ambulatoires agréés lors de l'entrée en vigueur du décret.

Tout en se lançant dans la réflexion sur une programmation à plus long terme, le Collège, sur proposition de ses prédécesseurs, et après validation des moyens budgétaires par le Parlement, a souhaité néanmoins poursuivre l'engagement pris dans le cadre de la déclaration de politique générale. Dès lors, l'arrêté de programmation fixant le nombre de services a été modifié pour agréer des maisons médicales (+ 3 en deux ans), ainsi qu'un centre de planning familial.

En parallèle, donc, afin d'adopter une programmation définitive prenant en compte l'ensemble des critères prévus par le décret 2009, le Collège a jugé nécessaire de demander la réalisation d'une étude approfondie.

Pour rappel, un premier appel d'offre prévoyait la réalisation de cette étude suivant trois étapes : l'analyse de l'offre existante, l'analyse des besoins de la population et la conception d'un outil de programmation.

Suite à l'absence de réponse positive à ce premier appel, le Collège de la Cocof a relancé un appel visant uniquement les deux premières étapes prévues précédemment.

L'École de Santé Publique de l'ULB a alors présenté une offre, proposant une collaboration avec le Conseil Bruxellois de Coordination Sociopolitique (CBCS).

La recherche qui est présentée aujourd'hui aux commissaires consiste dès lors bien en une « *étude préparatoire à l'élaboration de la programmation des services ambulatoires Cocof* ». Il ne s'agit pas à ce stade de la réalisation de l'outil permettant la programmation.

## **2. Présentation de l'étude par le Dr Yves Coppieters t'Wallant, professeur d'épidémiologie et de santé publique à l'Université libre de Bruxelles**

Le docteur Yves Coppieters introduit son exposé en rappelant le contexte de cette recherche préparatoire.

Le point de départ est l'adoption du décret « ambulatoire » le 5 mars 2009, décret qui entraîne la nécessité d'une nouvelle programmation des services. Cette recherche en est l'étape préalable.

La nécessité d'élaborer une programmation des services a fait apparaître l'importance de faire une analyse de l'offre existante et des besoins en matière de services ambulatoires francophones en Région de Bruxelles-Capitale.

Les missions de la recherche étaient d'analyser l'offre et d'élaborer un cadastre des besoins et donc :

- d'analyser les spécificités des secteurs;
- d'élaborer un cadastre des services et de rendre cet outil exploitable par les acteurs de terrain;
- de mettre en place un processus de concertation avec les acteurs concernés;
- de proposer des recommandations définissant une vision du processus de programmation des services ambulatoires.

L'approche méthodologique proposée fut :

- l'identification des services ambulatoires en Région bruxelloise :
  - acteurs agréés Cocof et acteurs similaires non agréés;
  - identification via l'analyse de rapports, et les ressources mises à disposition par intervenants;
- l'élaboration d'un cadastre :
  - énumération la plus exhaustive possible des différents services impliqués dans un domaine;
  - rencontres exploratoires avec chaque secteur et questionnaire en ligne pour chaque structure.

L'identification des fonctions et missions transversales et spécialisées et des approches spécifiques via l'analyse systémique se fit en groupes de concertation.

Les groupes de concertation ont été plurisectoriels et de composition mixte : terrain et décisionnaires et pas spécifiquement des « représentants officiels ». Trois groupes de concertation se sont constitués : santé, social et aide à domicile.

L'approche méthodologique proposée s'est élaborée au départ de ressources existantes en vue d'aboutir, via une démarche participative et systématique, à l'analyse de l'adéquation entre l'offre existante et les besoins futurs. Et enfin d'élaborer des recommandations.

Les éléments de la recherche se divisent en trois parties :

- l'analyse de l'offre,
- l'analyse des besoins
- et les pistes de réflexion concernant la future programmation.

### **Première partie : l'offre**

L'analyse s'est faite sur la base :

- de l'élaboration du cadastre des services ambulatoires de la Commission communautaire française;

- du cadastre des services ambulatoires non-agrées Commission communautaire française;
- de l'analyse des fonctions des services : aspects transversaux, communs et spécifiques
- et de l'analyse des métiers : métiers mobilisés par les services afin de remplir les fonctions du service, et les compétences utilisées dans ce cadre.

## Deuxième partie : les besoins

Cette partie du travail vise à déterminer les critères pertinents permettant d'approcher l'état des besoins de la population bruxelloise en matière de services ambulatoires, en vue d'aider à la future programmation. Cet exercice fut plus compliqué et plus théorique que l'analyse de l'offre.

L'analyse s'est faite sur la base d'une évaluation des besoins de la population (approche par la littérature) et de l'identification de critères et indicateurs des besoins de la population.

## Troisième partie : les pistes pour une future programmation

L'analyse s'est faite sur la base des résultats des deux cadastres; des résultats qualitatifs des groupes de concertation; de l'analyse des fonctions et métiers; de l'analyse des indicateurs et des réunions des comités d'appui et d'accompagnement de la recherche.

## Première partie : l'offre

### 1. Cadastre des services ambulatoires agréés par la Commission communautaire française en Région bruxelloise

Les résultats sont basés sur deux axes de travail.

#### 1. La dimension transversales des secteurs :

- les activités exercées par les services dans le cadre du décret et hors décret;

- les stratégies mises en œuvre;
- les diplômes, métiers et l'interdisciplinarité;
- les réseaux et partenaires
- et les besoins des services.

#### 2. L'analyse spécifique de l'offre des services et des caractéristiques des bénéficiaires par secteur (Il s'agit donc d'une photographie par secteur) :

- les missions et implantations;
- l'offre des services;
- les activités et stratégies des services;
- les métiers du secteur;
- les besoins des services;
- l'analyse des caractéristiques des bénéficiaires;
- les territoires;
- les publics cibles et bénéficiaires
- et la perception des demandes des bénéficiaires.

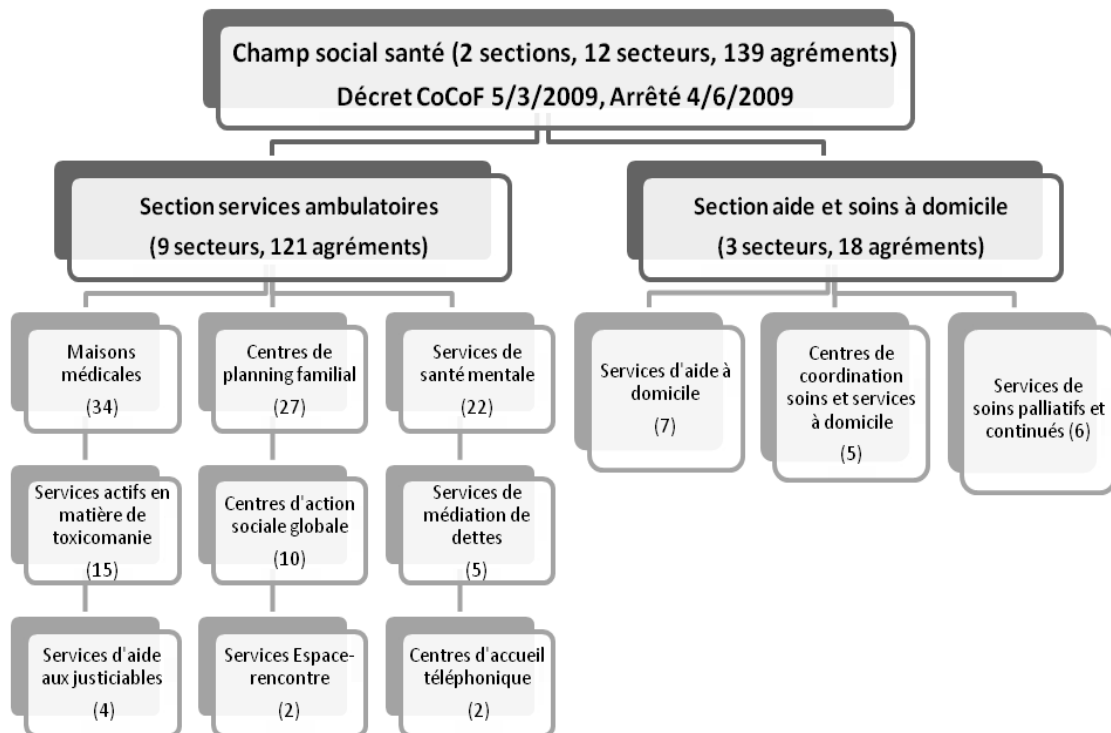
Les composantes de l'analyse et de l'offre sont les activités, les stratégies, les métiers et la perception de la demande.

Les caractéristiques des bénéficiaires sont les publics et les territoires.

Deux autres sources importantes à cette analyse sont :

- l'étude relative à la Démarche d'Évaluation Qualitative Transversale DEQ-T
- et le rapport intermédiaire de la recherche de juin 2012.

## La « population » de l'étude

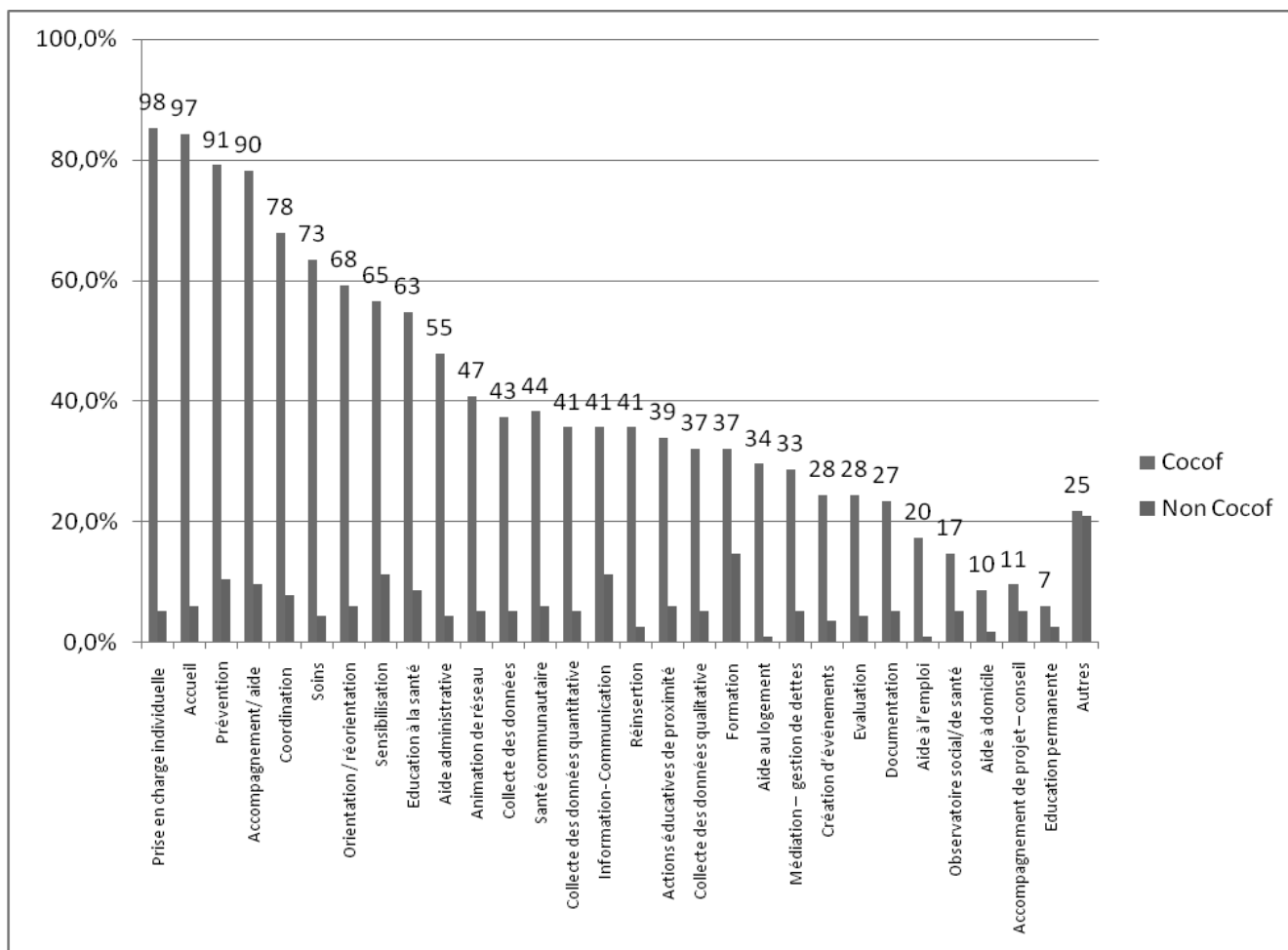


139 agréments octroyés par la Cocof à des entités juridiques (asbl)

Parfois plusieurs agréments

Parfois d'autres missions (agrées par d'autres pouvoirs publics et/ou sur fonds propres)

# Activités dans le cadre du décret et hors décret

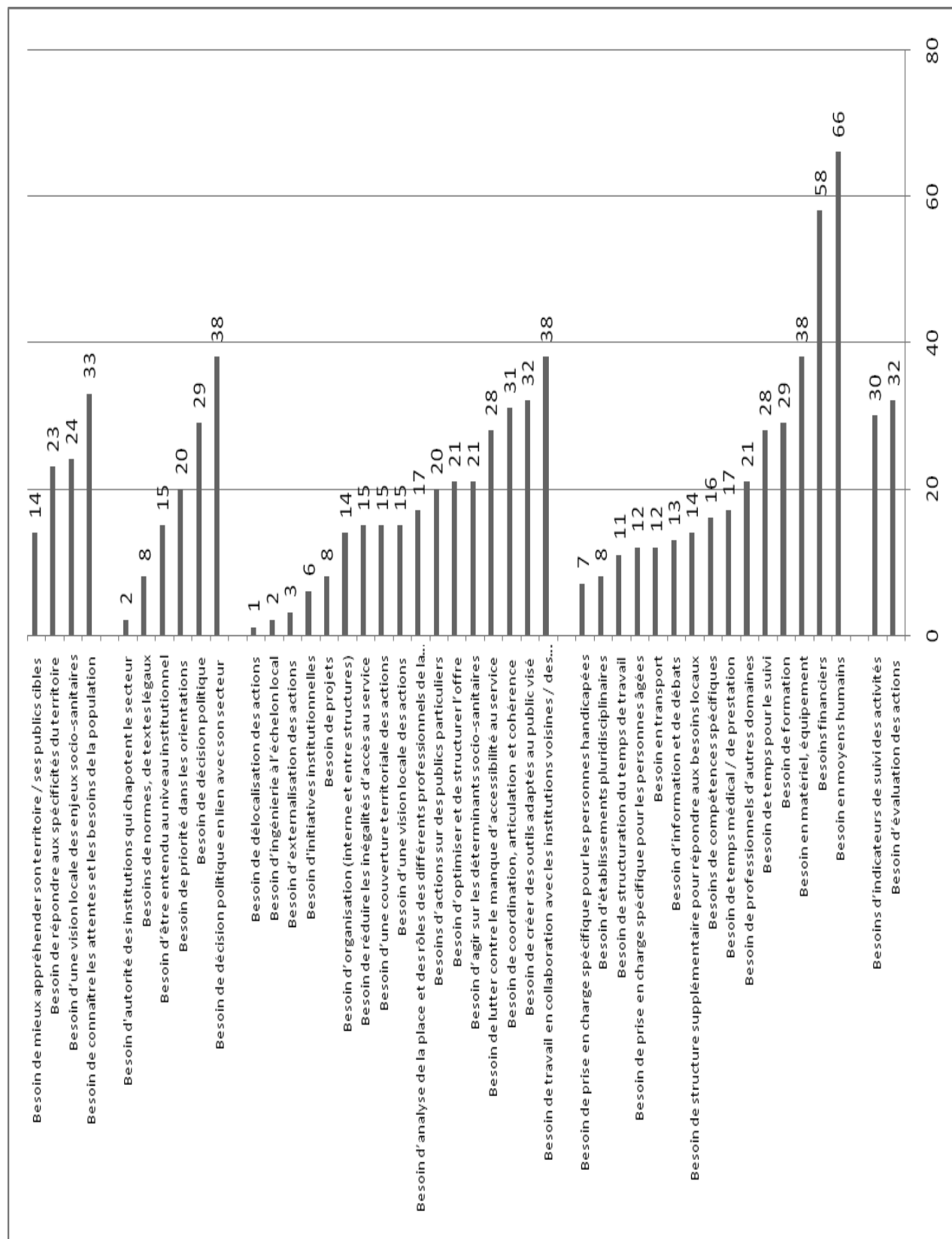


## Participation

**Au moins 60 % des services ont participé  
(questionnaire en ligne)**

| Type d'agrément (acronyme)                                      | Total agrém | Agréments ayant participé | Taux de participation |
|-----------------------------------------------------------------|-------------|---------------------------|-----------------------|
| Centre d'accueil téléphonique (CAT)                             | 2           | 2                         | 100,0 %               |
| Centre d'action sociale globale (CASG)                          | 10          | 8                         | 80,0 %                |
| Centre de planning familial (CPF)                               | 27          | 25                        | 92,6 %                |
| Maison médicale (MM)                                            | 34          | 27                        | 79,4 %                |
| Service « espaces-rencontres » (SER)                            | 2           | 2                         | 100,0 %               |
| Service actif en matière de toxicomanie (SAMT)                  | 15          | 14                        | 93,3 %                |
| Service d'aide aux justiciables (SAJ)                           | 4           | 3                         | 75,0 %                |
| Service de médiation de dettes (SMD)                            | 5           | 3                         | 60,0 %                |
| Service de santé mentale (SSM)                                  | 22          | 18                        | 81,8 %                |
| Total agréments section « ambulatoire »                         | 121         | 102                       | 84,3 %                |
| Centre de coordination des soins et services à domicile (CCSSD) | 5           | 3                         | 60,0 %                |
| Centre de soins palliatifs et continués (CSPC)                  | 6           | 5                         | 83,3 %                |
| Service d'aide à domicile (SAD)                                 | 7           | 5                         | 71,4 %                |
| Total agréments section « aide et soins à domicile »            | 18          | 13                        | 72,2 %                |
| <b>Total général</b>                                            | <b>139</b>  | <b>115</b>                | <b>82,7 %</b>         |

## Les besoins des services



### Dimensions sectorielles

- 1) Centre d'accueil téléphonique
- 2) Centre d'action sociale globale
- 3) Centre de coordination des soins et services à domicile
- 4) Centre de planning familial
- 5) Centre de soins palliatifs et continués
- 6) Maison médicale
- 7) Service « espaces-rencontres »
- 8) Service actif en matière de toxicomanie
- 9) Service d'aide à domicile
- 10) Service d'aide aux justiciables
- 11) Service de médiation de dettes
- 12) Service de santé mentale

Les éléments issus des analyses des offres par secteur sont les suivantes :

- les évolutions de la population bruxelloise qui induisent une augmentation et des changements de la demande
- le souhait d'élargissement des missions du décret pour pallier au besoin en ressources humaines et mieux gérer les demandes de prise en charge de situation de crise
- la demande d'accompagnement social croissant
- l'offre d'aide à domicile ne correspondant pas toujours à la demande
- la charge de travail croissante des services
- le métier de coordinateur pas assez reconnu

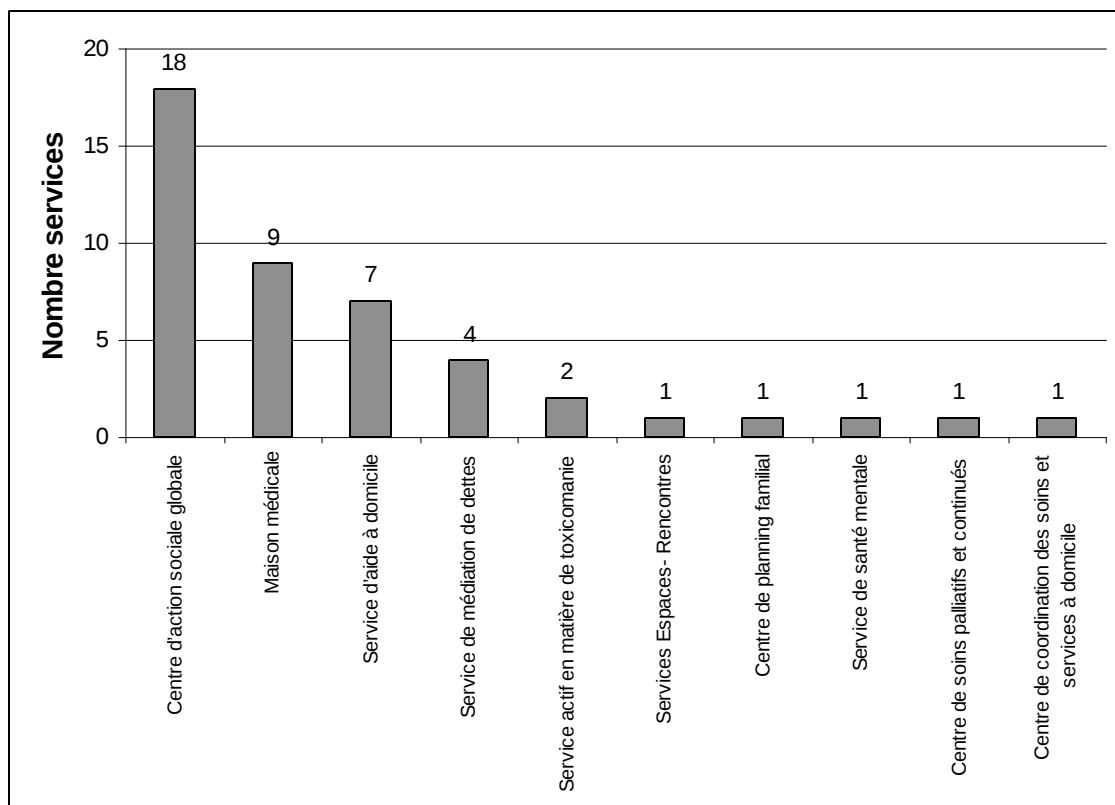
Les éléments qualitatifs de l'analyse des services sont les suivants :

- l'optimisation des moyens des centres existants et agréés plutôt que l'ouverture de nouveaux centres
- le nombre de services trop peu important face à la complexification des problèmes et à l'augmentation des bénéficiaires
- les demandes pas toujours en adéquation avec l'offre
- la nécessité de temps pour les suivis individuels et une meilleure coordination / collaboration entre acteurs
- la nécessité de transversalités au niveau des politiques de santé et sociale
- l'importance que les services restent généralistes et qu'ils demeurent des lieux d'accueil pour une prise en charge « globale »

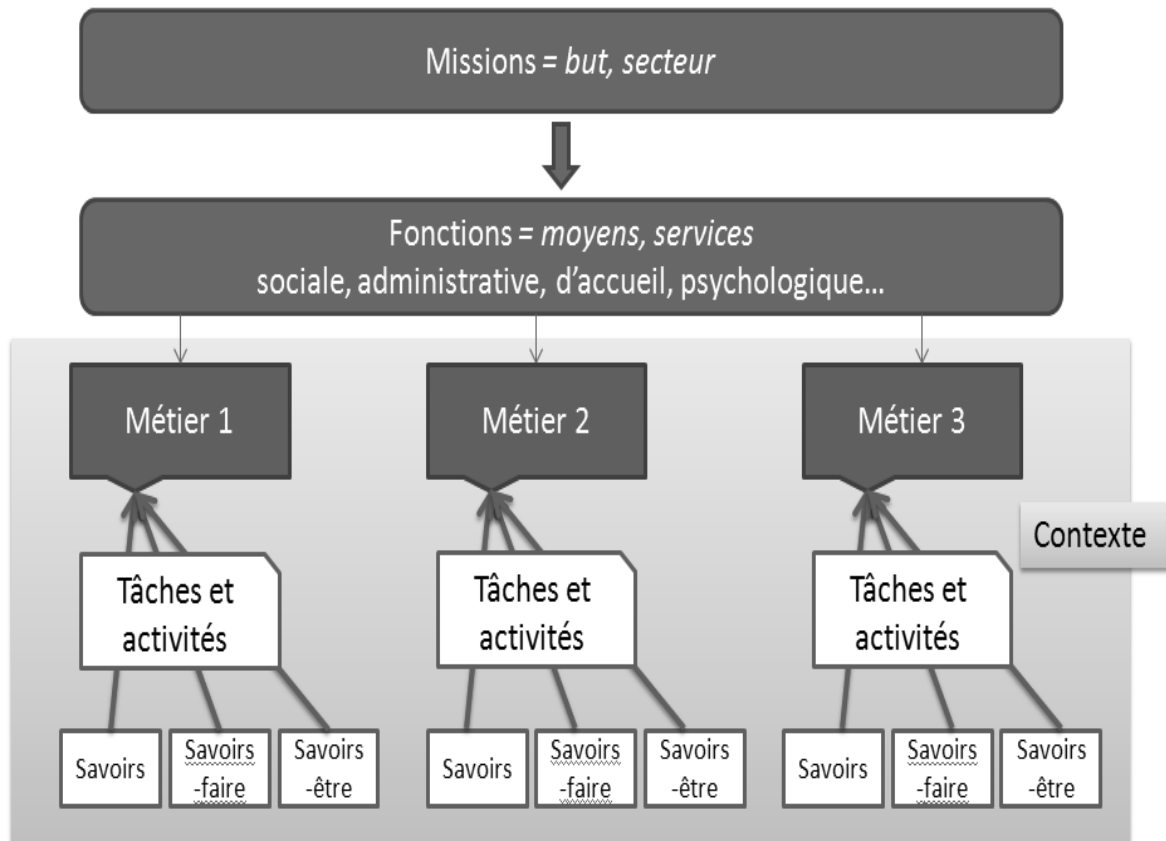
### 2. Cadastre des services « similaires » non agréés par la Commission communautaire française

111 services ont été identifiés (CDCS) comme participant à l'offre ambulatoire en Région bruxelloise à destination d'un public francophone.

La participation est de 48 services sur 136 identifiés, ce qui représente un taux de participation de 35 %.



### 3. Analyse des fonctions et des missions des services



Les catégories de fonctions sont les suivantes :

- les fonctions du service envers ses bénéficiaires « individuels » (action individuelle) ou « collectifs » (action communautaire ou collective) au sein de la population générale;
- les fonctions répertoriées : accueil soins, services prise en charge, projet, coordination et prévention
- les fonctions du service envers ses bénéficiaires parmi des professionnels;
- les fonctions répertoriées : prévention et formation
- et les fonctions du service envers le monde politique, d'autres acteurs du terrain ou la société au sens large (envers le monde extérieur);
- les fonctions répertoriées : recherche, représentation, réseau et prévention.

Les éléments transversaux et spécifiques des secteurs sont les suivants :

- la transversalité des pratiques : caractère ambulatoire et dynamique de travail;
- les aspects individuels : diversité des services en termes de finalité, d'amplitude et de caractéristiques d'intervention (prise en charge individuelle) les aspects communautaires et collectifs
- et des non-fonctions des services (fonctions complémentaires secteurs et services).

#### 4. Analyse des métiers et des services

L'analyse des métiers a été faite sur base de l'analyse des fonctions et des activités des métiers repris dans le cadastre des services agréés par la Commission communautaire française et sur base d'une catégorisation des activités pour évaluer quels types de capacités / compétences (à travers ces métiers) sont attendues pour couvrir chaque fonction.

Ces catégorisations des fonctions sont les activités réflexives, cognitives, procédurales, sociales et psycho-affectives.

#### Exemple : les fonctions d'accueil

| Fonction                  | Métiers mobilisés pour remplir la fonction                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | Types d'activités mobilisés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fonction d'accueil</b> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aide familiale</li> <li>• Assistant psychologique</li> <li>• Assistant social</li> <li>• Conseiller conjugal</li> <li>• Conseiller familial</li> <li>• Coordinateur</li> <li>• Éducateur</li> <li>• Ergothérapeute</li> <li>• Infirmière médicale</li> <li>• Infirmière sociale / en santé communautaire</li> <li>• Logopède</li> <li>• Médecin généraliste</li> <li>• Psychiatre</li> <li>• Psychologue</li> <li>• Secrétaire</li> <li>• Sexologue</li> </ul> | <p>Exemples d'activités de ces métiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Permanences sociales</li> <li>• Accueil et accompagnement</li> <li>• Accueil téléphonique</li> <li>• Encadrement des rencontres parent/enfant(s)</li> <li>• Entretiens préalables et de suivi</li> <li>• Aide à la communication</li> <li>• Bilans préalables</li> </ul> <p>Les activités mobilisées sont de trois ordres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités sociales : savoir-être de type relationnel, capacité de communiquer</li> <li>- Activités procédurales/ opératives : savoir-faire gestuels, pratiques, procéduraux</li> <li>- Activités psychoaffectives : savoir-être, connaissance de soi, gestion du stress, capacité d'investissement personnel</li> </ul> |

### Exemple : les fonctions de soins

| Fonction          | Métiers mobilisés pour remplir la fonction                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | Types d'activités mobilisés                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Fonction de soins | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Assistant psychologique</li> <li>• Conseiller conjugal</li> <li>• Gynécologue</li> <li>• Infirmière médicale</li> <li>• Infirmière psychiatrique</li> <li>• Infirmière sociale / en santé communautaire</li> <li>• Kinésithérapeute</li> <li>• Logopède</li> <li>• Médecin généraliste</li> <li>• Médecin spécialiste</li> <li>• Psychiatre</li> <li>• Psychologue</li> <li>• Sexologue</li> </ul> | <p>Exemples d'activités de ces métiers :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultation et soins</li> <li>• Soins préventifs, curatifs et palliatifs</li> <li>• Consultations spécialisées et prévention</li> <li>• Psychothérapie</li> <li>• Actes techniques</li> <li>• Soins infirmiers</li> <li>• Rééducation</li> <li>• Supervision</li> </ul> <p>Les activités mobilisées sont de cinq ordres :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Activités cognitives : connaissances, savoirs et savoir-faire cognitifs</li> <li>- Activités réflexives / métacognitives : savoir-être de type réflexif, attitude de questionnement, une capacité de distanciation et de réflexion sur l'« action »</li> <li>- Activités sociales : savoir-être de type relationnel, capacité de communiquer</li> <li>- Activités procédurales/ opératives : savoir-faire gestuels, pratiques, procéduraux</li> <li>- Activités psychoaffectives : savoir-être, connaissance de soi, gestion du stress, capacité d'investissement personnel</li> </ul> |

### Fonctions auxquelles contribuent les métiers

| Métiers / activités                                                                                                                                                                                                                                       | Fonctions abordées dans son profil de métier                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>Aide familiale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités sociales</li> <li>• Activités procédurales/ opératives</li> <li>• Activités psychoaffectives</li> </ul>                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil</li> <li>• Services</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| <b>Assistant psychologique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités cognitives</li> <li>• Activités réflexives</li> <li>• Activités sociales</li> <li>• Activités procédurales/ opératives</li> <li>• Activités psychoaffectives</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil</li> <li>• Soins</li> <li>• Prise en charge</li> <li>• Coordination</li> <li>• Prévention</li> <li>• Prévention</li> <li>• Formation</li> </ul>                                                                                                          |  |  |  |
| <b>Coordinateur</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités cognitives</li> <li>• Activités réflexives</li> <li>• Activités sociales</li> <li>• Activités procédurales/ opératives</li> <li>• Activités psychoaffectives</li> </ul>            | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil</li> <li>• Projet</li> <li>• Coordination</li> <li>• Prévention</li> <li>• Prévention</li> <li>• Formation</li> <li>• Recherche</li> <li>• Représentation</li> <li>• Réseau</li> <li>• Prévention</li> </ul>                                             |  |  |  |
| <b>Médecin généraliste</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités cognitives</li> <li>• Activités réflexives</li> <li>• Activités sociales</li> <li>• Activités procédurales/ opératives</li> <li>• Activités psychoaffectives</li> </ul>     | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil</li> <li>• Soins</li> <li>• Prise en charge</li> <li>• Projet</li> <li>• Coordination</li> <li>• Prévention</li> <li>• Prévention</li> <li>• Formation</li> <li>• Recherche</li> <li>• Représentation</li> <li>• Réseau</li> <li>• Prévention</li> </ul> |  |  |  |
| <b>Psychologue</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Activités cognitives</li> <li>• Activités réflexives</li> <li>• Activités sociales</li> <li>• Activités procédurales/ opératives</li> <li>• Activités psychoaffectives</li> </ul>             | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Accueil</li> <li>• Soins</li> <li>• Prise en charge</li> <li>• Projet</li> <li>• Coordination</li> <li>• Prévention</li> <li>• Prévention</li> <li>• Formation</li> <li>• Recherche</li> <li>• Représentation</li> <li>• Réseau</li> <li>• Prévention</li> </ul> |  |  |  |

### **Synthèse sur les métiers**

- ébauches de profils de fonction des différents métiers de l'ambulatoire;
- difficulté pour les acteurs d'entrer dans une nomenclature pour catégoriser les activités et impossibilité d'essayer de spécifier leurs fonctions au jour le jour;
- certaines fonctions des services ont évolué en regard de modifications de leurs publics cibles;
- certains profils de métiers deviennent de plus en plus spécifiques;
- certains profils de métiers ont fortement évolué depuis les dernières années dont ceux en lien avec l'aide sociale;
- clarification des métiers de coordination, de direction ainsi que des professionnels de santé « moteurs » du développement des institutions : à la fois transversaux à tous les secteurs tout en développant des spécificités propres à leurs missions;
- il y a des liens entre les fonctions (et donc les métiers) de secteurs (toxicomanie / santé mentale; santé mentale / PF ...);
- travailler sur les profils de métiers et leurs évolutions est une nécessité pour mieux appréhender les évolutions des secteurs;
- cela permet de mesurer les écarts entre travail effectif et travail attendu
- et nécessité de travailler sur des RM (référentiel des métiers) et des RC (référentiel des compétences) et d'identifier les capacités et les compétences individuelles par métiers et fonction mais aussi de faire émerger des compétences collectives des équipes de travail.

Il serait envisageable que des mêmes métiers contribuent à différents secteurs ou que ces métiers retrouvés dans tous les secteurs soient renforcés de la même manière.

### **Synthèse de l'offre globale en matière de services ambulatoires**

- diversité des activités et développement de stratégies « communes » dans des approches de plus en plus globales;

- certaines fonctions et activités sont reprises par la majorité des secteurs tout en gardant des spécificités selon les secteurs;
- certains métiers des services sont aussi de plus en plus transversaux et leurs profils de compétences s'élargissent avec le temps;
- malgré un bon niveau de compétences des intervenants, il devient de plus en plus difficile de répondre à toutes les demandes;
- une importante proportion de services fait état de difficultés rencontrées dans la mise en œuvre de leurs activités définies dans le cadre du décret;
- solutions aux niveaux des services :
  - renforcements des moyens en ressources humaines, financiers, etc.;
  - évolution de services vers une offre plus « généraliste » permettant une prise en charge « globale »;
  - renforcement des partenariats entre services et secteurs issus du décret de la Commission communautaire française ou de niveaux de pouvoirs différents;
  - élargissement des missions du décret au-delà du partenariat historique
  - et faire reconnaître conceptuellement et financièrement des fonctions transversales des services et des secteurs.

Il existe, en effet, un manque de cohérence entre les secteurs et au sein de certains d'entre eux pour entrer d'emblée dans une démarche d'analyse et d'évaluation préalables à une future programmation.

Les réticences ont été fortes : difficulté d'avoir un regard critique et, dès lors, difficulté de mener un travail constructif.

### **Deuxième partie : les besoins**

L'analyse se base sur l'évaluation des besoins de la population (approche par la littérature) et les critères et indicateurs des besoins de la population.

% dans la population de 15 ans et +

| Age Group   | Région bruxelloise (%) | Flandre (%) | Wallonie (%) |
|-------------|------------------------|-------------|--------------|
| 15-24 ans   | 15                     | 7           | 7            |
| 25-34 ans   | 15                     | 10          | 10           |
| 35-44 ans   | 22                     | 15          | 15           |
| 45-54 ans   | 33                     | 25          | 30           |
| 55-64 ans   | 34                     | 25          | 35           |
| 65-74 ans   | 46                     | 38          | 50           |
| 75 ans et + | 45                     | 48          | 52           |

Source : Institut scientifique de Santé Publique, Enquête de Santé 2008

Nombre d'habitants au 1<sup>er</sup> janvier

1 100 000  
1 050 000  
1 000 000  
950 000  
900 000  
850 000

— Registre national  
- - - Registre national + Registre d'attente

1964 1965 1966 1967 1968 1969 1970 1971 1972 1973 1974 1975 1976 1977 1978 1979 1980 1981 1982 1983 1984 1985 1986 1987 1988 1989 1990 1991 1992 1993 1994 1995 1996 1997 1998 1999 2000 2001 2002 2003 2004 2005 2006 2007 2008 2009 2010

Source : Registre national 1964-2010, Recensement 1991; Registre d'attente 1996-2010

- élaboration d'une grille de critères et d'indicateurs constituant un outil d'aide à la future programmation;

- des critères prévus par le décret ambulatorio (géographiques, sociologiques, socio-économiques et épidémiologiques)
- des fonctions identifiées préalablement (spécifiques, communes, transversales)
- des cadastres et de leurs indicateurs
- de systèmes d'information sanitaire et d'indicateurs initiés au niveaux national et international

## Exemples de critères et indicateurs

| BESOINS :<br>Critères                                                       | Géographiques                                                                                                                                                                                                                      | Epidémiologiques                                                                                                                                                                                                                                                  | Sociologiques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Socioéconomiques                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Fonctions envers les bénéficiaires au sein de la population générale</b> |                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <b>Accueil</b>                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristique de la population par classe d'âge, quartier, communes</li> <li>- Taux de natalité</li> <li>- Taux de mortalité</li> <li>- Flux migratoire (entrant et sortant)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Caractéristiques des populations à risque de pauvreté</li> <li>- Caractéristiques des «groupes à risque» parmi les publics cibles*</li> <li>- Taux de personnes âgées</li> <li>- Taux de divorce / séparation</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Types de demandes prioritaires des bénéficiaires*</li> <li>- Degré de satisfaction du service</li> <li>- Pourcentage de la population qui vit dans un logement social</li> <li>- Pourcentage de la population vivant dans un logement avec manque de confort élémentaire</li> <li>- Pourcentage de jeunes quittant prématurément l'école selon le plus haut niveau d'études atteint par leurs parents</li> <li>- Pourcentage de personnes ayant un faible niveau d'études</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Taux de risque de pauvreté selon le niveau d'éducation</li> <li>- Allocation minimale (salaire minimum) nette en pourcentage du seuil de risque de pauvreté</li> <li>- Taux de chômage de longue durée</li> <li>- Pourcentage de la population à risque d'exclusion sociale</li> </ul> |

## Troisième partie : les pistes et réflexions pour la future programmation

- l'analyse de l'offre des services dont entre autres :
  - la diversité des fonctions et métiers;
  - la nécessité de travailler sur des référentiels communs des fonctions (transversales, communes et spécifiques) et des métiers (référentiels de métiers et de compétences);
  - les besoins des services apparaissent multiples (moyens humains, financiers et en équipement) et sont dépendants de décisions politiques en lien avec le secteur, ainsi que de travail en collaboration entre institutions;
  - le nombre de demande d'accompagnement social est croissant;
  - la nécessité de :
    - \* favoriser une meilleure adéquation entre l'offre et la demande (fortement évolutive);
    - \* développer des transversalités au niveau des politiques de santé et sociale;

- la nécessité d'une reconnaissance conceptuelle et financière des fonctions transversales des services / secteurs et d'une meilleure articulation du travail entre les secteurs dans une vision intégrée et différenciée;
- tenir compte des histoires différentes des secteurs et des spécificités qui ne sont pas connues d'un secteur à l'autre;
- dans le cadre de développements d'approche de plus en plus globales voire systémiques, tout en gardant les spécificités et le degré de spécialisation de chaque secteur, analyser ces « différences » qui s'amenuisent avec le temps
- et la capacité d'adaptation continue : les structures et les profils des professionnels évoluent en regard de l'évolution des demandes des publics cibles.

#### **Étapes pour évoluer vers la future programmation :**

- échanger avec les membres du comité d'accompagnement et autres personnes impliquées dans les unités de concertation (ou les représentants des secteurs) sur les éléments du rapport et des cadastres qui devraient être repris ou approfondis;
- constituer un groupe de travail d'appui à la future programmation
- et définir les modalités d'élaboration du futur Programme et animer les différentes étapes d'élaboration.

Sur la base d'un cadre qui soit suffisamment mobilisateur, qui propose des éléments très concrets pour les différents secteurs et permette aux acteurs, dans une vision intersectorielle, de s'impliquer au mieux, en respect des principes qui guident leur service ou leur secteur.

En conclusion, cette étude donne ainsi une série d'éléments qui pourraient être pris en compte dans la future programmation, à savoir :

- une photographie des secteurs et des services à travers le cadastre;
- une photographie d'autres services bruxellois non agréés par la Cocof;
- une proposition d'évolution des missions des services;
- et un regard sur l'évolution des métiers qui doivent contribuer à ces missions au sein des services.

Ce sont des bases de réflexion.

#### **L'intérêt de l'étude et de ces résultats pour les secteurs**

Ces résultats peuvent être appropriés directement par chaque secteur pour une analyse « interne » (au sein des fédérations par exemple) ou par un ensemble de secteurs qui travaillent en complémentarité.

Au niveau politique, ce sont des éléments à essayer de prendre en compte pour orienter la prochaine programmation.

Il y a une réflexion à proposer sur la nécessité d'une reconnaissance conceptuelle et financière des fonctions transversales des services/secteurs et d'une meilleure articulation du travail entre les secteurs dans une vision intégrée et différenciée.

Les besoins des services apparaissent multiples :

- des besoins en moyens humains, financiers et en équipement;
- des besoins de décision politique en lien avec le secteur
- et des besoins de travail en collaboration avec les institutions voisines.

L'opportunité pour faire évoluer certains aspects des secteurs est d'avoir une vision « constructive » du travail pour faire évoluer certains secteurs aux besoins de la population bruxelloise.

Une future programmation permettrait :

- de renforcer le cadre existant en isolant les « nouvelles fonctions » et les « fonctions transversales » des secteurs et en élargissant l'agrément à ces dimensions;
- de faire des choix concertés pour arriver à une plus grande adéquation entre les besoins des populations et l'offre des services;
- d'identifier les fonctions spécifiques et transversales des secteurs qui entreraient dans la future programmation (agrément Cocof) tout en reconnaissant les autres missions et activités de chaque service dans le cadre d'une approche globale préconisée malgré les spécialités et spécificités de chacun.

Une attention particulière devra être portée aux besoins des classes moyennes et à l'évolution des caractéristiques de la pauvreté à Bruxelles, sur la base

d'indicateurs socio-sanitaires à rendre disponibles pour que chaque secteur (ou zone géographique) puisse avoir une base d'analyse de ces évolutions.

Les nouvelles orientations devraient être prises dans la continuité de cette recherche, de la manière la plus consensuelle possible, tout en respectant les engagements et obligations institutionnelles de chaque partenaire.

### **3. Présentation de la collaboration à l'étude du Conseil bruxellois de coordination sociopolitique, par M. Alain Willaert, coordinateur du CBCS**

Monsieur Alain Willaert annonce que son intervention s'articulera en 4 points :

- les raisons pour lesquelles le CBCS a décidé de collaborer;
- les écueils rencontrés le long du déroulement de l'étude;
- les acquis de l'étude
- et les recommandations pour la suite.

Mais avant cela, il souhaite remettre cette intervention dans son contexte.

Le CBCS est agréé par le décret « ambulatorio » comme organisme intersectoriel de coordination. Sa mission est de rassembler et soutenir les 12 secteurs du décret dans la dimension intersectorielle et transversale de leur action. Pour cela, le CBCS mène des activités que l'on peut découper en 3 branches :

- la production et la diffusion d'informations sociales;
- le décloisonnement opérationnel des secteurs, notamment par la coordination d'un groupe de travail permanent qui réunit les représentants dûment mandatés de chaque secteur. Il s'agit de l'Interféderation ambulatorio
- et une démarche transversale d'évaluation qualitative.

Son intervention n'est donc pas simple, car il lui faut parler à la fois comme organisme ayant participé activement à l'étude pilotée par l'École de santé publique et à la fois comme représentant et porte voix des secteurs sujets de l'étude.

### ***Les raisons pour lesquelles le CBCS a décidé de collaborer***

D'abord, le CBCS est un organisme intersectoriel comptant les secteurs sujets de l'étude parmi ses membres. Vu la finalité de l'étude, il paraissait intéressant d'y être associé.

Ensuite, le rapport intermédiaire de la Démarche d'évaluation qualitative transversale, déposé par le CBCS en novembre 2011 recouvrait une série d'éléments demandés dans le cahier des charges de la présente étude. Ce rapport était donc susceptible de faire gagner du temps dans sa mise en œuvre.

Et enfin, le chercheur du CBCS connaît très bien les secteurs concernés et cette connaissance préalable du terrain pouvait être un atout pour l'équipe de recherche.

L'intervenant précise qu'il n'est pas inutile de préciser que cette collaboration s'est faite avec l'assentiment des partenaires sociaux représentés dans le conseil d'administration du CBCS.

### ***Les écueils rencontrés***

Le manque de temps est le principal écueil rencontré. Celui-ci a généré 4 difficultés :

- les différents délais imposés aux secteurs (remise du questionnaire pour l'établissement du cadastre, prise d'agenda pour les réunions de concertation, envoi des documents préparatoires ...) étaient manifestement trop courts;
- également, lorsqu'un questionnement sur la méthodologie ou la prévalence d'un paradigme de recherche surgissait au sein de l'équipe de recherche, le temps manquait pour tenir un réel débat de fond, sous peine de ne pas respecter le cahier des charges;
- en ce qui concerne les groupes de concertation, les procès-verbaux dont disposent le CBCS attestent que si des résultats ont bien pu être collectés, l'agenda trop serré n'a pas permis une appropriation par les représentants sectoriels de la méthode définie, ce qui n'a pas été sans conséquence sur sa mise en place lors des réunions;
- enfin, l'agenda forcé a également débouché sur la mise en place d'un comité d'appui de manière précipitée sans que la composition et les prérogatives aient été clairement définies dès le début. De l'avis des secteurs concernés, cette instance a, en outre, été trop peu convoquée.

## **Les acquis de l'étude**

Les acquis sont de deux ordres.

Si, pour les secteurs réunis en interfédération, la dernière partie de l'étude semble difficilement exploitable, l'étude définit des critères pour l'établissement du cadastre de l'offre et apportent là un certain nombre d'éléments qui pourront être utilisés pour construire une programmation des services ambulatoires.

Ces critères devront maintenant être agencés, complétés et hiérarchisés, mais on est bien dans une étude préalable, qui connaîtra une suite. Les représentants des secteurs concernés se joignent au CBCS pour dire que les éléments du cadastre sont une base solide pour envisager la suite.

Ensuite, pour le CBCS, l'analyse des réflexions apportées lors des groupes de concertation identifie des points de tension importants, qui peuvent, à défaut d'être résolus, nuire à la démarche de programmation.

Ces points de tension ont le mérite d'être cités par un organisme scientifique (ESP) indépendant et reconnu sur la place publique. Il appartiendra à tous de les prendre en compte et de se mettre au travail.

## **Les recommandations pour la suite**

Le CBCS aimerait transmettre quelques recommandations pour envisager la suite.

Tant pour le CBCS en tant qu'organisme ayant participé à l'étude que pour les représentants des secteurs réunis en interfédération, il y a avantage à envisager la programmation en transcendant les barrières institutionnelles de la Région bruxelloise.

Le coup de sonde de l'échantillon non Cocof de l'étude est exemplatif, mais, du point de vue du terrain, une programmation devrait s'envisager en tenant compte de tous les dispositifs présents sur le territoire.

Pour les représentants des secteurs concernés réunis en interfédération, il est important que l'autorité politique clarifie les objectifs de la seconde phase et puisse mettre en place une méthode de travail qui garantisse la concertation intersectorielle.

A partir d'éléments de la présente étude, il faudra affiner et prioriser les critères de programmation par secteur, en concertation avec les autres secteurs.

Pour le CBCS, associer les représentants des opérateurs et les partenaires sociaux à la gestion globale

des secteurs, et donc *a fortiori* à la programmation, est une voie à suivre.

Comme son nom et son ambition l'indiquent bien, cette étude préparatoire est une première phase. La demande du Conseil bruxellois de coordination socio-politique est que la suite puisse se construire ensemble.

## **4. Exposé de M. Rachid Madrane, ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille**

Le ministre tient d'abord à remercier sa collègue Céline Fremault, qui a retracé tout le contexte et l'historique de la première phase de l'étude de programmation des services ambulatoires en Région bruxelloise, de même que Monsieur Yves Coppieters qui a accepté de refaire une présentation claire et efficace des résultats de la recherche, et enfin, Monsieur Alain Willaert pour l'exposé des revendications des différents secteurs qui composent l'ambulatoire bruxellois.

Il tient avant tout à rappeler qu'à ce stade de la première phase de l'étude préparatoire relative à la programmation des services ambulatoires, les ministres ne rédigeront pas de programmation. En effet, il s'agissait bien ici de l'étude préalable de l'offre et de la demande, processus qu'il est nécessaire de poursuivre. C'est pourquoi un cahier spécial des charges sera déposé sous peu, en vue de la création d'un outil de programmation.

Cet outil de programmation devrait, dans le cadre d'une réactualisation des données, offrir la possibilité de définir une programmation sur base périodique de 5 ans, comme le prévoit le décret. Enfin, il devra être un outil pérenne et transparent d'aide à l'analyse et la prise de décision politique. Et ce, même si cet outil nécessitera peut-être d'être réévalué à terme, soit pour affiner les données disponibles, soit sur base du transfert des compétences.

Cet outil se basera sur l'identification d'indicateurs pour l'ensemble des secteurs de l'ambulatoire. Ces indicateurs seront pour partie généralistes et pour partie spécifiques, lorsque cela s'avérera nécessaire.

À travers cette deuxième phase, les ministres aimeraient, dans le cadre d'un processus participatif et concerté, dégager un consensus sur des indicateurs, partant entre autres de ceux déjà cités dans cette étude. Leur ambition est de partir aussi des recueils de données des services et d'envisager à terme l'utilisation de ceux-ci pour l'outil de programmation.

Dans cette deuxième phase, sur base de ces indicateurs, l'objectif sera d'obtenir une cartographie des besoins non-rencontrés en terme de services ambulatoires, et ce à l'échelle des quartiers. En effet, les ministres aimeraient obtenir une vision claire à un moment précis de la situation en Région bruxelloise.

Le ministre en vient ensuite aux revendications des secteurs portées par la voix de Monsieur Alain Willaert, directeur du CBCS (Conseil bruxellois de coordination sociopolitique), et est heureux d'apprendre aux commissaires qu'elles sont ou seront toutes rencontrées.

En effet, le cahier spécial des charges dédié à l'outil de programmation prévoit de tenir compte de tous les dispositifs liés à l'ambulatoire du territoire bruxellois et d'affiner ainsi le cadastre, en priorisant les critères de programmation par secteur, en concertation avec les secteurs. De même, les objectifs et le timing sont clarifiés, et une méthode de travail qui garantit la concertation intersectorielle a été pensée. Enfin, pour ce qui concerne l'analyse des fonctions absentes, cette idée sera évoquée lors du premier comité d'accompagnement.

Il est important de garder conscience qu'au travers de ce projet de programmation et du décret ambulatoire, il s'agit d'un processus global de réflexion ambieux, mais qui a l'audace d'être mené.

Ce processus a pour vocation de définir une meilleure couverture de l'offre de services ambulatoires, en termes de nouveaux services et en terme d'augmentation des moyens des secteurs actuels dans le cadre de missions complémentaires. Avec l'envie foncière d'avancer dans la transparence et la concertation, avec le même objectif que celui qui anime le travail de chacun au quotidien : offrir à la population bruxelloise une offre sociale et sanitaire optimale. L'objectif est réellement de savoir comment affecter au mieux les deniers publics, pour une offre égalitaire sur le plan géographique, mais aussi culturel et socio-économique en Région bruxelloise, avec une attention particulière aux plus précarisés.

Le ministre tient à rappeler sa profonde ambition de continuer à travailler en profitant des apports de chacun, mais également d'endosser sa responsabilité d'homme politique et donc son devoir de prise de décision pour ces matières qui lui tiennent à cœur.

Cette programmation, comme cela a déjà pu être expliqué précédemment, s'inscrit dans une réflexion globale au niveau de la Région bruxelloise à l'aube de ce millénaire et d'une réforme de l'État, sur les besoins en terme de services publics ambulatoires.

Il est nécessaire que les décideurs politiques anticipent les grands défis de notre région et proposent une vision programmatique pour celle-ci. Le ministre rappelle que la responsabilité est de tendre au respect des droits économiques, sociaux et culturels. Il faut, via ces processus de réflexion et de mise en œuvre de politiques, viser à assurer un niveau de vie digne et adéquat au sein de notre région pour l'ensemble des citoyens.

L'outil de programmation devra amener de la transparence et de la justice dans les choix effectués pour le futur.

## 5. Discussion

**Mme Dominique Braeckman (Ecolo)** remercie le Docteur Yves Coppieters pour la présentation de l'étude et souligne la quantité d'informations recueillies. Parmi ces informations, le manque de volonté et de collaboration des secteurs sanitaires et sociaux pour faire évoluer le système, est pointé.

Pour expliquer cela, la commissaire évoque les liens entre le secteur de la santé et celui du social qui ont été quelque peu mis à mal lors de l'élaboration du décret ambulatoire.

Elle demande si la future programmation pourrait avoir pour objectif à court terme, une rationalisation économique, et si elle pourrait aboutir, à moyen terme, à une remise en cause du système.

Peut-être ce système doit-il être rendu moins complexe, mais est-on prêt à aller au-delà d'un outil de programmation et à revoir le système lui-même ?

Concernant la prochaine étape de travail, à savoir l'appel d'offres en vue de créer un outil de programmation, ne faudrait-il pas d'abord réfléchir aux objectifs politiques, et mener une réflexion globale avec la Commission communautaire commune et la Communauté flamande intégrant l'entièreté de l'offre sociale et de santé ?

Mme Braeckman pose également la question de savoir si le cadastre présenté dans l'étude sera mis en perspective avec le boom démographique et les transferts de compétences.

L'intervenante demande, au Dr Yves Coppieters, ce qu'il entend par « services non agréés Cocof » : s'agit-il des « initiatives » Cocof ou des services agréés par d'autres niveaux de pouvoir ? Elle pose par ailleurs la question de savoir si les « initiatives » sont assez entendues et englobées dans la réflexion générale.

Et enfin, la commissaire estime qu'il est important de travailler à l'évolution des profils de fonction et de demander quels nouveaux métiers apparaissent dans l'étude (par exemple, qu'en est-il de la reconnaissance du métier de garde à domicile ?).

Mme Braeckman conclut en demandant si l'administration de la Commission communautaire française a participé à cette étude, et insiste sur la volonté qu'il faut avoir à transcender les barrières institutionnelles.

**M. Michel Colson (FdF)** remercie les invités pour la présentation de l'étude et souligne quelques éléments qui l'ont frappé.

Le premier élément est l'omniprésence des difficultés de gestion du temps. Bien qu'on soit dans le cadre d'une étude préalable, chacun se plaint du manque de temps, mais il semble qu'il existe également des tensions.

Le deuxième élément est que, bien que cette étude soit utile à tout le monde, ce sera aussi au pouvoir politique de trancher. Le commissaire souhaite dès lors connaître l'échéancier du Collège, malgré le transfert de compétences et au-delà des changements éventuels de majorité.

**Mme Marion Lemesre (MR)** remercie le secteur socio-sanitaire pour ce travail accompli et s'attarde également sur la question du temps. La commissaire souhaite savoir ce qui s'est passé depuis le 29 mars 2013 (date où l'étude a été présentée au secteur concerné) et estime que l'étude devrait pouvoir permettre de passer à l'outil de programmation.

L'intervenante entend les problèmes qui ont été posés par l'étude : le manque de moyens (notamment pour le secteur du handicap) et la paupérisation des Bruxellois. Mais il semble qu'on tarde à mettre de l'ordre dans le secteur : l'échéance recule.

Tout en étant consciente des difficultés et des réticences, Mme Lemesre estime, que s'il faut en effet renforcer les moyens financiers, il faut aussi fixer des objectifs clairs, et particulièrement celui de maintenir les personnes dans leur milieu de vie.

Et par rapport à l'enjeu des réformes institutionnelles, il faut avoir la volonté d'accorder une subvention maximale au secteur ambulatoire. L'intervenante souhaite connaître l'agenda précis de la programmation du décret de 2009.

**M. Jacques Morel (Ecolo)** souhaite faire quatre observations :

- tenant compte du territoire et des ressources exploitées, il faut penser l'offre sur l'ensemble du territoire bruxellois et avec l'ensemble de ses institutions : la Commission communautaire française, la Région bruxelloise et la Commission communautaire flamande. Il faut donc préciser et corriger l'étude de programmation;
- pour ce qui concerne le profil des métiers, il serait bien de faire le lien avec l'IFIC (Institut de classification des fonctions) qui travaille à un profilage des fonctions et des compétences. C'est important de faire des liens, notamment par rapport aux échelles barémiques;
- en ce qui concerne l'offre, l'offre de santé est confondue avec l'offre de soins. Dans le secteur concerné, le socio-sanitaire, une large part devrait être dans le secteur de la santé (l'éducation et la promotion);
- concernant les conclusions de l'étude, elles mettent en exergue les finances et les ressources humaines complémentaires d'une part, et le cadre de référence d'autre part. Ces éléments dépendent de la décision politique.

Le commissaire estime qu'il faut un engagement politique plus fort concernant le secteur ambulatoire. En effet, tenant compte des matières liées aux transferts de compétences et du rapport du Conseil consultatif, Bruxelles doit avoir une position forte au sujet des services ambulatoires. M. Morel suggère qu'un groupe de travail soit mis en place au sein des commissions et puisse faire des recommandations.

**M. Pierre Migisha (cdH)** remercie les invités pour leurs présentations de l'étude, et observe que beaucoup de sujets y ont été abordés, et particulièrement la mise en avant de la nécessaire transversalité entre secteurs et services, ainsi que l'importance de dépasser les frontières institutionnelles.

L'intervenant demande cependant si l'ancienneté de l'étude, qui date d'un an, ne présente pas un risque que certains paramètres ne soient pas à jour, comme par exemple le vieillissement et les besoins à domicile.

Le commissaire aborde ensuite la reconnaissance de nouveaux métiers : celui de coordinateur a été évoqué, mais il faut également donner un statut à celui de garde malade. En effet, la représentante du Conseil consultatif avait fait part des difficultés de ce secteur qui souffre d'un problème de formation, mais également de concurrence entre prestataires.

**Mme Olivia P'tito (PS)**, après avoir remercié les invités, fait observer que l'ambulatoire est une richesse

de la Région bruxelloise par rapport à la Wallonie et à la Flandre. L'étude qui vient d'être présentée est utile et serait utile également dans d'autres secteurs. En effet, l'étude nomme les choses, définit les besoins et met en exergue les liens.

La commissaire souhaite connaître les réactions des services concernés et l'évolution prochaine du secteur, qui, on le voit, reste inquiet et semble déstabilisé par le décret ambulatoire. Il faudra tenir compte de cela et approfondir le dialogue. En conclusion, l'intervenante demande également ce qui s'est passé depuis le 29 mars 2013 et souhaite connaître l'agenda de ce qui suivra. Elle estime par ailleurs que le travail avance même s'il y a des éléments à clarifier.

### **Réponses de Céline Fremault, ministre en charge de la Santé**

La ministre Céline Fremault répond aux commissaires qu'en effet beaucoup d'informations sont données dans le cadre de l'étude préparatoire à la programmation des services ambulatoires, et que l'objectif du Collège n'est pas d'aller vers l'économie ou la rationalisation. Les éléments mis en lumière par l'étude seront utilisés en vue d'améliorer l'offre existante.

Quand au rôle de l'administration, la ministre informe qu'elle fait partie du Comité d'accompagnement.

Pour ce qui concerne la question du temps, et celle du retard qui a été soulevée par les intervenants, la ministre répond qu'on peut le voir comme un an de retard, mais aussi comme une année nécessaire à élaborer l'étude. Cette photographie du secteur ambulatoire et le temps nécessaire à ce travail étaient une volonté politique, qui présente des avantages et des inconvénients, mais il était nécessaire de disposer d'une liste d'indicateurs fiables pour pouvoir en déterminer les plus pertinents. Elle ne méconnaît pas, par ailleurs, l'inquiétude des travailleurs du terrain.

Pour la suite, un appel d'offres sera lancé début juin et le travail commencera à la mi-juillet, afin de mettre en place un outil qui pourra être opérationnel dès la première session de la nouvelle législature.

### **Réponses de Rachid Madrane, ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille**

Concernant la question sur la rationalisation, le ministre répond que son objectif est d'améliorer la situation en partant de la réalité existante et, dès lors, prioriser les moyens financiers.

Et comment affecter au mieux les deniers publics aux besoins de chacun ? Il faut pouvoir définir des in-

dicateurs et fixer des priorités. La question doit être : quels sont les besoins et quelle est l'offre, et donc tenir compte des besoins de la population comme des besoins des services.

Pour ce qui concerne les services non agréés, il est risqué d'établir des liens, puisque ces services ne sont pas gouvernés par les textes législatifs.

Aux observations sur les « nouveaux métiers », le ministre reconnaît qu'il faut en tenir compte, mais observe qu'ils sont évolutifs.

En réponse aux questions sur l'état d'avancement de la programmation, le ministre informe les commissaires que depuis le 29 mars 2013 un cahier de charge spécial est en train de s'élaborer. Mais l'essentiel sont les indicateurs.

Il insiste néanmoins sur le fait que le travail continue : enveloppe financière nouvelle pour l'EVRAS, création de nouvelles maisons médicales, financement du secteur de médiation des dettes.

Il revient ensuite à l'importance de définir des indicateurs qui permettront de fixer des priorités. Cette démarche devrait permettre d'anticiper la sixième réforme de l'État par une vision globale et une définition claire de l'offre et des besoins. Et comme l'a suggéré M. Colson, ce sera aux responsables politiques de faire en sorte que les transferts de compétences puissent être une chance pour Bruxelles. C'est en effet l'exécutif qui est le mieux placé pour fixer les priorités.

Pour ce qui concerne la question des généralistes, leur situation sera partiellement améliorée.

En réponse à M. Morel, le ministre répond qu'il n'y a pas eu de lien, pour cette étude, avec l'IFIC.

Le ministre insiste encore sur le fait que beaucoup de choses ont été faites pour l'ambulatoire, dont l'augmentation de l'enveloppe budgétaire de 800.000 € en 2013 pour le secteur social. Les paramètres sont à jour et les paramètres prospectifs ont également leur place. L'utopie doit être aussi de l'idéal pragmatique.

Revenant à la séance de présentation de l'étude préalable à la programmation destinée aux travailleurs du secteur, le ministre rapporte aux commissaires qu'elle s'est plutôt bien passée. Il reconnaît toutefois qu'il y a des difficultés au sein des services de santé mentale, mais que la concertation continue. Les craintes sont écoutées et doivent être apaisées.

**Mme Fremault** approuve cette dernière assertion : il faut rassurer le secteur tant en termes d'emploi que de volonté de concertation.

Revenant aux « nouveaux métiers », la ministre précise que les partenaires sociaux sont représentés au CBCS.

Pour ce qui concerne les généralistes, il faudra voir ceux qui auront une « activité ambulatoire ».

En réponse aux interrogations sur l'élargissement de l'étude à tous les niveaux politiques concernés à Bruxelles (Commission communautaire française, Commission communautaire flamande et Commission communautaire commune), la ministre répond qu'il fallait commencer par l'espace de la Commission communautaire française.

**M. Jacques Morel (Ecolo)** propose la constitution d'un groupe de travail parlementaire pour compléter le travail de l'exécutif et marquer l'intérêt du pouvoir législatif pour ce secteur.

**Mme Marion Lemesre (MR)**, non sans humour, remercie l'exécutif de travailler pour l'exécutif suivant, et estime qu'il faut en effet une cartographie, un cadastre pour pouvoir préciser les budgets.

**M. Michel Colson (FdF)** sans être en désaccord avec ce qui vient d'être dit, y met un bémol dans la mesure où il attend de voir que les transferts de compétences se transforment en opportunité ...

Par ailleurs, il soutient la proposition de M. Morel de constituer un groupe de travail.

Le président, Bea Diallo, remercie tous les intervenants de la matinée.

## 6. Approbation du rapport

Les commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé font confiance au rapporteur et au président pour l'élaboration du rapport.

*Le Rapporteur,*

Jacques MOREL

*Le Président*

Bea DIALLO

