

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



10 février 2009

---

SESSION ORDINAIRE 2008-2009

---

**PROJET DE DÉCRET**

**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 Dominique BRAECKMAN et M. Michel COLSON

## SOMMAIRE

1. Désignation des rapporteurs.....	3
2. Exposés des ministres Emir Kir, en charge de l'Action sociale et de la Famille, et Benoît Cerexhe, ministre-président, en charge de la Santé .....	3
3. Discussion générale .....	7
4. Auditions des représentants du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé .....	10
a. Intervention de Mme Lucie Degreef, présidente de la section « aide et soins à domicile », et de M. Pierre Schoemann, président de la section « services ambulatoires ».....	10
b. Intervention de M. Mario De Mattei, représentant de la section « Aide et soins à domicile » .....	13
c. Intervention de Mme Dominique Van Lierde, présidente de la Fédération des services bruxellois d'aide à domicile.....	14
d. Intervention de Mme Anne de Baets, représentante de la section « Aide et soins à domicile », représentant la CNE .....	14
e. Intervention de M. Michel Kesteman, représentant de la section « Ambulatoire » et des centres d'action sociale globale.....	15
f. Interventions de Mmes Nadine Page et Irma Bozzo, de la délégation syndicale CNE et SETCA du secteur ambulatoire (santé mentale, toxicomanie, planning, maisons médicales et CASG) .....	15
g. Intervention du Docteur Michel Roland, représentant de la Fédération des maisons médicales .....	17
h. Intervention de Mme Marie-Cécile Henriquet, présidente de la Fédération des services de santé mentale bruxellois francophones .....	17
i. Intervention de M. Charles Lejeune, représentant des centres de service social...	18
j. Intervention de Mme Carole Grandjean, représentante des centres de planning familial.....	18
k. Intervention de Mme Sylvie Risopoulos, directrice d'administration, du service des affaires sociales et de la santé de la Commission communautaire française...	20
l. Discussion.....	20
5. Discussion générale (suite) .....	28
6. Examen et vote des articles.....	31
7. Vote sur l'ensemble du projet de décret.....	57
8. Approbation du rapport.....	57
9. Texte adopté par la Commission.....	58

*Membres de la commission des Affaires sociales présents* : Mmes Sfia Bouarfa, Dominique Braeckman, Michèle Carthé, MM. Mohammadi Chahid, Michel Colson, Serge de Patoul (président), André du Bus de Warnaffe, Mme Dominique Dufourny, M. Ahmed El Ktibi, Mme Nadia El Yousfi, M. Hamza Fassi-Fihri, Mmes Céline Fremault, Nathalie Gilson, M. Rachid Madrane, Mmes Fatima Moussaoui, Anne-Sylvie Mouzon, Fatiha Saïdi.

*Membres de la commission de la Santé présents* : Mme Michèle Carthé, MM. Michel Colson, Willy Decourty, Mmes Magda De Galan, Julie de Groote, MM. Yves de Jonghe d'Ardoye d'Erp, Vincent De Wolf, André du Bus de Warnaffe, Ahmed El Ktibi, Paul Galand, Denis Grimberghs, Rachid Madrane, Mmes Isabelle Molenberg, Anne-Sylvie Mouzon, Martine Payfa, Caroline Persoons, Jacqueline Rousseaux, Fatiha Saïdi (présidente).

*Ont également participé aux travaux* : Mme Souad Razzouk (députée), M. Benoît Cerexhe (ministre-président), M. Emir Kir (ministre).

Mesdames,

Messieurs,

Les commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé ont examiné le projet de décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, en leurs réunions des 22 octobre et 10 décembre 2008, des 21 et 23 janvier ainsi que des 4 et 10 février 2009.

## Réunion du 22 octobre 2008

### 1. Désignation des rapporteurs

Les commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé ont désigné Mme Dominique Braeckman et M. Michel Colson en qualité de rapporteurs.

### 2. Exposés des ministres Emir Kir, en charge de l'Action sociale et de la Famille, et Benoît Cerexhe, ministre-président, en charge de la Santé

M. le Ministre Emir Kir rappelle que cet important projet de décret a requis une longue préparation.

Déjà envisagée au cours des deux législatures précédentes, la mise en chantier d'un décret relatif aux services ambulatoires figurait dans les accords de gouvernement. Sans l'avoir, en tant que tel prévu dans le dernier accord de gouvernement, ce projet a cependant été annoncé lors de la déclaration de politique générale de 2007.

Il faut d'emblée préciser que le présent projet de décret n'est pas le « décret qualité ». La « démarche qualité » qui suscite tant de débats et soulève tant de critiques, ne représente qu'une petite partie du projet de décret.

Au total, sont concernées près de 150 associations :

- les 21 services de santé mentale,
- les 15 services actifs en matière de toxicomanies,
- les 10 centres d'action sociale globale,
- les 26 centres de planning familial,
- les 31 maisons médicales,
- les 6 services de médiation de dettes,
- les 4 services d'aide aux justiciables,

- les 2 services « espaces-rencontres »,
- les 5 centres de coordination de soins et services à domicile,
- les 6 services de soins palliatifs et continués,
- les 7 services d'aide à domicile,
- les 2 centres d'accueil téléphonique,
- ainsi que les organismes représentatifs des douze secteurs précités.

Soit pas moins de 1.400 équivalents temps plein répartis entre 1.600 travailleurs toutes fonctions et qualifications confondues.

Pourquoi un décret unique ? En réponse à la demande formulée par les acteurs du secteur de l'ambulatoire, le Collège a décidé de réunir treize décrets en un seul texte législatif. Ceci, alors que l'histoire politique a toujours séparé ces domaines d'intervention.

Le projet de décret s'articule autour de six grands axes :

1. la fusion des décrets relevant de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé, fusion qui coordonne, qui harmonise tout en préservant les spécificités de chaque secteur;
2. la simplification administrative, au travers, entre autres, d'un allègement de la procédure d'agrément;
3. l'agrément à durée indéterminée, qui constitue également un gage de simplification administrative mais qui représente surtout une reconnaissance sans équivoque du travail de l'association ainsi qu'une réelle stabilité pour le projet et pour les travailleurs;
4. la programmation de nouveaux agréments;
5. la « démarche qualité » qui vise à optimiser les efforts d'évaluation entrepris par les uns et les autres en vue d'améliorer la prise en charge des bénéficiaires et de la population dans son ensemble;
6. le renforcement de la pratique des réseaux par un agrément pour deux fois trois ans.

Ces six axes constituent l'épine dorsale du projet de décret et sont autant de moyens mis en oeuvre pour stimuler, encourager et accroître les liens existants entre les secteurs et au sein même de chaque secteur. Au travers des compétences respectives des ministres Cerexhe et Kir, dans les secteurs du social et de la santé, on ne peut être qu'interpellé par l'extraordinaire interaction entre les services que la Commission communautaire française soutient. Il apparaît, de plus en plus, que les problématiques sociales

et de santé se déterminent mutuellement. En effet, des services actifs en matière de toxicomanie, de santé mentale, des maisons médicales, des centres de planning familial, des centres d'action sociale globale, pour ne prendre que quelques exemples, collaborent très régulièrement pour assurer une véritable chaîne d'aide et de soins au bénéfice des Bruxellois. C'est pourquoi les ministres Cerexhe et Kir ont entrepris d'élaborer un projet de décret qui vise à créer un cadre commun à toutes ces structures tout en préservant leurs spécificités.

Les ministres ont également voulu mettre en place des outils susceptibles de renforcer le dynamisme de tous ces secteurs et par là créer les conditions d'une plus grande interaction entre les associations et entre les secteurs. En un mot, ce projet de décret renforce la transversalité tout en préservant les spécificités de chaque secteur. La rédaction du projet a fait apparaître des disparités entre secteurs. Elles ne doivent cependant pas être interprétées comme étant des inégalités de traitement discriminatoires. Au contraire, la genèse de chaque secteur nous a largement éclairés sur le sens de certaines dispositions sectorielles particulières.

Avant d'aboutir au Parlement, ce texte a connu de nombreuses évolutions. Il s'est enrichi. En effet, un travail extrêmement important a été entrepris avec l'administration qui, suite à un travail minutieux de comparaison des différentes législations, a été la cheville ouvrière de l'harmonisation des différents textes.

Plusieurs rencontres préalables avec les différents secteurs et différents partenaires se sont déroulées dès juin 2007 et sont toujours en cours puisque les ministres travaillent déjà sur des projets d'arrêtés d'application. Ces rencontres ont été l'occasion de présenter et surtout d'échanger des idées sur les principes du décret envisagé.

De nombreuses séances de travail ont eu lieu au sein des sections « aide et soins à domicile » et « ambulatoire » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé. Les deux avis – positifs (17 avis favorables, 3 avis défavorables et 4 abstentions lors du premier avis; 18 avis favorables, 6 défavorables et 2 abstentions ensuite) – qui ont été rendus sont le fruit de nombreuses heures de concertation. Si le rythme imposé peut sembler à certains égards élevé, l'investissement des différents membres du Conseil consultatif aura été déterminant pour faire du texte proposé un véritable outil fédérateur. A la lecture des procès verbaux des séances du Conseil consultatif, il est permis de constater que les demandes et remarques formulées ont été suivies quasi totalement.

Il convient de noter par ailleurs que les deux sections du Conseil consultatif ont travaillé de concert autour de ce texte. Il y a là un premier effet positif de décloisonnement.

Le ministre Kir souligne également l'ampleur de la concertation qui a eu lieu avec l'ensemble des acteurs, y compris avec les partenaires sociaux. Ainsi, les discussions

ont permis de jeter les bases d'un protocole d'accord qui sera finalisé tout prochainement. Ce protocole d'accord porte sur la consultation des travailleurs dans le cadre de l'élaboration de la « démarche qualité ». Il prévoit la conclusion de conventions collectives de travail dans lesquels les différents partenaires précisent les modalités de la participation des travailleurs à l'élaboration de la « démarche qualité ». Cette convention collective précise aussi que les partenaires sociaux reconnaissent le bien-fondé de la participation des travailleurs à l'élaboration de la « démarche qualité ».

On constate également que les remarques du Conseil d'Etat ont été, dans leur grande majorité, suivies si ce n'est dans quelques cas particuliers pour lesquels les ministres apporteront des explications complémentaires lors de l'examen des différents articles. Le Conseil d'Etat a d'ailleurs particulièrement bien porté son nom puisqu'il a permis de pousser plus avant la logique d'harmonisation, invitant dans biens des cas à faire « remonter » certaines dispositions particulières au niveau des dispositions, normes ou conditions d'agrément générales.

Le texte soumis à l'examen des commissions réunies est structuré autour des six axes de la réforme proposée.

#### *Titres I à III – La fusion des décrets existants*

Les Titres I à III consacrent la fusion des 13 décrets social-santé en un seul décret.

Cette fusion ne donne lieu qu'à des modifications de formes quant aux définitions, missions et conditions de subvention des secteurs. Par contre, une harmonisation de la présentation des définitions, missions, conditions et normes d'agrément a été opérée afin de faciliter la lecture du texte et de faire apparaître ce qui est commun à tous les secteurs.

Un travail plus approfondi sur une refonte des définitions et des missions des différents secteurs aurait pu avoir lieu mais n'a pas été possible, ni souhaité. Il a été décidé de valoriser et de développer la transversalité entre les secteurs et de créer ainsi un cadre qui permettra à l'avenir d'envisager une redéfinition des missions de chaque secteur. Cette harmonisation des législations constitue néanmoins une affirmation de la volonté d'articuler davantage les politiques en matière sociale et de santé; ce que les secteurs demandent, certes avec des nuances, depuis de nombreuses années.

Des définitions générales, communes aux différents secteurs ont ainsi pu être déterminées. Elles visent, entre autres, le bénéficiaire considéré comme une personne, une famille, un groupe ou un public spécifique en faveur de qui est conduite une mission de service public en matière d'action sociale, familiale et de santé. Il ne s'agit donc pas uniquement du patient ou de l'utilisateur. Les soins et l'action sociale ont été définis de manière transversale. Les défi-

nitions qui se trouvaient dans les différentes législations ont pu ainsi être harmonisées. Le territoire est considéré comme une entité géographique, définie par le service et sur laquelle il exerce principalement ses missions. Le territoire envisagé ici est non exclusif par rapport au territoire d'un autre service en ce sens que les territoires de plusieurs services peuvent se superposer en tout ou en partie. Tout le territoire de la Région ne doit pas être couvert.

Dans un souci de maintenir, voire de promouvoir, la spécificité de chaque secteur, le projet de décret précise ensuite les définitions et missions propres à chaque secteur. Le texte de ce projet de décret est donc la synthèse de 15 ans d'histoire législative. Les décrets de base des secteurs socio-sanitaires constituent le socle du projet de décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé.

Le Titre II développe les conditions d'agrément, la procédure d'agrément, les normes en matière de personnel et de subventions.

Toujours dans la même logique, des conditions générales d'agrément communes à l'ensemble des secteurs ainsi que des conditions particulières sont ici identifiées. Aucune modification de fond par rapport aux législations de base n'est intervenue.

La procédure d'agrément a été aménagée dans le sens d'une simplification administrative ainsi que d'une « sécurisation » des services.

A cet égard, un agrément à durée indéterminée est proposé. Il vise à assurer aux services et aux travailleurs davantage de sécurité dans le temps. Les procédures de retrait ou de modification contrainte d'agrément ont bien entendu été maintenues. Néanmoins, il y a lieu de considérer l'avantage en termes de simplification administrative que représente ce système. La répétition disproportionnée de procédures de renouvellement d'agrément est ainsi évitée.

Pour les associations qui ne sont pas agréées et qui souhaitent en faire la demande, une procédure simplifiée est prévue. De ce fait, les associations n'auront qu'un dossier de demande d'agrément à introduire au lieu de deux actuellement. Antérieurement, en effet, il fallait introduire un premier dossier pour l'agrément provisoire et un second dossier pour l'agrément définitif.

Et cette procédure se déroulera, par ailleurs, dans le cadre d'une programmation. Le Collège arrêtera, au début de chaque législature, le nombre de services qu'il agréera par secteur et, dans le cadre de ce nombre de services pouvant être agréés, opérera ses choix selon des critères socio-économiques, géographiques et d'adéquation entre l'offre et les besoins. Des organismes tels que l'Observatoire bruxellois du social et de la santé seront très probablement chargés, à partir des données dont ils disposent, d'élaborer les modèles permettant la mise en place de ces critères. La

programmation aura une durée déterminée dans le temps et sera ré-évaluable.

Le dispositif législatif « non marchand » avait déjà harmonisé les législations en matière de calcul et d'octroi des subventions. Il n'y sera pas touché, bien évidemment.

Le Titre III du projet de décret concerne les organismes de coordination et les organismes représentatifs et de coordination. Les conditions d'agrément sont communes à tous les secteurs. Le Collège peut agréer un organisme par secteur. Cet organisme doit représenter, au moins quatre services ambulatoires et les deux tiers des services ambulatoires de ce secteur. Le montant minimal de subvention par fédération est fixé à 36.600 €. Suite à la demande des sections du Conseil consultatif, il est prévu d'agrémenter un organisme intersectoriel de coordination.

#### *Titre IV – La « démarche qualité »*

La mise en place d'une « démarche qualité » dans les services ambulatoires social/santé agréés par la Commission communautaire française est prévue. Plusieurs constats faits à la fois par l'administration et par les secteurs concernés ont orienté ce choix.

- En effet, des pratiques intéressantes en matière d'évaluation et d'analyse de l'environnement des projets existent dans la plupart des secteurs ainsi que dans la plupart des associations. Or, celles-ci ne sont que peu partagées.
- Au niveau de l'administration, certains agents avaient mis en place des méthodes d'échange de pratiques ou d'accompagnement qui méritent d'être généralisées.
- L'inquiétude quant à la pérennité éventuelle d'agrément ne facilitait pas toujours la transmission transparente quant aux potentiels méconnus des secteurs et aux améliorations qui peuvent y être apportées.
- Le contrôle au sens strict du respect des normes constitue un premier outil permettant de valider une bonne utilisation des ressources. La « démarche qualité » permet, dans un second temps, d'améliorer les services rendus par l'utilisation des ressources d'auto-évaluation et de justification émanant des associations insuffisamment exploitées jusqu'ici.

Il faut aussi rappeler les conclusions de la recherche menée dans le cadre des Assises de l'ambulatoire. Celles-ci avaient fait apparaître le souhait des services ambulatoires de développer une conception réflexive de l'évaluation et de renforcer les liens existants entre les secteurs. Un pari sur la capacité d'intercompréhension était alors évoqué.

La « démarche qualité » prévue par le décret est essentiellement un processus d'évaluation permanent, transparent et structuré qui a pour objectif ultime d'améliorer l'of-

fre à la population. Il porte sur la gestion et l'organisation interne de l'association mais vise avant tout l'amélioration de la prise en charge des besoins des usagers et de la population dans son ensemble en termes de prévention, d'aide et de soins. La « démarche qualité » participe donc à l'amélioration des conditions de travail des professionnels.

En aucun cas, la « démarche » qualité n'a pour objet les pratiques professionnelles propres à chaque secteur. Il ne s'agira pas de mettre ou de remettre en question les modèles thérapeutiques ou professionnels des uns ou des autres mais bien d'inviter les associations à penser ou repenser leur organisation générale pour rencontrer plus efficacement les besoins de la population.

La démarche est sélective puisque chaque association est invitée à choisir un à trois thèmes sur lesquels elle décide de porter une attention particulière pendant trois ans. Elle ne couvre donc pas la totalité de l'activité de l'association qui continue à être encadrée par les normes et conditions d'agrément. Cette particularité du système proposé distingue d'ailleurs ce projet de décret de ce qui est pratiqué en Flandre ou en projet dans différents secteurs en Wallonie. L'aspect sélectif de la démarche devrait diminuer les craintes en termes de charge de travail supplémentaire au sein de chaque association.

Ce choix de thèmes se fera parmi une liste de dix thèmes propres à chaque secteur. Cette liste de dix thèmes est élaborée à partir de propositions des services et des fédérations. Elle est discutée au Conseil consultatif. Ceci permettra d'établir un véritable agenda de progrès commun à chaque secteur tout en permettant à chaque association de choisir le ou les thèmes qui lui conviennent.

La « démarche qualité », telle qu'imaginée ici, vise à poser des diagnostics mettant en exergue, au niveau des équipes et des projets en place, des axes de développement possibles. Les associations devront, dans ce cadre, définir des objectifs, en prévoir la mise en oeuvre ainsi que l'évaluation.

Lors de la phase de lancement de cette nouvelle démarche, l'administration sera formée et soutenue par un opérateur extérieur. Ce dernier assurera par ailleurs la supervision de la cellule qualité dans la durée. L'opérateur extérieur sera désigné à la suite d'un appel d'offre.

La « démarche qualité » devra impliquer l'ensemble des acteurs de l'association (travailleurs, administrateurs, bénéficiaires...) selon des modalités que l'association fixe elle-même.

Le décret prévoit l'obligation pour chaque association de proposer au ministre compétent un « projet qualité » renouvelé tous les trois ans. Autrement dit, l'élaboration et le dépôt d'un projet qualité sont obligatoires et conditionnent l'agrément et le financement des associations. Par contre, le

contenu du projet et l'évaluation de celui-ci n'auront aucune conséquence sur le financement et l'agrément.

La « démarche qualité » est donc un outil transparent dans lequel chaque acteur doit se retrouver. La « démarche qualité » n'est en aucun cas un outil de contrôle ou de jugement. Le rôle d'accompagnement qui sera joué par l'administration par le biais d'une cellule qualité sera clairement distingué de celui qu'elle joue en tant qu'organe de contrôle et d'inspection. Ceci constitue une autre différence avec les projets fédéraux, wallons et flamands.

La « démarche qualité » est, à la fois, un outil d'évaluation mais aussi un moyen de partager et de croiser cette évaluation dans un cadre dépassant le service. Il faut souligner le fait que les associations elles-mêmes sont bien les maîtres d'oeuvre du projet qualité. L'évaluation et la définition de projets partent bien de là et ne sont en aucune manière pilotées de l'extérieur.

Des rapports intersectoriels et sectoriels, annuels et triennaux relatifs à la mise en oeuvre des « projets qualité » seront rédigés par l'administration au travers d'une analyse de synthèse collective.

Le Conseil consultatif, remettra un avis circonstancié sur la base des rapports présentés par l'administration. Le rapport ainsi que l'avis du Conseil consultatif seront transmis au ministre compétent qui le communiquera aux associations concernées. Ces rapports pourront fort utilement accompagner les rapports du Conseil consultatif déposés et présentés au Parlement.

Cette démarche est surtout et avant tout un outil de travail pour les secteurs concernés mais permettra aussi aux pouvoirs publics de constater les difficultés récurrentes rencontrées par ces derniers dans la réalisation de leurs missions et les pistes de solutions rencontrées. Le dispositif proposé s'écarte des modèles propres au secteur industriel. Il ne s'agit pas de se focaliser sur des procédures techniques dont on devrait identifier chaque étape mais bien de proposer des axes de progrès sur des dimensions telles que l'accueil d'un public multiculturel, l'amélioration de la communication, le partenariat et d'autres aspects que les associations et les fédérations vont elles-mêmes proposer.

Le choix de dix thématiques permet de fixer un agenda de progrès commun. Celui-ci permet une dynamique dans l'ensemble du ou des secteurs. Ces thématiques témoignent des modalités de réalisation des missions et des pistes d'amélioration potentielles.

#### *Titre V – Les réseaux*

Dans ce contexte de transversalité encouragée, le développement des réseaux s'impose comme une évidence dans la mesure où le réseau est une organisation au sein de laquelle les professionnels issus de disciplines et de struc-

tures différentes définissent en commun des objectifs, des règles de pratique et d'ajustement mutuel qui font l'objet d'une convention de collaboration.

Les réseaux sont par essence transversaux, transdisciplinaires, interinstitutionnels. Ils traduisent la volonté de différents acteurs d'agir dans des contextes singuliers autour d'un projet commun. L'ambition des réseaux est de créer des ponts, des échanges, de la coopération là où existent aujourd'hui des cloisonnements.

Suite à l'évaluation concernant les projets lancés dans le cadre des réseaux de santé, la nécessité de stabilité pluriannuelle est apparue. Alors que les réseaux étaient financés jusqu'ici comme initiatives, le décret permettra donc au Collège de les agréer pour une durée de trois ans, renouvelable une fois. L'objectif des réseaux étant de mettre en place de nouvelles pratiques de travail, la durée maximale de l'agrément d'un réseau sera de six ans. Si au terme de l'agrément renouvelé, il s'avère que le réseau doit être maintenu, il appartiendra au Collège de trouver des solutions structurelles pour le maintien de l'outil développé.

Le promoteur pourra être un service issu des secteurs tant de la santé, ce qui était déjà le cas, que de l'action sociale ou de l'aide aux familles, ce qui est une nouveauté.

### *Conclusion*

Ce projet de décret comporte de nombreux aménagements des dispositions actuelles. En favorisant les interactions entre les services et les secteurs, en veillant à assouplir les démarches administratives, en créant une dynamique de progrès partagée, les ministres pensent ainsi améliorer les conditions de vie des associations et, par là, renforcer, voire développer, la qualité du service offert aux citoyens qui en ont le plus besoin.

Ce projet s'inscrit, également, dans la logique de la « charte associative » adoptée récemment par les exécutifs puisqu'elle clarifie et renforce les liens entre le monde associatif – ici socio-sanitaire – et les pouvoirs publics.

Les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir sont pleinement conscients que ce projet de décret suscitera encore de nombreux débats. La dynamique largement positive qu'il a déclenchée dans la plupart des secteurs permet de penser que ce décret répond à une attente, comme le souhaitent ses auteurs.

### **3. Discussion générale**

M. le Président propose aux membres des commissions réunies de définir préalablement une méthode de travail. En effet, il apparaît que des auditions seront demandées par certains, que, par ailleurs, la Ligue de la Santé mentale a déjà fait savoir par courrier qu'elle souhaitait être entendue dans ce débat.

Pour Mme Caroline Persoons (MR), ce projet de décret est d'une très grande importance même s'il reprend un certain nombre de décrets existants. En conséquence, elle juge essentielle la tenue d'auditions. Mme Persoons propose d'entendre le Conseil consultatif francophone bruxellois de l'Aide aux personnes et de la Santé, dans son ancienne composition, sachant que depuis les avis rendus des changements de personnes sont intervenus au sein des sections de ce Conseil consultatif.

En outre, Mme Persoons estime que les commissions réunies doivent entendre les fédérations concernées par ce projet de décret. Ensuite, rappelant un colloque organisé, la veille, sur la « démarche-qualité », Mme Persoons propose également un ou des experts en cette matière.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) vient d'apprendre l'imminence de la signature d'un protocole d'accord entre les syndicats et le Collège. Elle interroge les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir sur la date prévue pour cette signature.

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) lui répond que ce point devrait être acquis en l'espace d'un mois.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) doute de l'utilité d'organiser toutes les auditions proposées par l'opposition.

La première question, selon elle, est de savoir si le projet de décret peut être adopté tel quel ou s'il doit être amendé.

Mme Mouzon ne souhaite pas que le travail en commissions réunies s'enlise dans de multiples séances d'audition alors que le projet de décret a déjà fait l'objet de nombreuses discussions au niveau du pouvoir exécutif et a subi à ce titre un certain nombre de modifications.

Mme Mouzon ajoute que tous les groupes parlementaires ont été moult fois interpellés, sollicités, invités à tant de débats sur ce sujet qu'il lui semble que toutes les parties en présence disposent d'une information bien fournie. Ce qui n'exclut pas, pour Mme Mouzon, que les commissions réunies puissent entendre le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé mais dans sa composition actuelle. En effet, il serait inutile de réentendre psalmodier les avis antérieurs du Conseil consultatif. Car, il importe de connaître l'avis du Conseil consultatif tel qu'il peut le rendre aujourd'hui sachant l'évolution de ce dossier.

Mme Mouzon accepterait de donner aussi la parole aux organisations syndicales nonobstant l'annonce de la signature imminente d'un protocole d'accord.

En réponse à une intervention de M. Michel Colson, Mme Mouzon compare le débat actuel à celui qui eut lieu sur la mutation du minimex en revenu d'intégration (loi sur les CPAS). En effet, il faut se souvenir à cette enseigne

que, malgré les adaptations acquises, certaines personnes, certains groupes continuaient à ne pas en tenir compte par défaut d'information et persistaient à émettre encore les critiques justifiées dont elles pouvaient taxer le projet de loi initial. Dans le cas du projet de décret relatif aux services ambulatoires, Mme Mouzon constate que certains font dire au projet de décret des choses qu'il ne dit pas, ce qui ne signifie pas, ajoute-t-elle que ce projet de décret n'est pas susceptible d'être amendé.

Mme Mouzon insiste pour que l'on considère que la négociation sur ce dossier est d'autant plus difficile qu'il concerne un nombre important de secteurs. Mais il faut bien sûr veiller, en priorité, à ce que le décret traduise correctement les intentions actuelles du Collège au vu et au su des nombreuses réactions enregistrées depuis l'ouverture de ce débat.

Il est évident, souligne Mme Mouzon, que la « démarche-qualité » n'est pas un instrument de sanction mais bien d'auto-évaluation et de recherche par les secteurs concernés afin d'améliorer les services rendus à la population. Donc, il convient de vérifier que les termes du projet de décret expriment bien juridiquement parlant cette conception.

Mme Mouzon conclut qu'il ne faut pas réentendre tous ceux dont les avis ont déjà été exprimés et reçus tant par le Collège que par les parlementaires. Dans cette option, l'audition du Conseil consultatif devrait suffire.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) reconnaît certes les côtés positifs du projet de décret qui emportent l'accord de toutes les parties. Toutefois, il continue à poser des questions notamment en termes de moyens et de procédures à mettre en œuvre. Et, on ne peut nier que l'on enregistre à cet égard des réponses distinctement différentes. Dès lors, Mme Braeckman estime nécessaire de poursuivre ce travail d'information par l'écoute des parties concernées quitte à en réentendre certains, ne fût-ce que pour s'accorder sur le vocabulaire utilisé.

Parler de « démarche-qualité » et d'auto-évaluation conduit à croire, par exemple, qu'il peut y avoir confusion entre ces termes. Mme Braeckman défend le principe que tout parlementaire doit pouvoir disposer de tous les outils nécessaires à l'examen de ce projet de décret dont l'importance ne fait aucun doute. En effet, il donne la possibilité aux membres des commissions réunies d'approfondir ensemble l'essence même du travail social et sanitaire au niveau bruxellois.

Ceci suppose que l'on prenne le temps de bien faire ce travail plutôt que devoir terminer l'examen du projet de décret en quelque quinze jours. Mme Braeckman précise que les fédérations d'associations concernées par le projet de décret devraient être entendues en commissions réunies, d'autant plus que certaines de ces fédérations et d'autres acteurs sociaux sont opposés au projet de décret. En entendant les arguments des uns et des autres, il serait alors

possible de dissiper des malentendus et de proposer des solutions.

Mme Braeckman demande que soit aussi entendue une personne ayant l'expérience de la « démarche-qualité », notamment telle qu'elle est pratiquée en Communauté flamande. Mme Braeckman souhaite d'ailleurs que dans le cadre de l'application de la « démarche-qualité », l'administration de la Commission communautaire française puisse venir exprimer son point de vue devant les commissions réunies.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) souligne le fait que le projet de décret porte en lui une évolution culturelle forte au point qu'il fera date en matière d'aide sociale et de santé ambulatoire. M. du Bus de Warnaffe rappelle que dans la phase de préparation du projet de décret, les parlementaires ont eu l'occasion à plusieurs reprises de recueillir les avis de personnes concernées.

En ce qui relève de la « démarche-qualité », ces avis sont même assez tranchés. Ainsi, au cours du colloque organisé la veille sur ce thème, des réactions intéressantes ont été enregistrées. Toutefois, s'aventurer dans un large éventail d'auditions serait s'engager *de facto* dans un questionnement et dans des nécessités d'audition qui ne permettraient pas de répondre à des contingences de temps que chacun connaît. Or, ajoute M. du Bus de Warnaffe, nombre de membres de ces commissions réunies ont eu le temps et l'occasion déjà de recueillir les avis des parties intéressées par ce projet de décret et de traduire ici les arguments qui nuancent fortement le concept de la « démarche-qualité ».

A titre personnel, M. André du Bus de Warnaffe fait état de contacts très intéressants sur le sujet et estime qu'il faut relayer ces questions avec force et clarté sans nécessairement devoir à nouveau organiser des auditions. Celle des sections « aide et soins à domicile » et « services ambulatoires » devrait suffire, selon lui. Mais, M. du Bus de Warnaffe se défend de vouloir esquiver le débat.

Eu égard à la volonté exprimée par les uns et les autres de ne pas retarder ni escamoter le débat, M. Paul Galand (Ecolo) pense que l'on ne peut pas éviter un dialogue direct avec le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé. Si le projet de décret suscite des craintes chez certains, il faut les trouver, principalement mais pas seulement, du côté des services de santé mentale. Comment dès lors pourrait-on aller de l'avant dans ce débat sans les entendre sachant que la Commission communautaire française a noué de longue date un dialogue avec ce secteur.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, ne partage pas l'opinion de M. du Bus de Warnaffe qui estime que ce projet de décret constitue une avancée « révolutionnaire ».

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) précise qu'il a parlé d'« évolution » et non de « révolution ».



M. Michel Colson (MR), rapporteur, insiste pour que l'on retienne que son groupe n'a pas l'intention de traîner ce débat en longueur. Le MR souhaite, en effet, un travail constructif. Et il plaide, comme l'a fait M. Galand, pour que l'on entende divers organismes, auditions qui n'ont absolument rien d'une manœuvre dilatoire.

Les travaux parlementaires sont en effet une source d'éclairage de la lecture du texte de ce projet de décret. Et il serait regrettable de vouloir s'en priver et ce serait même contraire aux principes de la démocratie parlementaire. Une matinée d'auditions n'aurait rien d'excessif, conclut M. Colson d'autant que la Ligue de la Santé mentale a exprimé le souhait d'être entendue en commission.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) demande une suspension de séance afin de permettre aux groupes parlementaires de la majorité de se réunir.

Le Président suspend les travaux des commissions réunies.

A la reprise de la réunion et au nom des groupes de la majorité parlementaire, Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) ne souhaite pas que les commissions réunies se fassent instrumentaliser par quoique ce soit ni que les commissions instrumentalisent elles-mêmes tel ou tel secteur. Elle pense que la mission du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé est de refléter et de sommer les avis critiques, négatifs et positifs, des différents secteurs.

Pour Mme Mouzon, les commissions réunies se doivent d'entendre les arguments quels qu'ils soient de sorte qu'ils puissent servir à déposer éventuellement des amendements. En conséquence, Mme Mouzon propose au nom des groupes de la majorité l'audition du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, tel qu'il est représenté en ses sections « services ambulatoires » et « aide et soins à domicile » et ce, dans leur composition actuelle. Cette audition devrait être tenue dans le délai d'un mois, temps requis pour permettre aux deux sections susnommées du Conseil consultatif de consulter les différents secteurs concernés par le projet de décret et de récolter leurs avis qu'ils présenteront lors de l'audition.

Ceci étant, il va de soi que l'on ne demande pas au Conseil consultatif, ainsi représenté, de se livrer à quelque arbitrage auprès desdits secteurs. Il appartient à la représentation des sections concernées du Conseil consultatif de venir devant les commissions réunies accompagnée si elles le désirent des personnes qu'elles souhaiteraient associer au débat.

Mme Mouzon insiste sur la volonté des groupes qu'elle représente de ne point vouloir instrumentaliser de la sorte le Conseil consultatif ou de favoriser un secteur au détriment des autres ou même de se laisser instrumentaliser par tel ou tel secteur.

Entre-temps, Mme Mouzon propose que les commissions réunies se penchent sur les raisons pour lesquelles les avis du Conseil d'Etat ne sont pas suivis.

Ensuite, après avoir entendu la délégation du Conseil consultatif, les commissions réunies pourraient entamer l'examen des articles du projet de décret, assortis éventuellement d'amendements.

Mme Caroline Persoons (MR) répond à Mme Mouzon que son groupe n'a aucunement l'intention de prolonger inutilement les débats sur ce texte. Toutefois, Mme Persoons regrette la proposition de Mme Mouzon de poursuivre la discussion générale du projet de décret avant d'avoir entendu les sections du Conseil consultatif et d'avoir pris connaissance des réactions des secteurs concernés.

Mme Persoons ne conçoit pas que l'on n'adjoigne pas à cette audition celle de la Fédération de la santé mentale et celle d'expert(s) en « démarche-qualité ».

Elle rappelle l'existence de réseaux social/santé qui sont soutenus en « initiatives » au niveau budgétaire. Il est donc essentiel de connaître les avis de ces personnes dont l'expertise serait à prendre en compte dans l'examen du projet de décret.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) invite les commissaires à relire la note du secteur des centres de planning familial et celle de la Fédération des services de santé mentale reprise en annexe du texte du projet de décret. Ces notes, selon M. du Bus de Warnaffe, reprennent déjà de manière précise les arguments pour et contre le projet de décret.

Sur cette base, M. du Bus de Warnaffe accepterait cependant l'idée que les présidents des sections concernées du Conseil consultatif adaptent éventuellement ces avis en fonction de l'évolution des réflexions émanant du colloque consacré la veille, à la « démarche-qualité ». Ce sont donc ces deux présidents de section qu'il faut entendre, conclut M. du Bus de Warnaffe.

Il souligne que le concept controversé de « démarche-qualité », ne représente que 9 articles sur 202, ce qui ne justifie pas de postposer l'examen du projet de décret jusqu'à la tenue d'auditions.

Mme Isabelle Molenberg (MR), prenant acte de l'évolution des esprits vis-à-vis de ce dossier, propose de ne poursuivre son examen que sur des auditions claires et constructives pour trouver une ou des solutions à ce qui pose problème. Ces auditions pourraient d'ailleurs, selon Mme Molenberg, avoir lieu dans deux semaines, ce qui exclurait tout retard dans l'examen du projet de décret. Mme Molenberg souligne d'ailleurs le fait que c'est au Collège et à la majorité parlementaire d'assumer le dépôt tardif en fin de législature du projet de décret « services ambulatoires » attendu depuis fort longtemps.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) résume sa proposition consistant à consacrer une matinée à l'audition des sections du Conseil consultatif. Vouloir aussi entendre quelque autre secteur et des experts, c'est ce qu'elle appelle instrumentalisation des secteurs.

Rejetant l'idée de tout atermolement, Mme Mouzon plaide pour que les travaux entamés puissent être poursuivis dans l'attente de cette matinée d'audition. Il est inutile, poursuit-elle, de recommencer le travail qui a déjà été fait par le gouvernement et par les groupes politiques. Elle ajoute que le groupe MR est parfaitement informé des avis des secteurs concernés.

Mme Nathalie Gilson (MR) rappelle que Mme Braeckman s'est prononcée pour plusieurs auditions.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) tient à préciser que la majorité n'exclut absolument pas tout amendement mais attend des avancées significatives et respectueuses des avis de chacun dans ce débat.

M. Paul Galand (Ecolo) partage cette position et souligne que le Conseil consultatif est la seule instance représentative de l'ensemble des secteurs du social et de la santé. Dès lors, le délai d'un mois qui lui est laissé est très raisonnable.

M. le Président enregistre qu'il y a donc unanimité pour entendre le Conseil consultatif en une seule séance d'auditions qui aurait lieu le 10 décembre 2008. Sur le reste des propositions, il y a donc lieu de voter.

M. le Président met au vote les propositions d'auditions faites, d'une part, par la fédération de la santé mentale et, d'autre part, par le groupe MR, demandant aussi d'entendre cette fédération ainsi qu'un expert en « démarche-qualité », à savoir M. Marogen (Communauté flamande).

La demande d'audition de la fédération de la santé mentale est rejetée par 8 voix contre et 3 voix pour, pour la commission des Affaires sociales, et par 7 voix contre et 4 voix pour, pour la commission de la Santé.

La proposition faite par le groupe MR d'entendre et la Fédération de la santé mentale et un expert en « démarche-qualité » est rejetée par 8 voix contre et 3 voix pour, pour la commission des Affaires sociales, et par 7 voix contre et 4 voix pour, pour la commission de la Santé.

## Réunion du 10 décembre 2008

### 4. Auditions des représentants du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé

#### a. Intervention de Mme Lucie Degreef, présidente de la section « aide et soins à domicile », et de M. Pierre Schoemann, président de la section « services ambulatoires »

« A votre demande, nous vous présentons, aujourd'hui, un état actualisé de la position des sections « Ambulatoire » et « Aide et soins à domicile » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé à propos du projet de décret dit ambulatoire.

Notons tout d'abord l'intérêt que nos deux sections ont eu à travailler ensemble. Ce travail commun a offert des occasions de mieux se connaître mais aussi d'apprécier des approches différentes et complémentaires des réalités socio-sanitaires à Bruxelles.

L'exposé que nous vous proposons aujourd'hui a été soumis aux deux sections qui se sont réunies conjointement le 27 novembre dernier. La délégation qui nous accompagne a également été constituée lors de cette réunion.

Nous souhaitons, dans un premier temps, retracer l'historique de ce dossier tel qu'il a été soumis par les deux cabinets concernés au Conseil consultatif.

Une première note d'intention a été présentée par les deux cabinets en juin 2007, pour la section « Services ambulatoires », et en janvier 2008, pour la section « Aide et soins à domicile ». Une note plus précise à propos du projet appelé « démarche qualité » a été présentée et communiquée au mois d'octobre 2007. Dès le début de la réforme, des contacts formels et informels ont eu lieu en marge du Conseil consultatif avec des acteurs des différents secteurs.

Nous avons été saisis d'une première version de l'avant-projet de décret, le 28 février 2008. Suite à la présentation de ce texte, une méthode de travail a été élaborée. 3 groupes de travail ont été constitués. Un groupe de travail « procédures », un groupe de travail « démarche qualité » et un groupe de travail « réseaux ». Ces groupes étaient assistés par l'administration.

Nous avons veillé à ce que chaque composante du Conseil consultatif – experts, représentants d'usagers, représentants des employeurs, représentants des travailleurs – soit représentée. A la demande des organisations syndicales, ces groupes de travail étaient ouverts à des personnes extérieures au Conseil consultatif.

Suite aux rapports de ces groupes de travail, plusieurs amendements ont pu être intégrés au texte, avec l'accord des cabinets concernés. Certains membres du Conseil consultatif ont considéré que les délais impartis pour l'examen de ce texte étaient trop courts. Il a, dès lors, été proposé qu'un premier avis soit donné par les sections. Celui-ci a été rendu le 24 avril 2008, toutes sections confondues – 17 avis favorables, 3 défavorables et 4 abstentions. Le texte a ensuite été approuvé en première lecture lors de la réunion du Collège du 8 mai 2008. Le Conseil d'Etat a remis son avis le 9 juin 2008. Suite à cet avis du Conseil d'Etat (qui a été porté à notre connaissance), un dernier avis a été donné le 19 juin dernier.

Dix-huit avis favorables ont été donnés, 6 défavorables et 2 abstentions. Des notes propres à certains secteurs ou catégorie de membres du Conseil consultatif ont été jointes à l'avis des sections.

Depuis, le secteur des centres de planning familial qui avait remis un avis favorable conditionné, a fait savoir qu'il revenait sur sa position et qu'il émettait un avis défavorable, lui aussi conditionné. Le secteur des maisons médicales, qui s'était à l'époque abstenu, faute d'avoir pu consulter l'ensemble de ses membres, a fait savoir qu'il marquait aujourd'hui un avis favorable et ce, à l'unanimité de ses membres.

Les textes préparatoires aux projets d'arrêtés d'application, à l'exception du volet consacré à la « démarche qualité », ont été présentés par l'administration et travaillés, avec des représentants des différents secteurs présents au Conseil consultatif, accompagnés d'experts de leur secteur qu'ils souhaitaient inviter. Ce travail sera finalisé à la suite du parcours parlementaire.

Dernier élément, des négociations entre les cabinets, les représentants des employeurs et des travailleurs ont permis de jeter les bases d'un protocole d'accord devant lui-même être traduit dans des conventions collectives de travail. Ces conventions collectives de travail viseraient à élargir le champ de compétence des délégations syndicales inter-centres à l'ensemble des associations (social/santé) concernées par le décret et à prévoir les modalités de consultation des travailleurs dans le cadre de la « démarche qualité ».

A la lecture des procès-verbaux des groupes de travail ainsi que des réunions du Conseil consultatif, on peut identifier les avantages et points faibles que le projet de décret présente pour nos secteurs.

Nous sommes tous conscients que, de plus en plus, les problématiques sociales et de santé s'entremêlent et s'imbriquent mutuellement. Les différents secteurs ou services ambulatoires collaborent très régulièrement pour assurer un maillage d'aides et de soins pour nos bénéficiaires.

Le projet de décret « ambulatoire » vise à créer un cadre commun pour toutes les structures composant les douze

secteurs, tout en préservant nos spécificités à chacun. Il sera désormais possible d'articuler davantage les politiques sociales et de santé. Ce décloisonnement, nous le réclamons depuis de nombreuses années. Nous allons enfin arriver à davantage de transversalité.

Outre les avantages énoncés précédemment, le texte contient pour l'ensemble des secteurs toute une série d'avancées dans ces rapports avec l'administration :

- la fusion des législations permet une lecture plus claire et une comparaison entre secteurs dès lors que l'ensemble des normes et des procédures est harmonisé;
- la simplification administrative allège le travail, tant des services agréés que des nouveaux services qui rejoindraient les secteurs;
- le texte offre des possibilités d'extension des secteurs par les programmations basées sur des critères objectifs et quantifiables;
- l'agrément à durée indéterminée participe également à la simplification administrative et est une garantie dans le temps pour les services et les travailleurs des services.

Parallèlement aux pratiques professionnelles de nos secteurs, des réseaux se sont développés pour répondre à de nouveaux enjeux. En intégrant les réseaux dans le projet de décret les ministres ont clairement montré leur volonté de les stabiliser. En outre, offrir la possibilité aux promoteurs de réseaux, issus du secteur « action sociale et famille », de développer leurs projets constitue un autre avantage non négligeable du projet.

Certains membres de la section ambulatoire, tout en saluant l'intérêt d'une fusion des législations, regrettent l'occasion manquée d'une véritable refonte des textes historiques. Ils regrettent également l'absence de prise en compte des besoins pressants tels que le financement du poste de coordinateur.

Par ailleurs, ce projet de décret a fait apparaître des disparités entre secteurs, non seulement en termes de normes d'encadrement ou de frais de fonctionnement mais aussi pour ce qui est du mode de subventionnement. C'est particulièrement le cas des services de l'aide à domicile qui sont subventionnés à la prestation et non sur la base d'un cadre de personnel de base. La section « Législation » du Conseil d'Etat a d'ailleurs formulé une remarque en ce sens, se demandant si les différences de traitement se justifiaient au regard du principe d'égalité. Le projet de décret donne l'espoir à ce secteur de pouvoir bénéficier, à terme, d'un mode de subventionnement similaire à celui d'application dans les autres secteurs ambulatoires ou, à tout le moins, un système plus en adéquation avec leurs pratiques de terrain. Le Ministre compétent a d'ailleurs pris des engagements fermes en ce sens. Il est important de noter que, pour ce qui concerne le secteur de l'aide à domicile, le projet de dé-

cret signifie un retour à la situation de 1995. De fait, avant l'entrée en vigueur du décret de 1999 reprenant lui-même une série de dispositions de l'arrêté du 23 mars 1995, les aides seniors, aides ménagers et aides familiaux occupés au domicile des bénéficiaires étaient beaucoup mieux à même de dispenser des prestations de qualité, ce que la législation qui leur est applicable depuis lors ne leur permet plus. En effet, les obligations induites par le décret empêchent les aides de prester de longues périodes au domicile des personnes (généralement âgées).

Néanmoins, nous pensons pouvoir dire qu'il y a un accord global sur les parties du décret qui concernent les définitions, les missions sectorielles, les conditions et normes d'agrément, sur les organismes représentatifs et de coordination ainsi que sur les réseaux.

Vous vous en doutez, c'est bien sûr à propos du titre IV de l'avant-projet de décret que nos débats furent les plus nourris.

En préparation à l'audition de ce jour, nous avons pu recueillir les avis des différentes fédérations ainsi que celui des organisations syndicales.

Pour faire clair, du côté des opposants à la « démarche qualité », se trouvent les fédérations des plannings familiaux, le secteur de la santé mentale ainsi que les représentants des travailleurs à l'exception d'une organisation syndicale dans la section de l'aide et soins à domicile qui s'est prononcée favorablement.

Les opposants à la « démarche qualité » considèrent que trop d'inconnues subsistent sur les objectifs politiques qui sous-tendent ce projet ainsi que sur les modalités d'application qui verront le jour, entre autres au travers des arrêtés d'application. Trop de flou entoure encore ce projet : à quoi va servir la « démarche qualité », que sera-t-il fait des résultats qui en sortiront, quelles seront les méthodologies utilisées, quel sera le mode d'accompagnement ?

Des inquiétudes se sont également exprimées à propos du travail supplémentaire que représente cette nouvelle demande. Des démarches similaires, menées dans d'autres régions, font apparaître un surcroît de travail important.

Critique plus dure encore : certains considèrent que les modèles connus se revendiquant d'une « démarche qualité » entraînent une déshumanisation et une perte de sens des pratiques, voire leur formatage. La question de savoir si la « démarche qualité » vise l'amélioration des soins et des aides par l'évaluation des pratiques ou l'amélioration du fonctionnement des services n'est toujours pas claire. La question de la participation des usagers interpelle également certains secteurs.

Enfin, la méthodologie propre aux démarches qualités ne peut se déployer de manière adéquate dans les secteurs

concernés. La notion d'indicateurs de qualité et sa traduction quantitative sont perçues négativement.

L'ensemble des secteurs récuse le principe d'une « démarche qualité » orientée vers le contrôle comme dans les secteurs marchands, au bénéfice d'une évaluation prospective telle qu'elle est indiquée (et déjà pratiquée par certains) pour les secteurs non-marchands concernant le qualitatif, les sujets et les services plutôt que le quantitatif, les objets et les marchandises.

Selon les organisations syndicales, en plus des critiques précédemment évoquées, la « démarche qualité » n'est pas un processus d'évaluation mais un processus de contrôle qui ne dit pas son nom. A leur avis, pour être efficace, la « démarche qualité » ne doit pas être liée à l'agrément mais aux missions de service public.

D'autres acteurs soutiennent le projet de « démarche qualité », tout en évaluant les risques, et en identifiant les écueils à éviter.

Ainsi le terme même de « démarche qualité » soulève légitimement des craintes liées à son origine qui renvoie aux modèles de standardisation de la production propre aux secteurs marchands. Les acteurs soutenant le projet notent cependant que, depuis de nombreuses années, différents acteurs associatifs ont réfléchi aux transpositions possibles d'une « démarche qualité » adaptée au secteur non-marchand.

Dans le secteur non-marchand aussi, l'accent est mis sur l'organisation des pratiques, sur les processus mis en oeuvre. Il s'agit bien d'une approche systémique qui cherche une certaine valorisation de l'efficacité.

Là où les secteurs marchand et non-marchand divergent radicalement, c'est lorsqu'il s'agit d'identifier les vecteurs et finalités du progrès souhaité. En effet, dans le secteur non-marchand, il ne s'agit pas de mieux vendre mais de se donner de nouveaux moyens d'évaluer et d'améliorer l'utilisation des ressources mises en oeuvre pour répondre à la demande et aux besoins des personnes qui s'adressent à nos services. Les valeurs propres aux différents secteurs peuvent et doivent trouver leur place dans l'élaboration des projets qualités. Ceci n'est pas contradictoire avec la définition d'objectifs, de moyens d'actions, d'indicateurs d'évaluation établis selon les références des secteurs concernés.

Les acteurs qui soutiennent le projet en discussion y voient l'occasion de participer pleinement à une nouvelle dynamique d'évolution au sein des secteurs. Une dynamique qui renforce la place de l'utilisateur. Une dynamique qui favorise la tenue de débats entre acteurs et secteurs agréés mais aussi entre acteurs associatifs et pouvoirs publics. A ce sujet, l'intérêt de nourrir et de renforcer le partenariat entre le secteur associatif et l'Etat est souligné. Par le dispositif qui est proposé, la définition partagée de certaines

politiques publiques ainsi que leur évaluation seront facilitées, voire encouragées.

Enfin, les acteurs favorables à la « démarche qualité », telle que proposée, se réjouissent de constater que le décret n'impose pas de thèmes, ni de critères d'évaluation. Ils voient là une marge de manœuvre pour élaborer des projets qui respectent les approches des différents acteurs mais qui ouvre à la créativité en vue d'améliorer le service à la population.

Deux fonctions sont reconnues au dispositif proposé :

- une fonction interne : définir et affirmer des critères de qualité propres aux secteurs, c'est à dire, en fin de compte, avoir davantage prise sur le sens du travail;
- et une fonction externe : affirmer la place centrale de l'associatif non marchand, et construire un référentiel de qualité en concertation avec les pouvoirs publics.

Plusieurs conditions de base apparaissent comme indispensables à réunir pour se prémunir d'un certain nombre de dérives :

- aucune imposition de la part de l'administration ou du pouvoir public, de thèmes, de critères, d'indicateurs;
- aucun impact des démarches de qualité sur l'emploi. Les réactions vivement exprimées sur le terrain à ce sujet étaient légitimes et utiles;
- pas d'ingérence des démarches de qualité dans la relation : ce qui se passe entre le thérapeute et son patient appartient à l'intime et ne peut en aucun cas admettre l'intrusion d'un regard externe.

Enfin, toutes les expériences le prouvent, développer une « démarche qualité » ... de qualité demande du temps. Or nous savons que les services ne disposeront pas de moyens supplémentaires pour mener ces démarches. Ceci est regrettable. Les acteurs revendiquent donc que des moyens supplémentaires et spécifiques soient alloués aux services et aux organismes de coordination.

Cela permettrait :

- de faciliter la tâche des services, en leur apportant un soutien actif, de proximité, au-delà de l'accompagnement proposé par l'administration;
- d'organiser la mise en commun des démarches, au sein de leur secteur, et avec les autres secteurs. Cette mise en commun est indispensable si l'on veut redonner aux démarches de qualité une fonction d'observation des réalités sociales, et d'interpellation, telle que décrite ci-dessus;

- de veiller à ce que le processus mis en place évite les écueils évoqués ci-dessus, en relayant vers l'administration les dysfonctionnements éventuellement observés sur le terrain.

Pour conclure, nous profitons de cette occasion pour souligner l'ampleur et la qualité du travail réalisé durant ces derniers mois par l'administration de la Commission communautaire française, les membres des sections réunies, et les représentants des cabinets. »

#### **b. Intervention de M. Mario De Mattei, représentant de la section « Aide et soins à domicile »**

« Je souhaite vous faire part de mon constat sur des éléments à la fois de portée politique et démographique qui influencent de manière inconditionnelle le mode de fonctionnement de ce secteur d'activités.

Plusieurs études ont montré le profil des bénéficiaires âgés bénéficiant d'aides et de soins à domicile. La tranche 75-85 ans étant la médiane. Notons également une augmentation du nombre de personnes dépendantes tant au niveau psychologique que psychiatrique.

La réduction drastique de la durée de séjour en milieu hospitalier dictée par des impératifs budgétaires a évidemment un impact sur le nombre croissant des demandes de prises en charge en post-hospitalières de bénéficiaires.

Le nombre de lits en maison de repos et en maison de repos et de soins n'étant pas suffisant, le maintien à domicile demeure la forme alternative de choix de l'hébergement.

Le secteur de l'aide à domicile est confronté à la montée en puissance des services d'aides à vocation commerciale échappant à tout contrôle. Malgré l'accroissement de la demande d'aide, le développement de l'emploi dans ce secteur stagne par l'effet induit de la limitation du contingent d'heures.

Il existe un lien indéfectible entre le travail réalisé au quotidien par les travailleurs sociaux et les aides familiaux et ménagers. Cette interdépendance est une articulation essentielle à une aide efficace, efficiente et de qualité.

Le mode de financement du personnel d'encadrement oblige les services à réaliser toujours plus de prestations pour recevoir en contrepartie plus de moyens financiers pour rémunérer ce personnel. Cet état des choses n'est pas sans nuire à une certaine qualité des prestations dispensées auprès des bénéficiaires qui voient ainsi se succéder un trop grand nombre de prestataires à leur domicile.

La « démarche qualité » n'a de sens que si toutes les conditions, et particulièrement en terme de subsides alloués, sont réunies afin de permettre au quotidien un travail

de qualité. La « démarche qualité » n'est que l'aboutissement d'un processus qui se construit au fil du temps.

Il me paraît dont urgent de mettre en phase les conditions d'un meilleur financement des services, préalable incontournable et essentiel à la « démarche qualité » que nous souhaitons. »

**c. Intervention de Mme Dominique Van Lierde, présidente de la Fédération des services bruxellois d'aide à domicile**

Cette fédération représente pour la Commission communautaire française, 850 travailleurs, soit 622 équivalents temps plein. C'est donc en terme d'emploi un secteur extrêmement important, d'autant que ses travailleurs (aides familiaux et aides ménagers) ont très souvent un qualification minime, en deçà du diplôme d'humanités secondaires.

La Fédération des services bruxellois d'Aide à domicile (FSB) est favorable aux passerelles entre le social et la santé, et vit au quotidien l'articulation entre ces deux secteurs. La FSB est favorable à une cohérence, voire à une harmonisation des secteurs de l'ambulatoire, à une simplification des formalités et des obligations administratives qui permettrait d'alléger ce volet pour les secteurs de l'aide à domicile.

La FSB est enfin favorable à une qualité dans l'exécution des missions auprès des bénéficiaires.

La FSB se voit toutefois obligée de maintenir un avis défavorable sur le décret ambulatoire et son volet « démarche qualité » dans l'état actuel des textes, et demande que le vote du texte soit retardé.

En effet, cinq mois se sont écoulés depuis l'avis du Conseil d'Etat, suivi du premier avis de la FSB en juin 2008, et au lieu de s'éclaircir au fil des mois, le secteur de l'aide à domicile s'assombrit.

Ainsi l'administration a présenté les projets d'arrêtés aux différentes fédérations mais pas de manière directe au secteur de l'aide à domicile.

Or, le Conseil d'Etat a relevé à juste titre la dysharmonie entre le financement du secteur des soins à domicile (par heure et par prestation d'une catégorie de travailleurs) et celui des autres secteurs. Il y a trop de danger pour les services du secteur des services à domicile de voir le système de financement actuel repris tel quel dans le décret et se voir ainsi figé.

Jusqu'à présent le projet de décret ne donne guère plus à ce secteur, que l'espoir de révision de son mode de financement. En effet, ce secteur de l'aide à domicile est devant des défis extrêmement importants : le vieillissement de la population, le souhait des individus de vivre et de vieillir

chez eux, les séjours hospitaliers qui raccourcissent, les cas nombreux qui relèvent de la psychiatrie.

La volonté politique d'avoir un système de santé performant et la qualité de l'aide à domicile est au centre de tous ces défis, mais aussi au centre de contradictions.

Le secteur des services d'aide à domicile est de plus en plus appelé à devoir mettre au travail des gens qui sont au chômage et à devoir atteindre cet objectif de réinsertion des travailleurs. Face à cela, il existe aussi une volonté de qualité dans le travail et il y est donc très difficile de donner une réponse cohérente à ce double objectif qui présente des aspects contradictoires.

Face à ces contradictions, ces interrogations et ces défis, la FSB estime que le « décret qualité » ne répond pas suffisamment à ses attentes. En effet, même si le secteur tente quotidiennement vers une « démarche qualité », le manque de moyens est évident et son amélioration, à l'heure actuelle, inexistante.

La FSB ne pourrait dès lors pas répondre de manière opportune ni à la demande des usagers ni à celle des services, ni à celle des travailleurs.

**d. Intervention de Mme Anne de Baets, représentante de la section « Aide et soins à domicile », représentant la CNE**

« La CNE, section « Aide et soins à domicile, est d'accord pour le décret qualité car nous le pratiquons déjà sur le terrain avec différents intervenants (toxico, maisons médicales, santé mentale, maisons d'accueil, ONE, ...).

Comment arriver à une qualité, sachant que le subsidie des assistants sociaux est à la prestation et les administratifs à l'heure prestée. Ce qui signifie que le salaire de l'assistant social dépendra du nombre de prestations réalisées sur le terrain, actuellement on arrive à quatre prestations par journée, et les administratives sont subsidiées suivant les heures prestées des aides familiaux et ménagers.

D'où un manque de qualité car le temps de travail des aides sur le terrain est réduit et le temps de déplacement augmente.

Alors comment arriver à mettre en pratique certaines missions des aides au vu du statut; c'est-à-dire rendre l'autonomie des personnes et atteindre un travail de collaboration aussi bien avec la personne aidée qu'avec les autres prestataires et la famille ? Attention, beaucoup de personnes âgées sont isolées sur Bruxelles.

Les autres missions s'en trouveront aussi altérées, à savoir l'insertion dans la vie sociale, la prévention, le rôle éducatif, l'observation, la capacité de repérer et de signaler

les situations à risque, le rôle sanitaire, l'aide relationnelle et l'aide sociale à la vie journalière.

A l'heure actuelle, dans nos services, nous parlons plus du quantitatif que du qualitatif étant donné le mode de subventionnement. Je rajouterais un élément en plus, l'ancienneté des travailleurs est plafonnée à dix ans. Certains services les dépassent. D'ailleurs, en front commun syndical, depuis six ans, nous demandons aux cabinets ministériels la formule de calcul de l'ancienneté réelle et nous sommes toujours sans nouvelle.

En tant qu'assistante sociale depuis vingt-cinq ans dans le service d'aide à domicile, j'ai pu constater que la qualité était plus présente avant 1995 car nous répondions aux besoins des gens et les aides pouvaient réaliser au mieux leurs missions, sans oublier que la durée d'hospitalisation est de moins en moins longue et que nous retrouvons des bénéficiaires au domicile avec une demande plus pointue tels que les alzheimers, les polyhandicapés, les personnes handicapées, les situations psychiatriques, ... et les personnes âgées de plus en plus vieillissantes sur Bruxelles. »

**e. Intervention de M. Michel Kesteman, représentant de la section « Ambulatoire » et des centres d'action sociale globale**

« Je vous remercie de nous avoir invités le 10 décembre puisqu'il rappelle l'enjeu du droit des gens.

Le secteur des centres d'action sociale globale (CASG) se réjouit de la mise en place d'un décret transversal à visée simplificatrice, de nature à sécuriser la perspective de travail où il s'inscrit et de nature à améliorer la collaboration santé/social.

Sur la question sensible de la qualité, le secteur CASG observe qu'il pratique le souci de la qualité et de l'évaluation de l'adaptation de ses pratiques sans toujours disposer des moyens pour en faire un processus permanent reconnu et reconnaissable. Nous le faisons à travers les dispositifs de supervision, d'intervision, d'analyse et d'échange de pratiques. Jusqu'à présent, nous avons dû le financer sur fonds propres.

Nous indiquons quelques soucis au niveau des moyens :

1. le temps requis car la qualité résulte d'un compromis collectif, construit, organisé et voulu ensemble;
2. le financement de ce temps;
3. les résistances au changement et au jugement externe qui peut être désarmé par la fixation par les services eux-mêmes ou en secteur des thèmes analysés et l'orientation vers les indicateurs qualitatifs plutôt que quantitatifs.

Nous indiquons quelques acquis :

1. la participation des usagers dans le cadre des actions collectives et communautaires;
2. l'enrichissement des pratiques collectives d'analyse et d'échange des pratiques en inter-centre ou en réseau;
3. la possibilité de rencontrer un enjeu essentiel (ce pourrait être un item en soi), mettre en œuvre en Région de Bruxelles-Capitale la réalité de l'article 23 de la Constitution sur les droits fondamentaux, s'inscrire dans la lutte contre la dualisation au plan régional en offrant l'accès aux mêmes droits à tous les citoyens, participer au plan d'inclusion sociale qui vise à éradiquer la pauvreté (objectif de millénaire).

Nous sommes attentifs à la qualité sociale pas à la qualité commerciale.

Nous, secteur CASG, soutenons donc ce décret et nous serons attentifs à la mise en place de ses arrêtés d'application. »

**f. Interventions de Mmes Nadine Page et Irma Bozzo, de la délégation syndicale CNE et SETCA du secteur ambulatoire (santé mentale, toxicomanie, planning, maisons médicales et CASG)**

« Les représentants des travailleurs se sont déjà adressés, à plusieurs reprises, aux membres de cette assemblée en leur faisant part des inquiétudes des travailleurs quant aux conséquences que comporte le projet de décret tel qu'il a été présenté. Nous allons ici résumer brièvement les raisons de ces inquiétudes.

Mais tout d'abord, nous souhaitons rappeler ici quelques préalables.

Nous ne nous positionnons pas contre le décret. Au contraire, bien qu'imparfait, nous pensons qu'il a le mérite de solidariser les secteurs de l'ambulatoire en les réunissant dans un même décret. Et cela est une donnée importante. Nous ne reviendrons pas ici une nouvelle fois sur le vif regret que nous ont causé les conditions de sa mise en place : nous n'avons pas retrouvé, en effet, les modalités de concertation constructives dans des délais raisonnables qui ont présidé jusqu'ici à l'élaboration des décrets nous concernant à la Commission communautaire française.

Par ailleurs, nous voulons réaffirmer haut et fort que nous ne refusons pas toute forme d'évaluation, bien au contraire. Elle est nécessaire et essentielle. Nos secteurs l'ont toujours bien compris, eux qui ont évolué avec ce concept. Nous voulons continuer à nous interroger sur les priorités à rencontrer et sur les pratiques que nous mettons en place pour répondre au mieux aux besoins de la population. A

cet égard, nous pensons que le décret, par sa transversalité, peut aider les secteurs dans cette démarche.

Par contre, nous réaffirmons notre opposition à la « démarche qualité » telle qu'elle est reprise au titre IV du décret.

- Le décret veut harmoniser les différentes législations du secteur de l'ambulatoire en les réunissant dans un décret cadre. Mais, tel un lapin sorti du chapeau, la « démarche qualité » est venue s'y greffer, sans tenir compte des méthodes de travail qui avaient été privilégiées jusqu'à présent. Quelle en est la raison ?
- Le label de « *démarche qualité* » renvoie au secteur marchand. Dans ce secteur, il est aisé de mesurer la qualité car nous avons affaire à des produits. Mais dans le non marchand que va-t-on et que peut-on évaluer ? La quantité des prestations ? Nous ne voulons pas d'une méthodologie d'évaluation qui se réfère à des pratiques du secteur marchand.
- Aucune garantie n'est donnée quant aux effets pervers de la « démarche qualité ». La pratique nous montre que la « démarche qualité » mène à des indicateurs de qualité qui finissent par devenir des normes.
- La « démarche qualité » prend le pas sur *les missions* du service qui se voit contraint de déposer un projet de « démarche qualité » sous peine de voir sa subvention retirée.
- Etant donné qu'aucun moyen financier et humain ne sera dégagé, les services vont devoir consacrer un temps de travail important à l'élaboration de la « démarche qualité » au détriment de ses missions premières.
- On nous dit que la « démarche qualité » dans le non marchand n'aura rien à voir avec celle du marchand, mais que néanmoins le terme « « démarche qualité » » est maintenu faute de ne pas avoir trouvé d'autres mots. On ne peut pas croire que pour une simple question de vocabulaire, rien n'a été trouvé comme terme acceptable pour toutes les parties. Pauvre Voltaire !
- Bref, la « *démarche qualité* » est une *coquille vide*, sans définition de critère. On nous demande en fait de signer un chèque en blanc et de cautionner l'hypothétique.

Loin d'améliorer la qualité, elle risque d'organiser le chaos.

Déployons ces arguments :

La « démarche qualité » se distingue d'abord par l'absence d'objectifs clairement définis. L'importance qu'elle va revêtir se lit à ses conséquences plutôt qu'aux moyens qu'on va lui octroyer, lesquels, dès le départ, et de manière récurrente, nous ont été annoncés comme inexistantes. Les

conséquences sont très importantes : il s'agit, ni plus, ni moins, du non-agrément. Ainsi, la « démarche qualité » devient aussi importante que les missions de service public dévolues aux services.

La « démarche qualité » va cependant demander du travail supplémentaire aux équipes et cela, sans moyens disponibles. Dès lors, les travailleurs se verront contraints de délaissé une part de leur temps de travail destiné à remplir leurs missions au profit de la « démarche qualité ». Permettez-nous d'insister lourdement sur cet aspect des choses : la « démarche qualité » va s'imposer comme priorité aux travailleurs de l'ambulatoire, sans aucune réduction de leurs prestations à la population. Dès lors, nous ne voyons pas comment elle peut améliorer les conditions de travail, ni le service à la population.

Certains ont défendu la pertinence de l'installation de la « démarche qualité » dans nos secteurs ambulatoires. Notre lecture est totalement opposée : elle s'appuie sur les nombreux témoignages qui font valoir que la recherche de Qualité aboutit inmanquablement à une forme de quantification des prestations, laquelle bride forcément le travailleur dans son acte. Cette quantification ne nous paraît pas congruente avec ce qui garantit justement la qualité de notre travail, elle s'y oppose plutôt. Ainsi, parmi les exemples qui nous sont parvenus, il s'agira de ne pas faire attendre le patient plus de x minutes, d'effectuer tant de prestations en un temps défini, de répondre au téléphone avant z sonneries. Sans être illégitimes, ces quantifications deviennent des normes qui occupent sans cesse l'attention du travailleur puisque de ces normes dépendent l'agrément, et donc l'emploi.

Une démarche d'auto-évaluation liée à l'agrément du service est biaisée dès le départ.

Les collègues qui ont fait part de ces expériences démontrent d'ailleurs qu'il n'est pas besoin d'un décret pour installer une telle démarche d'auto évaluation du travail.

D'autres formes d'évaluation de notre travail et des besoins de la population que nous rencontrons, nous semblent plus adéquates : elles nécessitent la présence de ces 3 termes : les besoins de la population, les services et les missions qui sont assurés, l'élaboration de politiques prospectives; ajoutons aussi des lieux d'élaboration commune. Nous les appelons de nos vœux. Nous tenons à faire remarquer que la création des réseaux, maintenant arrêtée dans le décret, résulte d'un tel processus et démontre l'inventivité et la capacité de réactivité des secteurs.

La « démarche qualité » telle que proposée par le décret repose sur un choix de thèmes de travail qui seront au final décidés par le Collège. Les travailleurs ne sont pas assurés que les problématiques qui leur semblent importantes seront traitées.



En résumé, les travailleurs sont inquiets : l'installation de cette « démarche qualité », sans définition précise, sans critères clairs, dont la seule certitude est la quantité de travail supplémentaire pour les équipes et la lourdeur du processus administratif qu'elle engage (les membres du Conseil consultatif se demandent s'il ne faut pas prévoir un mandat à mi-temps pour pouvoir remplir leur tâche) leur donne essentiellement le sentiment qu'ils seront soumis à des normes quantitatives ni motivantes, ni pertinentes, bref, qu'ils seront dépossédés des leviers de leur travail.

Les travailleurs demandent donc aux députés francophones bruxellois de ne pas voter la « démarche qualité » et les invitent à négocier les conditions d'une amélioration concertée des services à la population. »

**g. Intervention du Docteur Michel Roland, représentant de la Fédération des maisons médicales**

M. Michel Roland souligne l'accord total de la Fédération des maisons médicales avec le texte rédigé par les deux présidents des sections; texte qui reflète bien l'intensité des débats, leur diversité et la richesse argumentaire respectifs.

L'intervenant veut rappeler la fonction des maisons médicales. Ce secteur porte un soutien critique mais un soutien au texte global du décret. En réalité, les maisons médicales pratiquent déjà des programmes de qualité depuis plusieurs années.

La Fédération des maisons médicales soutient également la volonté manifeste d'harmoniser l'ambulatoire et de travailler dans plus de cohérence transversale. Sa critique va néanmoins au manque de vision politique, d'une part, et au manque de moyens financiers nouveaux pour soutenir la « démarche qualité », d'autre part.

Ces dernières critiques rejoignent celles émises par les opposants au projet de décret mais la Fédération des maisons médicales a décidé de s'inscrire, avec prudence, dans une démarche potentiellement porteuse d'évolution positive pour le secteur ambulatoire.

Le Docteur Michel Roland souhaite revenir à la différence un peu caricaturale qui est mise en avant entre le qualitatif et le quantitatif, en précisant que la qualité est une méthodologie globale adaptée en fonction du contexte local. Des indicateurs peuvent être pris en compte soit de façon quantitative, soit de façon qualitative.

Pour exemple, le temps d'attente dans une salle d'attente ou le nombre de sonneries au téléphone sont d'excellents critères de qualité pour un service d'urgence, alors que ces mêmes critères ne sont pas pertinents lorsqu'il s'agit de prendre un rendez-vous différé.

D'après le Docteur Michel Roland, les méthodologies doivent s'adapter aux circonstances locales, être raisonnées

en fonction d'une cohérence générale et aussi permettre une amélioration de la qualité des soins.

Le terme « qualité » doit rester lié à une notion d'évaluation prospective, ce qui a été souligné dans l'intervention des présidents des deux sections.

**h. Intervention de Mme Marie-Cécile Henriquet, présidente de la Fédération des services de santé mentale bruxellois francophones**

« Il ne nous semble pas utile de redéployer aujourd'hui les arguments sur lesquels notre secteur se base pour exprimer son avis quant à la proposition de décret.

Pour « faire court », nous saluons donc clairement l'initiative de l'élaboration d'un décret cadre pour « l'ambulatoire bruxellois », et la poursuite d'un objectif transversal d'harmonisation des législations, tout en regrettant néanmoins l'aspect minimaliste du texte final, par manque de temps et de concertation.

Spécifiquement, vous savez que notre réticence principale concerne le titre IV, où la méthodologie de la « démarche qualité » est seule évoquée pour mettre en route la nécessaire démarche évaluative dans tous nos secteurs.

En quelques minutes, je voudrais insister sur les trois niveaux d'évaluation qui nous semblent indispensables et pertinents, vous présenter brièvement ce qui existe actuellement dans notre secteur et ce que nous souhaiterions développer avec les autres secteurs.

- Le premier concerne l'organisation et la gestion que chaque service se débrouille pour assurer le mieux possible. Le coordinateur est choisi dans les équipes de base, et assure une fonction de gestion pour laquelle il se forme sur le tas, avec l'aide, dans le meilleur des cas, du médecin directeur et du conseil d'administration. A ce niveau, il s'agit d'évaluer comment chaque service rend très pratiquement possible l'accomplissement des différentes missions décrétales et l'y aider si nécessaire. A notre avis, ceci relève de l'administration de la Commission communautaire française, et spécifiquement, de l'inspection, qui aurait certes besoin d'être renforcée.
- Le second recouvre le fonctionnement des équipes, essentiellement piloté par les directions et les pouvoirs organisateurs. Par fonctionnement, on entend notamment au quotidien tant les réunions dites « institutionnelles », centrées sur les projets, et les moyens humains et organisationnels à mettre en œuvre pour les réaliser, que les réunions dites « cliniques » où il s'agit de mettre en débat les questions posées par les patients aux professionnels et de trouver ensemble, en équipe, comment mettre en place le meilleur dispositif d'aide et de soin possible.

La plupart du temps, les équipes recourent aussi au dispositif de supervision. Supervisions cliniques, où un professionnel extérieur du service, reconnu pour son expérience, vient travailler mensuellement avec l'équipe et met au travail les difficultés posées par la rencontre avec des personnes très fragiles, très « abîmées » par le vie, le contexte social ou géopolitique. Supervisions institutionnelles également où sont plutôt mises au travail les dynamiques d'équipe, les projets, les conflits et tensions, etc.

- Le troisième niveau d'évaluation est certes le plus difficile à assurer et n'est pas actuellement suffisamment actif. Il s'agit en effet de rendre possible et vivante la réflexion sur l'adéquation de nos services aux problématiques sociétales et de santé actuelles.

Il s'agit ici de réfléchir et de voir comment notre secteur dans son ensemble, et pas chaque service pris individuellement, en articulation avec tous les autres secteurs bruxellois, en ce compris l'école, l'aide à la jeunesse et la justice par exemple, peut s'approprier ce qu'on peut appeler « les grandes questions de notre temps ». Il s'agit ici de repérer et problématiser ces questions par une approche que nous tendons à nommer « prospective ».

Prenons trois exemples.

1. les « sans-papiers »;
2. les jeunes en bandes et en décrochage scolaire;
3. les personnes isolées, en perte de lien social, qu'elles soient errantes dans la rue ou au contraire calfeutrées chez elles.

Si nous voulons, dans nos services, assurer à ces personnes l'aide et les soins adéquats et donc soutenir une évolution positive, vous comprendrez qu'il est indispensable de pouvoir repérer tant les processus collectifs en jeu, que la particularité des trajectoires individuelles. Ceci implique donc aussi un croisement des savoirs des différents acteurs concernés : politiques, associatifs et citoyens, dont les usagers eux-mêmes et/ou leurs proches.

A la différence de la « démarche qualité » essentiellement linéaire et déployée en termes d'objectifs, de moyens et de « timing » et soutenue par une « cellule qualité focalisée sur les procédures, nous prôtons donc la mise en place d'une approche dont la méthodologie soit circulaire et continue, maintenant les questions et préoccupations sans cesse ouvertes en en tension, dans un lien étroit « réflexion/action ». Approche que nous souhaiterions soutenue par une « cellule d'accompagnement » qui maintienne en travail continu cette « réflexion/action », créative et souple, indispensable pour une politique de santé de proximité. »

#### **i. Intervention de M. Charles Lejeune, représentant des centres de service social**

M. Charles Lejeune estime que le texte du projet de décret est d'une telle qualité, que le débat sur la « démarche qualité » illustre ce qu'elle est potentiellement capable de produire : une synthèse de la contradiction des secteurs dans leur désir, mêlé de résistance, d'avancer.

M. Lejeune pense que chaque secteur pourrait autant refuser qu'accepter la « démarche qualité », dans la mesure où dans toute idée de réforme, il y a à craindre des changements mais aussi à en souhaiter.

L'intervenant comprend la démarche de refus de certains secteurs, devant certains changements potentiels, mais constate que d'autres secteurs se disent prêts à se mobiliser dans le sens du changement, et notamment celui des centres du service social.

M. Lejeune veut attirer l'attention des commissaires sur quelques points importants.

Qu'en sera-t-il des moyens financiers ? Même si le personnel est généralement en augmentation, il est évident que la mise en place d'une « démarche qualité » ambitieuse doit être accompagnée de moyens adéquats supplémentaires.

L'intervenant souligne ensuite que la région bruxelloise manque d'une vue claire des stratégies générales en matière sociale et de santé. On peut se dire que le projet de décret et la « démarche qualité » qui y est contenue en sont une première étape et sa méthodologie la première tentative d'une méthode transversale. Le projet de décret peut donc être vu comme une reconnaissance des secteurs et une ... symbolique à l'objectif de mieux répondre aux besoins de la population, sans toutefois toucher à l'emploi.

Et cet objectif doit être partagé à la fois par le pouvoir politique, les différents secteurs sociaux et de santé et l'administration.

#### **j. Intervention de Mme Carole Grandjean, représentante des centres de planning familial**

« La position du secteur du planning familial a évolué au fil de ces derniers mois. Elle peut paraître atypique, voire contradictoire, mais elle reflète toute la perplexité du secteur face à ce décret.

La majeure partie du décret (les titres I, II, III et V) représente incontestablement à nos yeux une avancée importante pour nos secteurs. Nos arguments sont largement développés dans la note que nous avons remise au Conseil consultatif, et rejoignent à ce propos eux d'autres secteurs favorables au décret.

Mais évidemment, c'est le titre IV sur la « démarche qualité » qui focalise les divergences d'analyses et de stratégies. Ces divergences se sont exprimées depuis des mois avec force et parfois de manière caricaturale, conduisant – et on ne peut que le regretter – à l'affrontement entre deux « blocs », les tenants du « oui » au nouveau décret et les tenants du « non ».

Cette opposition de vues au niveau des différents secteurs se retrouve aussi au sein des centres de planning. Et en ce sens, la position que nous présentons ici, loin d'être pusillanime, est à la fois complexe et nuancée, intégrant des arguments « pour » et des arguments « contre » et tentant de sortir « par le haut » de cette opposition qui n'en est peut-être pas une.

Il nous semble, en effet, que le problème est mal posé.

Aujourd'hui, l'un dans l'autre, c'est 50/50. Deux blocs s'opposent. Et c'est regrettable. Alors que sur le fond – et comme c'était le cas au sortir des Assises de l'ambulatoire – nous avons la conviction qu'il y a un large consensus dans les secteurs, et en tout cas dans le nôtre, sur la nécessité d'approfondir, systématiser et collectiviser des démarches évaluatives

- qui soutiennent l'adaptation des pratiques aux évolutions de la société et des besoins des usagers;
- qui contribuent à donner sens aux missions;
- qui soient l'occasion aussi de confronter constats et analyses, entre services et secteurs;
- qui soient l'occasion finalement de rassembler sur des objectifs politiques et de relayer nos réflexions et recommandations aux mandataires politiques.

La « démarche qualité » telle que qu'elle est inscrite dans le décret est-elle de nature à aller dans ce sens ? Voilà la question.

Certains en ont la conviction. D'autres, dont nous sommes aujourd'hui (avant d'avoir pensé l'inverse il y a six mois – comme quoi ce n'est pas simple et ça relève un peu du pari) pensent que trop d'incertitudes planent toujours sur le volet « démarche qualité » du projet de décret, notamment sur ses modalités d'application et son accompagnement, sur les moyens qui seront accordés pour sa mise en œuvre et sur la vision politique qui sous-tend l'intégration de cette démarche dans le décret.

Ces incertitudes, faute d'être éclaircies, ne garantissent pas les conditions de « qualité » minimales pour approfondir, systématiser et collectiviser des démarches évaluatives dans nos secteurs. Voire, risquent de freiner le processus.

A cet égard, trois questions sont posées.

- Pourquoi faut-il lier l'agrément à la durée indéterminée à la passation de « conventions qualité » ? Ne peut-on considérer que cet agrément est à lier à la vérification par l'inspection/l'administration du respect de nos missions ?
- L'appellation « démarche qualité » est tellement connotée du sceau de l'idéologie du libéralisme économique ! Ne serait-il pas plus pertinent de trouver des mots qui sont les nôtres, et de parler plutôt, de processus d'évaluation ou d'auto-évaluation des services et de secteurs ? Mais qu'on parle d'évaluation ou de « démarche qualité », on ne pourra faire l'économie de définir d'abord les objectifs politiques poursuivis et l'intégration des missions des secteurs dans ces objectifs; sinon on est dans quelque de technocratique, ce n'est pas finalisé.
- Toutes les expériences qui nous ont été présentées et toutes les lectures que nous avons pu faire attestent du temps et du coût indispensables à la mise en œuvre d'une « démarche qualité » un peu sérieuse dans des institutions ou des services. Or, la Commission communautaire française ne cesse de nous répéter qu'il n'y aura pas un franc pour soutenir ces démarches dans les services. Ne serait-il pas plus sain de tenir compte de ce principe de réalité et de fixer des objectifs en matière d'(auto)évaluation qui tiennent compte des moyens disponibles puisque l'idée d'harmoniser les législations est vue très positivement par le secteur du planning familial, et la plupart des autres secteurs; puisque, aussi, nous continuons à trouver pertinente l'idée de concevoir et mettre en œuvre des processus d'(auto)évaluation de notre travail et que nous trouvons donc utile d'en baliser les conditions minimales.

Mais comme telle dans le décret, la « démarche qualité » ne fait pas consensus entre les secteurs et entre les partenaires sociaux, et pose problème à notre secteur.

Nous suggérons

- de la retirer du projet de décret et qu'elle fasse l'objet de recherches, d'expérimentation et des clarifications préalables nécessaires à son implantation généralisée ultérieure dans nos secteurs et à son appropriation par ces secteurs;
- et, pour éviter de jeter le bébé avec l'eau du bain, ce qui risque de stériliser toute dynamique pour une longue période, d'inclure un amendement au décret actuel : structurer une concertation intersectorielle (et lui donner les moyens) qui contribue à finaliser les missions de chaque secteur dans une cohérence transversale; ceci comme préalable à la mise en œuvre d'une démarche évaluative ou de qualité. »

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) propose aux commissions réunies d'entendre le

rapport de l'administration de la Commission communautaire française.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) se réjouit de cette demande qui avait déjà été faite auparavant par le groupe Ecolo.

Les commissions réunies donnent leur assentiment à la demande du Collège.

**k. Intervention de Mme Sylvie Risopoulos, directrice d'administration, du service des affaires sociales et de la santé de la Commission communautaire française**

« Il est tout à fait évident que l'administration que j'ai l'honneur de représenter, ne se serait pas exprimée sans l'accord des ministres présents, étant donné que nous nous exprimons en qualité de service du Collège. Nous sommes effectivement une part de la voix du Collège et nous sommes, j'insiste, une équipe qui avons travaillé maintenant depuis près de deux ans sur ce décret.

Alors, je voudrais dire d'abord qu'il s'agit bien du décret ambulatoire, et non du décret qualité. C'est très important parce qu'il y a quand même deux cents articles. Nous avons travaillé là-dessus pendant longtemps.

Il y a deux cents articles et ce qui pose problème, à savoir la démarche qualité, ne revêt que six articles. Il ne faut pas non plus penser qu'il n'y a que cela dans ce décret qui est l'aboutissement d'un travail, que vous avez commencé il y a déjà plus de quinze ans en créant les mots « services ambulatoires », en créant un Conseil consultatif avec une section « ambulatoire ». Il y a une volonté depuis très longtemps de joindre d'une certaine façon l'action sociale et la famille et la santé. Cela est essentiel pour comprendre le processus qui est bien sûr imparfait et je crois que tous l'ont dit avec cœur et intelligence.

Je vais rappeler qu'il y a six piliers au décret ambulatoire et qu'il ne faut pas les oublier.

Un de ces piliers est la fusion symbolique des décrets de l'action sociale, de la famille et de la santé, décrets qui existent depuis très longtemps et qui ont tous cheminé d'abord pour être la défense de l'emploi des travailleurs. Le non-marchand repose sur la défense de l'emploi, et sur l'augmentation des moyens salariaux dans tous les services. Nous sommes dans une deuxième étape et c'est vrai que nous ne sommes pas encore au bout. C'est clair qu'il faudra un jour aller beaucoup plus loin en terme de missions de service public, de manière à harmoniser l'ensemble des missions de services publics donnés aux secteurs.

On est dans un « entre-deux » où on va déjà plus loin qu'on allait avant mais pas encore jusqu'au bout. Je n'ai qu'une chose à dire, c'est que la démarche qualité est une

formidable chance pour le secteur dont je comprends les inquiétudes, parce que six articles ce n'est pas beaucoup pour tout ce que cela revêt comme fantasme. C'est une formidable chance de s'exprimer et de porter de façon construite à la fois leur travail et leur réflexion qu'ils font tous les jours.

C'est une formidable chance de faire émerger à la fois leurs besoins, leur travail de tous les jours, les besoins des usagers, leur complexité professionnelle parce qu'il est évident qu'à partir du moment où on aura formalisé cela dans des conventions qualité, je pense que le politique ne pourra plus jamais faire semblant, si d'aventure il le voulait, ou dire qu'il fait l'économie de ne pas l'entendre parce que les moyens financiers ne le permettent pas.

Si je ne prends que la dynamique du coordinateur qui est cher à certain, il est bien évident que quand on aura parlé du coordinateur à travers les rapports sectoriels, intersectoriels, pendant trois ans, et que de cela, je ne vois pas comment le politique à un moment pourrait éviter de le dire et de déposer devant vous, au niveau du budget, une demande qui provienne de l'ensemble du secteur.

Alors aujourd'hui, certes, l'ensemble de ce que vous dites figure dans les rapports d'activités. Bien sûr que c'est relayé et bien sûr que les ministres chaque fois redemandent les moyens. Vous savez très bien que les difficultés budgétaires de la Commission communautaire française ne seront pas tout de suite résolues. Mais je pense qu'avoir un décret où vous êtes tous ensemble, où vous pouvez vous exprimer, où cela donne de la valeur formelle, de la valeur formalisée à l'ensemble de vos revendications, je pense que c'est une chance à saisir à la fois pour le secteur et pour l'ensemble des parlementaires. »

**I. Discussion**

Mme Michèle Carthé (PS) tient à remercier les représentants du Conseil consultatif pour la qualité de leurs interventions.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) remercie également tous les intervenants du Conseil consultatif, qui ont su mettre en avant leurs points de vue communs sur certains aspects du décret : les passerelles entre les différents services et l'objectif de transversalité dans le travail de tous les secteurs concernés.

Pour ce qui concerne la notion de « démarche qualité », telle qu'elle est définie dans le projet de décret, cette commissaire estime que les différences de points de vue ont été clairement exposées, argumentées et nuancées.

L'intervenante souligne également la constance des secteurs qui continuent à soutenir le projet de décret, rappelant la nécessité d'avoir les moyens budgétaires appropriés.

Pour ce qui concerne l'intervention de la représentante de l'administration de la Commission communautaire française, Mme Braeckman se dit très surprise que la direction d'administration des affaires sociales et de la santé de la Commission communautaire française ait fait un plaidoyer pour le projet de décret plutôt qu'une présentation des moyens à mettre en œuvre et des méthodes de travail possibles.

M. Michel Colson (MR), comme les précédents intervenants, se réjouit de la qualité des exposés présentés par les membres du Conseil consultatif.

Ce commissaire souhaite connaître le nombre de personnes travaillant dans le secteur social comme dans le secteur de la santé.

L'intervenant souhaite savoir également si une projection a été faite quant aux moyens humains et financiers nécessaires à la mise en œuvre du décret.

M. Michel Colson (MR) s'étonne qu'une représentante de l'administration de la Commission communautaire française soit invitée par le Collège à exposer son avis personnel sur le projet de décret.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) à son tour remercie les représentants du Conseil consultatif pour la qualité de leurs exposés.

Ce commissaire indique ensuite que dès la lecture du projet de décret, il s'attendait que ce dernier suscite de vives réactions et quelques résistances au changement.

Et l'intervenant estime que l'administration se trouve au cœur de ce dispositif de changement et qu'à ce titre l'intervention de sa représentante est un signe d'adhésion et un signe positif à l'objectif de transversalité du projet de décret.

Pour ce qui concerne les points de vue différents d'une section à l'autre, sur la « démarche qualité » notamment, M. du Bus de Warnaffe pense que le processus doit rester dynamique et qu'il faut prendre la mesure des propos prononcés par chacun, et le cas échéant apporter certains amendements au texte du projet de décret.

En effet, la notion de « démarche qualité » a été déclinée à l'origine pour le secteur marchand. Il est donc important d'adapter au mieux cet objectif d'auto-évaluation aux secteurs social et de santé, tout en respectant le processus de qualité voulu dans le texte proposé par le Collège.

M. Paul Galand (Ecolo) remercie également les représentants du Conseil consultatif et se réjouit que ce soit au sein du parlement qu'ait eu lieu cette rencontre.

Ce commissaire estime que le défi de ce projet est la transversalité et que déjà les deux secteurs (social – santé)

ont commencé à travailler ensemble, à l'image de l'Observatoire qui lui aussi associe les problématiques des deux secteurs confondus. Et l'intervenant insiste sur le fait que ce travail transversal est une dynamique progressive.

S'il est normal que chaque secteur donne son avis propre, l'intervenant estime qu'il faudra trouver un terrain d'entente, quitte à apporter quelques modifications aux articles du projet de décret relatifs à la « démarche qualité », notamment pour répondre aux attentes des centres de planning familial.

Mais il faut également pouvoir compter aussi sur les employés de ces secteurs. En effet, le rôle des pouvoirs organisateurs est, à sons sens, de développer une concertation avec les travailleurs et les syndicats.

En ce qui concerne le financement des politiques sociales et de santé, M. Galand attire l'attention sur le fait que l'harmonisation des deux secteurs ne doit en aucun cas avoir pour conséquence que ce qui doit être couvert par l'assurance maladie-invalidité soit pris en charge par le secteur social et le budget de l'aide aux personnes.

Mme Jacqueline Rousseaux (MR), après avoir remercié les intervenants, souligne que la notion de « démarche qualité » est une notion définie par l'Europe et qui a été mise en place pour les secteurs marchands et non celui des services. Un service est toujours individuel, et le processus de qualité évoqué dans le décret ne doit pas avoir de lien avec le libéralisme économique.

L'intervenante pose la question de savoir si la « démarche qualité » doit avoir un lien avec l'obtention de l'agrément et estime que non dans la mesure où l'attention portée aux patients est plus importante que la rapidité d'intervention. Elle ajoute que le décret ne donne pas d'indication sur la « démarche qualité » et demande aux représentants du Conseil consultatif si les différents secteurs ont eu des contacts avec des collègues d'autres pays à ce sujet.

Mme Fatiha Saïdi (PS), présidente de la commission de la Santé, se joint aux remerciements des autres commissaires et ajoute que les représentants des secteurs concernés ont fourni beaucoup de précisions quant à leur analyse du décret et ont développé clairement leur argumentation et points de vue

Cette commissaire ne ressent pas la résistance au changement qui a été évoquée dans le débat, mais des inquiétudes légitimes et le souci de proposer des alternatives, notamment celle de l'évaluation prospective proposée par Mme Carole Grandjean.

Mme Isabelle Molenberg (MR) se joint également aux remerciements quant à la qualité des interventions mais regrette que le texte du décret soit en discussion en fin de législature dans une certaine précipitation. L'intervenante estime également qu'il y a des manques dans le texte, par

ticulièrement le secteur des personnes handicapées et celui de la cohésion sociale.

Cette commissaire constate que le débat tourne autour de la « démarche qualité » et se demande quelles seront les réactions du Collège à cet égard. En effet, le lien qui existe entre la « démarche qualité » et l'agrément crée la confusion.

Et enfin, l'intervenante pose la question de savoir si le projet de décret pourra équilibrer les moyens qui seront donnés aux deux secteurs que sont le social d'une part et la santé d'autre part.

M. Pierre Schoemann, président de la section « services ambulatoires », qui représente également les employeurs, pense, comme Mme Lucie Degreef, présidente de la section « aide et soins à domicile », qui représente également le milieu syndical, qu'il faut continuer à développer la concertation sociale en région bruxelloise.

L'intervenant estime que la meilleure garantie d'un bon fonctionnement du nouveau décret est de donner une place incontournable aux partenaires sociaux représentatifs des secteurs concernés. Par ailleurs, il faut que les petits secteurs aient également leur représentation syndicale et que soit ainsi garanti un minimum de concertation sur la « démarche qualité ».

Mme Lucie Degreef, présidente de la section « aide et soins à domicile », expose que des rencontres ont déjà eu lieu dans les différents réseaux mais que c'est le lien entre la « démarche qualité » et l'agrément qui pose problème. Elle insiste sur le fait que beaucoup de bénéficiaires des services sociaux sont des personnes vieillissantes et/ou isolées et qu'il ne faudrait pas les brusquer par un timing trop serré. L'intervenante termine néanmoins en marquant son accord à la « démarche qualité ».

M. Charles Lejeune, représentant du centre de service social, insiste sur le fait que le projet s'inscrit dans une logique non-marchande et dans une philosophie de mise en débat méthodologique, comme le faisait le texte final issu des Assises de l'ambulatorio.

L'intervenant estime que pour une meilleure « démarche qualité » il faudrait un mi-temps de plus pour chaque association. Il pense donc que le minimum à faire pour optimiser la qualité serait d'investir dans la « démarche qualité » (et notamment dans la coordination entre les différents secteurs) autant que ce qui avait été investi dans les Assises de l'ambulatorio.

Mme Marie-Cécile Henriquet, présidente de la Fédération des services de santé mentale bruxellois francophones, pour répondre à la question posée sur la concertation avec des collègues non bruxellois, informe les commissaires qu'il y a eu des rencontres avec les collègues néerlandophones

qui sont déjà rentrés dans le processus et qui en dénoncent les dérives.

Sur le thème de l'accueil, un des indicateurs pris en compte est le nombre de jours qui se déroulent entre le premier appel et le premier face-à-face. Mais aucun indicateur ne tient compte du travail effectué entre ces deux moments. Et c'est ainsi que l'indicateur se transforme rapidement en norme.

La moyenne du nombre de consultations effectuées étant de onze pour un mi-temps et de vingt-quatre pour un temps plein, ces chiffres ont aujourd'hui été transformés en normes. D'après l'intervenante, cette moyenne, créée dans la flexibilité, aura un effet contreproductif si elle est érigée en norme.

S'il faut avancer vers une « démarche qualité » et vers l'évaluation, il n'en reste pas moins que l'agrément doit rester lié aux missions. Et la « démarche qualité » n'est pas la seule.

Mme Irma Bozzo, rappelle que la convention collective de travail cadre le mode de concertation sociale et non la « démarche qualité ». Pour le reste, dix thèmes seront choisis par les responsables des fédérations et le Collège.

M. Michel Roland, représentant des maisons médicales, expose que dans la notion de soin, il y a une notion d'évaluation. Elle y est inhérente.

Chaque maison médicale est inscrite dans un processus de qualité dans le cadre de la fédération qui la soutient. Toutes les maisons médicales ont des groupes de réflexion et des échanges peuvent se faire entre elles.

Cette méthode de travail est basée sur un modèle européen, lui-même basé sur le rôle du médecin de famille. Ce modèle se porte en faux contre le modèle marchand.

L'intervenant ajoute que le « carnet de bord » a également été créé pour développer la qualité des soins.

Il insiste cependant sur le fait qu'un processus de qualité n'est jamais linéaire mais qu'il est toujours dynamique et qu'il se développe aussi avec les patients.

Mme Carole Grandjean, représentante des centres de planning familial, estime que le contenu de la « démarche qualité » n'est pas abouti et qu'il n'existe dès lors pas de consensus ni dans le secteur de l'aide à domicile, ni entre les différents secteurs de l'action sociale et de la santé.

L'intervenante insiste pour que le débat méthodologique soit précédé d'un débat sur le sens et d'un débat politique, et pour que le texte du projet actuel soit amendé dans le sens d'une demande de structuration de la « démarche qualité ». Il faut prendre le temps de considérer les éléments qui rassemblent les différents secteurs, ce qui se dégage des Assises de l'ambulatorio.

M. Michel Colson (MR) remarque que toutes les parties présentes à cette réunion des commissions réunies se réjouissent de la qualité des débats qui y ont lieu. Il estime dès lors que si la majorité accepte d'amender le texte du projet de décret, la discussion aura porté ses fruits.

M. Benoît Cerexhe (ministre-président, en charge de la Santé) remercie tous les intervenants pour la qualité des interventions et les ouvertures proposées vers des pistes nouvelles.

Le ministre-président fait néanmoins remarquer que le Collège ne souhaite pas agir dans la précipitation ni avant qu'un consensus ne se dégage du secteur.

Il ajoute encore que ce projet de décret est l'aboutissement d'un long processus qui avait commencé durant la législature précédente mais qui n'a été mis en œuvre que durant cette dernière législature. Chacun doit prendre encore un peu de temps pour réfléchir aux différentes pistes possibles.

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) se dit d'accord avec son collègue, en charge de la Santé. Le Collège ne veut pas voir se créer deux « blocs », le social d'un côté et la santé de l'autre. Il a en effet constaté que la pierre d'achoppement est la « démarche qualité » et que c'est donc sur cette base que la réflexion devra être approfondie.

Le ministre fait également remarquer que travailler ensemble comme l'ont fait les deux ministres et les deux secteurs concernés, a demandé du temps et en exigera encore.

M. Paul Galand (Ecolo) souligne également ce travail commun. Il ajoute que pouvoir tenir un débat avec les deux commissions réunies, en présence des deux ministres responsables des deux secteurs concernés est une avancée très positive.

M. Pierre Schoemann, président de la section « services ambulatoires », rappelle à cet égard que les deux sections ont remis un avis globalement favorable au projet de décret.

Mme Lucie Degreef, présidente de la section « aide et soins à domicile », remercie les députés et les ministres pour leur écoute et pour le travail commun qui a été réalisé également sur le terrain, au plus grand bénéfice des bénéficiaires des associations actives en matières sociale et de santé.

## Réunion du 21 janvier 2009

### 5. Discussion générale (suite)

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) présente aux membres des commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé une déclaration de synthèse

donnant suite aux auditions du 10 décembre dernier. A ce titre, les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir tiennent à faire part de leurs réactions et de leurs nouvelles propositions amendant le texte initial de ce projet de décret.

Le ministre-président souligne en premier lieu la qualité des interventions entendues. Cette qualité démontre que le projet déposé a suscité des débats « légitimes et importants ». Certes, il n'est pas aisé de dégager un consensus global lorsqu'on souhaite renforcer les synergies entre des secteurs différents et proches à la fois. Néanmoins, les ministres ont la conviction que, moyennant des améliorations et des éclaircissements que le travail parlementaire apportera, le décret ambulatoire en projet offre de véritables perspectives positives pour l'ensemble des acteurs de l'ambulatoire : bénéficiaires, travailleurs, administration, secteurs proches.

Les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir ont constaté avec satisfaction le fait que l'ensemble des secteurs se retrouvaient dans l'intervention des présidents des deux sections du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé. Cette adhésion est la démonstration qu'une parole à la fois plurielle et cohérente peut se dégager des débats entre acteurs. Selon ces ministres, l'exercice proposé a permis de rendre plus lisibles les adhésions ou les résistances par rapport au projet politique proposé. Les ministres tiennent à remercier, une nouvelle fois, l'ensemble des membres du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé et plus particulièrement leurs présidents des sections « ambulatoires » et « aide et soins à domicile » pour l'important travail qu'ils ont réalisé.

De manière générale, il apparaît aux yeux des ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir qu'un accord global sur les titres 1, 2, 3 et 5 du projet de décret se dégage. Les intervenants lors des auditions ont souligné les avancées que ces 193 articles sur 202 représentent. Il ne faudrait pas oublier que la portée de ce projet de décret dépasse de loin la question de la « démarche qualité. »

Le ministre-président Benoît Cerexhe énumère et commente les éléments positifs qui ont été rapportés par les différents intervenants.

- Le travail d'harmonisation des définitions, normes et conditions d'agrément offre un cadre commun qui, tout en préservant les spécificités de chaque secteur, encourage l'articulation entre les services des différents secteurs et améliore les conditions de leurs collaborations.
- La simplification administrative opérée permet une lecture plus claire des dispositions et allège le travail administratif tant des services actuellement agréés que des services qui demanderaient un agrément, la procédure d'agrément ayant été simplifiée.

- La logique de programmation basée sur des critères objectifs et quantifiables est également saluée.
- L'agrément à durée indéterminée représente une avancée appréciable en termes de simplification administrative mais également parce qu'il offre une plus grande stabilité dans la vie de l'association.
- L'intégration des réseaux dans l'arsenal décretaal assure une stabilisation de ceux-ci. L'ouverture des réseaux à des promoteurs issus du secteur social complète avantageusement les efforts déployés en faveur du renforcement des liens entre le social et la santé.
- Les conditions d'un meilleur financement des services d'aide à domicile agréés constituent un préalable incontournable clairement exprimé par les représentants du secteur. Les futurs arrêtés d'application devraient permettre des avancées dans le mode de financement de ces services.

Selon le ministre-président, les titres 1, 2, 3 et 5 du projet de décret ne doivent pas faire l'objet de modifications importantes. Les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir proposeront néanmoins quelques ajustements techniques du texte lors de l'examen des différents articles.

C'est donc le titre 4 du décret qui a fait l'objet des plus nombreuses remarques et des plus nombreux commentaires.

Il faut, tout d'abord, relever que les sections « ambulatoire » et « aide et soins à domicile » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé ont donné un avis globalement positif, y compris à propos de la « démarche qualité ». Deux secteurs s'y opposent ainsi qu'une partie importante des représentants de travailleurs. Dix secteurs sont donc majoritairement favorables à ce projet.

Les opposants s'inquiètent de savoir à quoi va servir la « démarche qualité », que sera-t-il fait des résultats qui en sortiront, quelles seront les méthodologies utilisées, quel sera la mode d'accompagnement ?

M. le ministre-président leur répond tout d'abord que la démarche, telle qu'elle est proposée, n'est en rien un processus de contrôle qui ne dit pas son nom. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle les ministres ont voulu distinguer strictement l'accompagnement de la « démarche qualité » des procédures d'inspection et de contrôle administratif. La cellule « qualité » chargée de l'accompagnement au départ de l'administration sera ainsi distincte des services d'inspection et des services gestionnaires. Le profil de fonction des agents affectés à cette tâche précisera l'étendue et les limites des missions qui leur seront confiées.

Ceux-ci seront amenés à développer une expertise en matière d'accompagnement méthodologique d'évaluation

qualitative et de projet. Il sera demandé à ces agents de maîtriser une large diversité de méthodologies à proposer plutôt que de s'affilier à une méthode en particulier. En effet, les associations elles-mêmes seront les auteurs des projets qualifiés qu'elles déposeront. Les services seront les maîtres d'oeuvre, y compris sur le plan méthodologique, des « démarches qualité » qu'elles entameront. Les agents de l'administration qui seront chargés d'accompagner les « démarches qualité » seront donc amenés à proposer aux associations une diversité de méthodes adaptées à la diversité des situations. La volonté du Collège de ne pas imposer de méthode d'évaluation particulière, de ne pas définir a priori de critères d'évaluation a probablement suscité quelques motifs de résistance. Les ministres pensent que les services eux-mêmes auront à cœur de construire, voire d'inventer, les critères et modes d'évaluation qui leur conviennent le mieux et qui s'adaptent le mieux aux réalités de terrain qu'ils connaissent.

Si les ministres avaient désigné *a priori* et de manière trop générale des critères et des modes d'évaluation précis, on serait passé à côté du sujet en réduisant la diversité des situations à des critères généralisables, ce que les ministres ont voulu éviter préférant laisser la place au déploiement des méthodes de travail en vigueur dans chaque association et dans chaque secteur.

Comme cela a été souligné par plusieurs intervenants, l'utilité du dispositif proposé est double. M. le ministre-président cite : « *deux fonctions sont reconnues au dispositif proposé. D'une part, une fonction interne, définir et affirmer des critères de qualité propres aux secteurs, c'est-à-dire, en fin de compte, avoir davantage prise sur le sens du travail; d'autre part, une fonction externe, affirmer la place centrale de l'associatif non marchand, et construire un référentiel de qualité en concertation avec les pouvoirs publics* ». Pour dire les choses autrement, les ministres disent que tout processus d'évaluation est une occasion de s'interroger sur les priorités à rencontrer et sur les pratiques mises en place pour répondre au mieux aux besoins de la population. Les associations réalisent, dans une très large majorité des cas, de telles démarches. Les reconnaître et les encourager est non seulement légitime mais également pertinent sur le plan démocratique.

Pour sa part, M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) ajoute que donner de la publicité à ces démarches d'évaluation qualitative permet de donner un sens plus collectif aux efforts consentis par chaque association. Comme le ministre-président, il souhaite créer les conditions pour qu'un agenda de progrès partagé soit mis sur pied. C'est la raison pour laquelle les associations sont invitées à choisir les thèmes sur lesquels elles travailleront dans une liste fermée de propositions. Le nombre de thèmes à choisir ainsi que la taille de la liste de thèmes propres à chaque secteur pourraient évoluer. C'est pourquoi les ministres proposent de renvoyer la détermination de ces nombres aux arrêtés d'application. Le texte devra être modifié en conséquence. Il est à noter, par ailleurs, que ce sont



bien les secteurs eux-mêmes qui déterminent cet agenda de progrès puisqu'ils sont à la manoeuvre pour proposer les thèmes à travailler. Le fait que ce sont les associations qui proposent puis choisissent les thèmes à travailler, le fait que ce sont les associations elles-mêmes qui déterminent les méthodes d'évaluation à mettre en oeuvre distingue radicalement le projet proposé des exemples qui ont été cités par certains intervenants. En effet, dans le cas de ces exemples, les thèmes de travail ainsi que les modes d'évaluation sont imposés « du dessus », ce que veulent éviter les ministres en demandant aux associations d'identifier elles-mêmes les thèmes qui leur sont proches et pertinents et en les invitant à adopter des méthodes qui conviennent à leur taille et à leurs spécificités. Ceci constitue, selon les ministres, un garde-fou pour éviter toute dérive bureaucratique ou glissement vers l'émergence de normes quantitatives. Les vecteurs et finalités du progrès souhaité concernent, comme un des intervenants le soulignait, les nouveaux moyens d'évaluer et d'améliorer l'utilisation des ressources mises en oeuvre pour répondre à la demande et aux besoins des personnes qui s'adressent à nos services. Les valeurs propres aux différents secteurs peuvent et doivent donc trouver leur place dans l'élaboration des projets qualités.

Les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir récusent l'affirmation selon laquelle la « démarche qualité » prend le pas sur les missions du service. En quoi entreprendre une réflexion sur ses pratiques et sur l'adéquation de ces pratiques aux besoins de la population et aux moyens dont on dispose, distrairait des missions qui sont confiées aux associations ?

Le décret précise d'ailleurs que les thèmes devront être choisis en lien avec les missions propres à chaque secteur. La « démarche qualité » ne supprime pas les missions assignées à chaque service. Elle n'est qu'un dispositif complémentaire et articulé aux missions.

Au regard de toutes les garanties et garde-fous mis en place, entre autres sur le plan du contrôle syndical de la participation des travailleurs, l'obligation de mener une démarche qualité est loin d'être déplacée. Les ministres pensent ici au protocole d'accord négocié avec les représentants des employeurs et des travailleurs, protocole qui devrait déboucher sur la conclusion d'une convention collective de travail élargissant la compétence de la délégation syndicale inter-centres à l'ensemble des associations et précisant les modalités de concertation des travailleurs dans le cadre de la « démarche qualité », y compris en cas de dysfonctionnement. Le protocole d'accord tripartite en projet précise d'ailleurs que le Collège s'engage à financer, avant juin 2009, une étude sur l'application de la loi relative au bien-être des travailleurs dans les services agréés ambulatoires. A cet égard, les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir annoncent que le Collège a déjà décidé de financer cette étude. Celle-ci devrait démarrer tout prochainement.

Par contre, ils comprennent que le nom même de la démarche qu'ils proposent soit ressenti de manière négative

ou connotée. Mais les ministres tiennent à se démarquer bien évidemment des procédures d'évaluation propres au secteur marchand ou à des dispositifs de certification normalisant. Ils sont d'ailleurs tout à fait favorables à des propositions d'amendement du nom de cette démarche.

Les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir ont également été sensibles aux craintes des différents intervenants quant à l'absence de moyens financiers ou humains qui permettraient aux services de consacrer le temps de travail nécessaire à l'élaboration des projets qualités. Aussi, ils s'engagent à dégager des moyens financiers venant soutenir le travail consacré à l'élaboration des projets. Une enveloppe forfaitaire pourra être libérée au bénéfice des associations qui élaborent leur projet « qualité », soit une enveloppe que les associations recevront l'année au cours de laquelle elles déposent leur projet, à charge pour chacune d'entre elles, de déterminer l'affectation précise de cette somme devant, *in fine*, bénéficier, d'une manière ou d'une autre, aux travailleurs. On peut aisément imaginer que plusieurs associations mettent en commun tout ou partie de ces moyens nouveaux pour, par exemple, organiser ensemble des démarches au sein de chaque secteur et avec les autres secteurs. Contrairement à ce qui a été affirmé parfois, d'autres moyens seront consacrés à la mise en oeuvre de ce projet. Ainsi, en plus de l'étude sur le bien-être des travailleurs évoquée précédemment, des moyens humains seront dégagés au niveau de l'administration pour la constitution de la cellule qualité. Il s'agira d'une équipe de trois équivalents temps plein. Pour cela, les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir souhaitent réorganiser les services sociaux et de santé en affectant deux agents actuellement en place et en procédant à l'engagement d'un agent supplémentaire. La cellule « qualité » apparaît d'ailleurs dans la nouvelle organisation des services du Collège actuellement en discussion avec les syndicats de la fonction publique. La formation des agents désignés pour faire partie de la cellule qualité sera également financée.

Enfin, une grande importance sera réservée aux rapports sectoriels et intersectoriels qui proposeront une analyse transversale des projets élaborés. Les ministres pensent, en effet, que ces rapports – qui pourraient utilement s'appuyer aussi sur les rapports d'activités visant plus largement l'ensemble de la vie de l'association – constitueront des outils particulièrement utiles pour l'élaboration des politiques socio-sanitaires dans la Région. Ces rapports permettront non seulement l'échange de bonnes pratiques mais ils enrichiront utilement les débats politiques.

On disposera ainsi, d'une part, des outils de référence tels que ceux proposés, par exemple, par l'Observatoire du social et de la santé, qui décrivent l'évolution de la situation socio-sanitaire à Bruxelles et, d'autre part, d'une synthèse des réflexions et actions menées sur le terrain pour rencontrer ces situations. Les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir souhaitent d'ailleurs que ces rapports soient communiqués à l'ensemble des services, au Conseil consultatif bruxellois

francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé et au Parlement francophone bruxellois.

Les ministres Benoît Cerexhe et Emir Kir concluent que le processus qui arrive prochainement à son terme à l'occasion de ces travaux parlementaires, aura permis avec le concours de tous les acteurs – et ils insistent sur cette dimension – de construire un outil législatif qui offre de véritables perspectives de progrès pour les secteurs dont les ministres ont la charge. Les ministres sont convaincus que, moyennant les améliorations que l'on apportera au texte, les nombreux débats que ce projet aura suscités porteront des fruits qui bénéficieront à la population francophone bruxelloise et créeront les conditions d'un service au public porteur des valeurs de solidarité qui font la force d'une société.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, souhaite que l'on sache que le souhait du groupe MR n'est pas de se laisser enfermer dans une logique stérile majorité/opposition mais de s'inscrire dans une démarche constructive d'autant plus que les représentants du Conseil consultatif bruxellois de l'Aide aux personnes et de la Santé ainsi que ceux des secteurs sociaux et de santé auditionnés le 10 décembre dernier, ont très démocratiquement exprimé leurs vues sur ce projet de décret.

M. Colson constate avec satisfaction qu'après cette série d'auditions, le Collège a su réagir positivement, en particulier en ce qui concerne le titre IV, dénommé jusque-là « démarche qualité ».

Certes, dès le départ, le projet de décret comportait des avancées intéressantes dont celle consistant en la fusion en un seul texte du contenu de nombreux décrets préexistants.

M. Colson se réjouit donc de l'harmonisation des procédures administratives relevant de l'action sociale, de la famille et de la santé et ce, même si certains secteurs regrettent l'insuffisance de finalisation des objectifs politiques du projet de décret. Ainsi, le texte ne définit pas les finalités d'une politique sociale et de santé ambulatoire pas plus que l'organisation de l'offre des services et son articulation tant avec le terrain communautaire qu'avec les milieux spécialisés et encore moins les bases sur lesquelles les missions historiques des différents secteurs vont éventuellement trouver une complémentarité cohérente.

Néanmoins, M. Colson salue la reconnaissance de la pratique des réseaux, préexistant sous la forme d'initiatives dans le domaine de la santé sous le ministère de Didier Gosuin. Le projet de décret permet donc de passer au stade de l'agrément pour trois ans renouvelables ouvrant, s'il échet, la voie à une solution structurelle permettant le maintien de l'outil ainsi développé.

Troisième motif de satisfaction pour M. Colson, celui de la programmation qui ne sera plus uniquement basée sur

des critères de disponibilités budgétaires mais en fonction de critères géographiques, sociologiques, etc.

M. Colson se montre toutefois plus sceptique sur les deux points suivants. Il s'agit d'abord de la simplification administrative et de l'agrément à durée indéterminée. La volonté de simplification administrative figure bien dans le texte mais d'aucuns craignent que celle-ci ne soit pas au rendez-vous. On verra ce qu'il en est exactement dans la mesure notamment où le concept de « démarché qualité » est remplacé par celui de démarche d'auto-évaluation qualitative.

L'agrément à durée indéterminée peut apparaître comme positif même s'il est assorti d'une démarche d'évaluation sur une période de trois ans qui conditionne l'agrément.

Par ailleurs, la « démarché qualité » posait, selon M. Colson, un problème de terminologie. Donc, malgré le changement d'appellation, il n'en reste pas moins que des questions demeurent. M. Colson les posera lors de l'examen des articles.

A propos du remaniement du titre IV – « Démarche qualité » qui deviendrait démarche d'évaluation qualitative, M. Colson souhaite savoir si le Collège a consulté le Conseil consultatif et les secteurs concernés, ne fût-ce que pour avoir des garanties sur cette modification du titre IV et du contenu des articles 169 à 177, autrement dit, M. Colson demande si les amendements déposés par la majorité vont être une source d'apaisement pour les secteurs qui avaient exprimé leurs inquiétudes lors des auditions.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH), au nom de son groupe, remercie les ministres pour les réponses données à la suite des auditions de décembre dernier.

Sans reprendre, ni développer la trame même du texte qui a déjà fait l'objet d'un exposé par les ministres Emir Kir et Benoît Cerexhe, M. du Bus de Warnaffe souhaite mettre en avant quelques éléments qui lui semblent fondamentaux et qui font de l'examen de ce décret un moment-clé dans l'histoire des services ambulatoires des secteurs de la santé et du social en région bruxelloise.

L'ambulatoire bruxellois a joué un rôle pionnier depuis la fin des années '80 dans la Région, bousculant par là des pratiques fondées sur des modèles éculés et souvent déshumanisants.

Le premier élément à souligner est l'originalité même de la démarche qui rassemble les deux secteurs dans une même dynamique, dans une même logique, répondant par là aux vœux tant de fois exprimés par les nombreux professionnels qui connaissent toute la complexité de la réalité bruxelloise. Cet élément a été répété à maintes reprises par plusieurs intervenants lors des auditions menées début décembre, des intervenants qui ont rappelé combien les secteurs du social et de la santé s'imbriquaient chaque jour

davantage dans leurs enjeux et dans la complémentarité de leurs pratiques. Pour reprendre un exemple évoqué, celui de l'évolution de la durée de séjour en milieu hospitalier, une durée de séjour qui diminue toujours davantage avec pour conséquence une augmentation du nombre des personnes dépendantes à domicile, ce qui fonde toute la pertinence de la démarche ambulatoire.

Autre élément, la fusion des décrets telle que proposée répond de façon réaliste et opportune à une volonté de simplification et de rationalisation administrative. Pas moins de treize dispositions décrétales font l'objet d'une réelle harmonisation. C'est trop rare en ce pays d'inflation législative pour ne pas être souligné. Les personnes auditionnées ne se sont pas privées de le faire non plus.

Dans la foulée de cette harmonisation, qui n'ébranle en rien le fondement de chacun des secteurs, on épinglera également l'introduction de l'agrément à durée indéterminée. Un processus qui rompt de façon drastique avec les anciennes procédures à la fois chronophages, énergivores, répétitives et sources d'inquiétude pour les équipes qui pourront envisager désormais l'avenir avec davantage de sérénité. M. du Bus de Warnaffe estime qu'il s'agit d'un réel progrès.

A propos de la « démarche qualité » qui a déjà nourri de très intéressants débats, M. du Bus de Warnaffe tient à dire qu'il a soutenu radicalement cette démarche dans sa version initiale pour la simple raison qu'elle donnait aux services eux-mêmes l'occasion à la fois de formaliser et d'être reconnu dans les processus très riches d'évaluation et plus particulièrement d'auto-évaluation. M. du Bus de Warnaffe est persuadé de l'excellence de cet objectif qui sera le garant d'évolutions très intéressantes dans les pratiques professionnelles.

A cet égard, M. du Bus de Warnaffe souligne que les pratiques d'évaluation contiennent des enjeux démocratiques d'une grande ampleur. Pour trois raisons. D'abord parce qu'elles sont porteuses de sens en ce qu'elles prennent ancrage dans le vécu, dans l'expérience professionnelle, ensuite parce qu'elles ouvrent la porte aux perspectives d'évolution et d'adaptation dans le respect de l'historique des services, enfin parce qu'elles placent et reconnaissent l'individu dans un système d'interaction et d'interdépendance. Ces pratiques sont donc également porteuses de solidarité.

On ne peut ignorer que les pratiques d'évaluation ne peuvent se départir de la perception d'une forme de jugement. Et elles « flirtent » dès lors avec le pouvoir. Cette réalité est un élément qu'il convient précisément de transcender pour affirmer son autonomie. L'auto-évaluation répond à cet écueil.

Et donc, autonomie, reconnaissance, respect et évolution des pratiques et solidarité sont au cœur même des processus d'évaluation centrés sur l'auto-évaluation.

Dans ce contexte, M. du Bus de Warnaffe dit avoir d'abord été très surpris de la levée de boucliers, même partielle, quant à cette « démarche qualité ». C'est donc avec un intérêt réel que plusieurs rencontres ont été organisées et qu'il a été permis de comprendre les fondements des critiques formulées mais ce n'est pas pour autant que toutes lui semblent fondées. S'il est bien un vocable dont on a pu admettre toute la limite, c'est bien celui de « qualité ». Paradoxe des paradoxes, la « qualité » est décriée par ceux-là même qui l'ont sans doute le mieux intégrée dans leurs pratiques. Il est vrai que la démarche qualité s'est vue instrumentalisée par le secteur économique pour en faire un des ferments de la productivité. Et par les temps qui courent, on ne peut pas dire que les multiples démarches et labels qualité si chers aux multinationales et aux grands groupes financiers ont démontré la pertinence de leur sémantique objet. La « démarche qualité » se voit donc entachée par ce qu'elle était précisément sensée combattre : la perte de confiance. Il fallait le reconnaître.

Il convenait donc d'en revenir à une appellation à la fois plus conforme à la réalité de l'objectif et du processus visé : l'évaluation. Ce qui permet de proposer l'expression de démarche d'évaluation qualitative en lieu et place de « démarche qualité ». L'ensemble du chapitre sera adapté en conséquence.

Autre reproche formulé, le processus d'auto-évaluation est un artifice du pouvoir qui ne permet plus d'identifier clairement les rôles, les missions et les fonctions de chacun, à savoir ceux de l'inspection et de l'administration. Il s'agit en l'occurrence d'un mauvais procès. L'avenir dira ce qu'il en est puisque rien n'empêche, à terme, une évaluation de l'application du décret. Les députés de la majorité ont cependant tenu à rencontrer une partie de cette objection en établissant un distinguo entre la personne chargée de l'accompagnement du processus d'auto-évaluation et celle chargée de l'inspection. Il n'y aura plus de double casquette et donc de risque de confusion de genre, une pratique qui ouvre très rapidement la porte à l'arbitraire.

Il a également été bien entendu les craintes relatives à la carence des moyens pour mener des évaluations dignes de ce nom, raison pour laquelle il faut insister sur le fait que l'évaluation est menée à la fois en fonction des ressources disponibles et que les améliorations résultant de l'évaluation doivent répondre au principe de réalité des ressources humaines, financières et logistiques. Ce qui ne veut pas dire que les revendications financières devront rester définitivement lettre morte. Mais il convient de rester réaliste.

Lors des auditions, plusieurs intervenants ont rappelé les différences de statuts de personnel en vigueur dans certains secteurs. M. du Bus de Warnaffe engage les autorités ministérielles à prendre largement en considération l'appel qui leur a été lancé.

La question des réseaux a été également évoquée. Un des éléments majeurs du décret répond à la volonté tant

de fois exprimée de poursuivre le soutien aux logiques de réseau.

Pour toutes ces raisons, le cdH par la voix de M. du Bus de Warnaffe estime que le travail produit par les deux ministres concernés ainsi que les réactions qu'elles ont suscitées témoignent d'une attention majeure et d'une conscience aiguë à l'égard des enjeux du social et de la santé. Ce travail permettra de renforcer l'adéquation des différents services aux problématiques actuelles de la santé et du social, pour un meilleur bien-être des Bruxellois.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo), rapporteuse, tient que le projet de décret est un texte intéressant car il appose des textes législatifs qui ont le mérite de jeter une passerelle entre le social et la santé, ce qui permet plus de cohérence, plus de transparence, plus de collaboration, plus d'articulation.

Mme Braeckman souligne les faits importants que sont, d'une part, l'introduction de l'agrément à durée indéterminée qui participe à la simplification administrative et, d'autre part, la reconnaissance des réseaux.

Bien sûr, ce décret ne mettra pas un point final à une réflexion sur une politique de santé publique qui doit encore avoir lieu.

A propos du titre IV, « démarche qualité », pour Mme Braeckman, elle reste une référence au monde marchand au point de crispier nombre d'acteurs du social et de la santé. La réflexion a permis de recadrer cette démarche qui est désormais conçue comme une démarche d'auto-évaluation permettant un partage qualitatif.

Cette démarche sera un moyen de réfléchir sur les pratiques et d'engager des débats sur les freins, sur les leviers, dans le travail social et de santé; un débat pour faire évoluer l'adéquation des compétences collectives et individuelles par rapport aux attentes et aux besoins des usagers, tout en veillant à ne pas mêler l'évaluation des pratiques et celle de la gestion.

Ce travail, certes ambitieux, a pour finalité, d'en faire bénéficier tous les acteurs. Il convient toutefois de veiller à ce qu'il n'y ait aucune imposition par l'administration ou par l'autorité publique de thèmes ou de critères d'indicateurs, et qu'il n'y ait aucune ingérence dans le lien entre le thérapeute – *lato sensu* –, et son patient.

Malgré le changement d'appellation et de référence, il n'en reste pas moins une difficulté liée au fait que la démarche d'auto-évaluation qualitative entraînera une surcharge de travail. Les ministres en sont bien conscients car ils essayent de pallier ce surcroît de travail par la mise à disposition d'une enveloppe qui faute d'autre précision, suscite encore quelques questions. Bien sûr, vu la situation financière de la Commission communautaire française, il ne faut pas s'attendre à une improbable largesse.

Mme Braeckman est d'avis que l'idée de collectiviser le travail est une réponse intéressante. L'associatif a suffisamment d'énergie et de sens de l'initiative que pour trouver des moyens pour réduire la charge au minimum tout en préservant la qualité.

En ce qui concerne l'administration, Mme Braeckman rappelle qu'on avait pu l'entendre lors des auditions sans savoir quels moyens permettraient d'accompagner la démarche d'auto-évaluation ? Dès lors, informée que cette mission est gratifiée de la décision d'adjoindre trois ETP (équivalents temps plein), Mme Braeckman se réjouit de la création sur cette base d'une cellule au sein du service social/santé réorganisé.

Mme Braeckman regrette toutefois que l'on oublie une partie du secteur associatif à savoir l'associatif d'« initiatives ». Alors que d'une certaine manière puisqu'on offre aux associations décrétales un agrément à durée indéterminée, il aurait été intéressant, dans cet élan, d'amener les « initiatives » sous un meilleur régime. Car, comme chacun le sait, les « initiatives » font toujours l'objet d'un précaire subventionnement annuel. Mme Braeckman rappelle, qu'à cet égard, une ordonnance régionale bruxelloise prévoit cette forme plus attractive de subventionnement.

Mme Fatiha Saïdi (PS) remercie les personnes auditionnées le 10 décembre d'avoir fait connaître leurs appréhensions par rapport au projet de décret, souvent tout en confortant l'idée que celui-ci répond à une véritable demande puisqu'il apporte une avancée positive sur le terrain tant vis-à-vis de la qualité des services offerts à nos citoyens qu'en termes de bien-être des acteurs sociaux. Autrement dit, si le projet de décret suscite beaucoup d'espoirs, il n'en est pas moins vrai que nombre de craintes ont été exprimées et plus précisément en regard de la « démarche qualité ».

Mme Saïdi salue donc l'effort et la volonté des ministres d'apaiser ces craintes en proposant des innovations concrètes. Ainsi, en est-il de la souplesse et de la liberté données aux secteurs pour les modes d'évaluation qui laissent à l'appréciation de ces secteurs tant la forme que le fond en fonction de la réalité du terrain et des besoins qu'il impose. A côté de cela, les ministres ouvrent la voie à un renforcement des moyens humains et financiers. Mme Saïdi espère que ces moyens proposés par les ministres et ceux qui pourraient être acquis par l'adoption des amendements déposés par la majorité rendront le futur décret le plus efficace possible.

M. Paul Galand (Ecolo), comme M. Colson salue ce fort moment de démocratie que fut l'audition des sections du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé et des représentants des fédérations des secteurs du social et de la santé. M. Galand invite l'ensemble des commissaires à en tirer les enseignements, d'autant que les temps difficiles qui s'annoncent doivent rendre les élus plus attentifs encore à ce qui se vit au quoti-

dien par l'ensemble de la population et à prendre le temps en tant que parlementaires aussi de s'auto-évaluer.

De la même manière, M. Galand salue l'action des ministres qui ont accepté de remettre leur projet de décret sur le métier et d'y apporter des modifications positives, reflet de l'enseignement retenu des auditions du 10 décembre 2008.

M. Galand souligne le fait que cette façon de faire des remises en cause par les ministres est un signe de maturité qui gagnerait à être plus souvent imité.

M. Galand rappelle encore – alors que les institutions de la Région de Bruxelles-Capitale fêtent leurs 20 ans d'existence – qu'une majorité de parlementaires bruxellois a œuvré pour que les assemblées bruxelloises disposent d'outils d'aide à la décision politique, précisément pour avoir cette approche qualitative, pour mieux saisir les besoins réels et orienter l'affectation des moyens budgétaires en conséquence.

Ainsi, dès la fin de la première législature, sous le gouvernement Picqué-Thys, le Collège de la Commission communautaire française avait initié une étude confiée au professeur Franck sur les différents services et l'adéquation des moyens pour éviter ou contrer la politique du « mille-feuilles ». Car, il n'est pas rare que tant l'exécutif que les parlementaires ajoutent une couche supplémentaire à ce qui existe pour répondre à un problème qui surgit à un moment inattendu alors qu'il faudrait commencer par s'auto-évaluer afin de mieux utiliser des services qui existent déjà. Car, on en fait encore souvent l'expérience, des personnes en butte à d'énormes difficultés sont de surcroît confrontées à un grand nombre d'interlocuteurs susceptibles de les aider.

C'est pourquoi, M. Galand plaide en faveur d'un renforcement de l'accompagnement dans la durée. Pour cela, il convient de valoriser davantage l'expertise existante en donnant les moyens aux secteurs d'aide sociale et de santé de s'adapter à de nouveaux défis.

Dans ce cas, poursuit M. Galand, il faut renforcer, plus encore qu'on ne le fait, la mission de l'Observatoire bruxellois de la santé et du social de rassembler les données utiles et les pondérer les unes par rapport aux autres, ce travail aboutissant à une meilleure connaissance des besoins et des réponses possibles.

M. Galand attire l'attention des commissaires sur l'importance de l'amendement modifiant l'article 33, alinéa 7, du présent projet de décret. Cet amendement porte non seulement sur la forme mais également sur le fond, il tient compte des observations faites lors des auditions notamment par les représentants des travailleurs quant à l'auto-évaluation.

M. Galand met également en exergue la nécessité de respecter les règles déontologiques propres à chaque secteur.

M. Galand conclut que les circonstances économiques et sociales que nous connaissons font que ce projet de décret vient à point nommé en ce sens qu'il ouvre de nouvelles perspectives de réponses aux défis sociaux et de santé publique auxquels nous sommes confrontés.

Mme Michèle Carthé (PS) se joint aux intervenants précédents pour se réjouir de la qualité des auditions tenues le 10 décembre dernier et plus spécialement du rôle assumé par le Conseil consultatif. Mme Carthé souligne aussi le travail considérable réalisé par les ministres depuis de longs mois.

Seuls neuf articles sur 202 ont été contestés par d'aucuns. L'objectif global de ce projet de décret est donc, selon Mme Carthé, de renforcer la qualité des services à la population et d'avoir un service public porteur de solidarité.

Mme Carthé souligne que les amendements déposés par les groupes de la majorité tendent à clarifier cette notion de « démarche qualité » qui est en fait une simple notion d'évaluation qualitative.

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) remercie l'ensemble des intervenants, tant de l'opposition que de la majorité, pour leurs apports respectifs au débat démocratique.

Le ministre-président précise que la volonté du Collège n'était pas de présenter un texte à prendre ou à laisser. Le résultat de ce débat aboutit à une évaluation, une considération globalement positive par l'ensemble des intervenants. Ce projet de décret était attendu depuis longtemps. La fusion, l'harmonisation des décrets organisant le social et la santé sera l'une des fiertés du Collège pour cette législature.

En tant que ministre également compétent pour l'Emploi, M. le ministre-président est particulièrement attentif au secteur non-marchand à Bruxelles. Le présent projet de décret va dans le sens de la valorisation de ce secteur non-marchand.

M. le ministre-président rappelle que le projet de décret ne permet pas seulement la fusion des dispositifs décrets préexistants mais aussi leur harmonisation, la reconnaissance des réseaux et la programmation coordonnée des secteurs concernés.

En réponse à M. Colson qui regrettait l'absence de définitions des finalités politiques, M. le ministre-président réplique que chaque décret « historique » définit en fait ces finalités. Il rappelle, à cette occasion, le travail d'évaluation réalisé des décrets « toxicomanie » et « santé mentale » sous cette législature. Un temps considérable a été consacré à démontrer la satisfaction des secteurs par rapport à ces décrets « historiques ».

M. le ministre-président estime que le dispositif d'évaluation transversale offre la possibilité de progresser sur le plan politique et de créer les conditions d'un débat politique rénovateur.

L'agrément à durée indéterminée offre un gain de temps et une simplification tant pour les associations que pour l'administration. De même pour le Conseil consultatif qui pourra mieux se concentrer sur l'évolution des pratiques. L'agrément à durée indéterminée concourt également à la reconnaissance de l'associatif.

L'harmonisation des textes, la simplification des procédures d'agrément, comme l'agrément à durée indéterminée, sont des avancées incontestables. Par ailleurs, le ministre-président ajoute que des réflexions sont en cours au sein de l'administration pour renforcer les outils informatiques de communication d'informations. Ainsi, les bases de données publiques peuvent être consultées par l'administration, ce qui constitue un changement de stratégie.

En ce qui concerne la démarche d'évaluation qualitative, il a été veillé à ce qu'elle ne soit pas un surcroît de travail administratif pour les associations mais à ce qu'elle offre l'avantage d'un outil souple. M. le ministre-président souligne aussi que le projet ne doit être remis que tous les trois ans.

En outre, M. le ministre-président assure les commissaires qu'il n'y aura pas d'ingérence du Collège dans la démarche d'évaluation qualitative. Le texte comporte à cet égard plusieurs garde-fous. Les associations seront les auteurs même des projets d'évaluation qualitative et le protocole d'accord tripartite, associant parfois patrons et syndicats, est une garantie supplémentaire pour apaiser ceux qui craindraient encore les effets pervers.

L'élaboration de ce travail de réflexion et de rédaction du projet de décret a vraiment été marquée par une volonté de dialogue mutuel entre tous les acteurs.

M. le ministre-président se félicite de ce que chaque partie ait pris des dispositions claires, ce qui a permis une amélioration constante de ce texte.

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) se réjouit de l'état d'avancement du projet de décret. Il remercie tous ceux qui ont apporté leur collaboration aux travaux préparatoires depuis deux ans déjà. Même si le reproche a été fait d'une concertation parfois un peu brève et rapide, M. Emir Kir soutient que les ministres se sont efforcés de tenir compte des remarques leur adressées.

Dans le contexte institutionnel belge, M. Emir Kir estime qu'il était bon de renforcer la cohérence de la législation décrétable de la Commission communautaire française dans les matières sociales et de santé.

A propos de la « démarche qualité » devenue démarche d'évaluation qualitative, M. le ministre souhaite rappeler un certain nombre de faits, tels que l'avis globalement positif des sections « ambulatoire » et « aide et soins à domicile » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé. De même, dix secteurs concernés par le projet de décret le soutiennent. Certes, deux autres secteurs ont émis des réserves ou s'y sont opposés, secteurs auxquels s'ajoutent un certain nombre de travailleurs dans l'expectative de pouvoir se forger un jugement définitif.

Depuis les auditions de décembre, les deux ministres ont tout mis en œuvre pour répondre à ces inquiétudes.

Pour ce qui touche au grief relatif à l'absence de moyens financiers et humains, l'objection ainsi formulée a débouché sur la question de savoir s'il ne fallait pas prévoir une compensation financière en échange de l'effort supplémentaire représenté par la démarche d'évaluation qualitative.

L'engagement à ce sujet que viennent de prendre les ministres sera scellé dans un arrêté d'exécution.

Certes, au cours de ces deux années de préparation, on pourra toujours reprocher aux ministres de ne pas avoir tout entendu à temps. Mais chaque fois, les ministres ont essayé vraiment de prendre la mesure des choses et d'apporter des réponses.

Bien sûr, vu la situation financière de la Commission communautaire française, il faudra se rapporter à une enveloppe budgétaire déjà fortement corsetée. Mais, nonobstant cette contrainte, le maximum sera fait pour atteindre et maintenir un équilibre entre les associations. Car, au moment où le Collège les charge d'une mission supplémentaire comme la démarche d'évaluation qualitative, il est normal qu'elles obtiennent une compensation financière qui est déjà prévue.

En réponse à la question de Mme Braeckman au sujet des « initiatives », M. le ministre Kir estime qu'il faut continuer à fonctionner sur la base du même régime, que ce soit en matière de santé ou d'aide sociale. Car, malgré tout ce qu'on peut faire pour l'ensemble de tous les secteurs concernés, il y aura toujours des problèmes ponctuels et spécifiques qui se poseront. C'est vrai pour tel quartier, telle collectivité, tel groupe d'usagers. Dans ces cas-là, il s'agit souvent au départ d'une demande de soutien non récurrent de la part de la Commission communautaire française. Cependant, de non récurrents qu'ils étaient, ces projets en « initiatives » se prolongent dans le temps parce qu'ils répondent à de réels besoins. M. le ministre estime qu'il faut garder cette méthodologie d'« antichambre » qui permet de voir si l'association porteuse de l'« initiative » s'acquitte d'une mission correspondant bien à des besoins concrets.

A titre d'exemple, M. le ministre cite le cas des « espaces-rencontres » qui ont fonctionné durant plusieurs années en « initiatives » et puis qui, la validité de leur action dans le temps ayant été vérifiée, ont bénéficié d'un décret pérennisant leur travail.

M. le ministre estime qu'il convient de toujours garder une réserve budgétaire pour ces « initiatives ».

M. Michel Colson (MR), rapporteur, estime indispensable de poursuivre la concertation avec les secteurs, avec les associations, avec les travailleurs nonobstant l'effort des ministres de modifier non seulement la terminologie mais aussi la méthodologie de ce qui était la « démarche qualité ». A propos de la terminologie du concept de la « démarche qualité », M. Colson tient à rappeler que le ministre-président lui-même, dans sa déclaration de politique générale d'ouverture de session, disait « *la démarche qualité, appellation qui vous le verrez est totalement éloignée des pratiques managériales outrancières* ». M. Colson souligne que l'on attendait donc un geste de ce côté-là, il a eu lieu et M. Colson s'en réjouit. Mais il ne suffit pas de s'en tenir à une nouvelle terminologie pour que la philosophie de cette démarche soit modifiée. Il constate que la démarche d'évaluation qualitative reste une condition d'agrément, ce qui signifie que les secteurs réticents par rapport à cette exigence et qui avaient avancé des alternatives intéressantes n'ont pas été suivis par le Collège.

En ce qui concerne la méthodologie, M. Colson évoque les questions d'organisation pratique de cette démarche d'évaluation qualitative et souligne l'importance de la garantie d'« étanchéité » par rapport à l'administration et plus particulièrement par rapport à l'inspection. Il demande aux deux ministres de bien vouloir donner plus de précision sur cette garantie nécessaire.

A propos des moyens financiers indispensables à l'application de ladite « démarche », M. Colson rapporte les paroles de M. Charles Lejeune, entendues lors des auditions du 10 décembre 2008, à savoir qu'il faudrait prévoir un équivalent mi-temps supplémentaire par association pour la seule démarche d'évaluation qualitative.

M. Colson souhaite donc savoir si cette constatation, voire cette revendication, est partagée par les ministres et si ceux-ci l'ont prévue dans leur volonté de « rectifier le tir » au moment où la majorité dépose ses amendements.

M. Colson rappelle aussi une observation préliminaire du Conseil d'Etat qui demandait à pouvoir disposer des tableaux de correspondance entre les textes antérieurs du projet de décret et demande pourquoi ces tableaux ne pourraient pas être communiqués aux commissaires.

En outre, le Conseil d'Etat adressait deux remarques générales au Collège. La première faisait valoir que le projet de décret contient des dispositions dont le Conseil d'Etat ne perçoit pas pourquoi elles ne pourraient pas concerner l'ensemble des secteurs ou tout au moins une partie de ceux-ci, sachant qu'elles pourraient porter atteinte au principe d'égalité. La seconde concerne un débat ancien, à savoir que la section de législation du Conseil d'Etat prévoyait une habilitation plus précise des pouvoirs donnés au Collège en la matière.

Rejoignant les propos de M. Colson, Mme Dominique Braeckman (Ecolo), rapporteuse, propose de réunir les deux commissions afin d'analyser les amendements déposés et ceux qui pourraient l'être d'ici là.

En ce qui concerne les « initiatives » et la réponse donnée par le ministre Emir Kir, Mme Braeckman souhaite ajouter qu'elle évoquait la nécessité de subventionnement pluriannuel non, par exemple, pour un comité de quartier qui sollicite à titre d'« initiatives » un petit soutien ponctuel mais bien pour des associations actives parfois depuis plus de vingt ans. En outre, s'il est pertinent de garder un système pour des « initiatives » sur une base annuelle, il faut pouvoir reconnaître des projets dont on sait qu'ils vont durer plusieurs années. Dès lors, il conviendrait de leur garantir la garantie de ces subventions sur plusieurs années.

M. Paul Galand (Ecolo) rappelle que la représentation du secteur non-marchand au sein du Conseil économique et social constitué un des acquis fondamentaux de la législation : non seulement le secteur non-marchand était déjà représenté au Conseil économique et social de la Région de Bruxelles-Capitale par les délégués des travailleurs, mais il l'est aussi maintenant par ceux des employeurs et des pouvoirs organisateurs. C'est un fait important même si cette représentation du non-marchand peut être considérée comme insuffisante.

A propos du projet de décret, M. Galand demande qu'il soit bien spécifié que l'on ne fusionne pas des secteurs mais des textes décrétoires qui nécessitaient une harmonisation qui s'efforce de rendre compte de la complexité du travail des secteurs.

## Réunions des 23 janvier et 4 février 2009

### 6. Examen et vote des articles

Avec l'assentiment de tous les commissaires présents, la correction technique déposée par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman visant à « *dans l'intitulé du décret remplacer les majuscules à Action, Famille et Santé par des minuscules* » est adoptée.

#### TITRE I DISPOSITIONS GENERALES

##### CHAPITRE I Champ d'application et définitions générales

###### SECTION I Champ d'application

###### Article 1<sup>er</sup>

L'article 1<sup>er</sup> est adopté à l'unanimité des 12 membres dans chacune des deux commissions.

SECTION II  
Définitions générales

Article 2

Deux amendements n° 1 et 2 et deux corrections techniques sont déposés à l'article 2, 6° et 7°.

*Amendement n° 1 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*A l'article 2, 6°, en projet, supprimer les mots « de surveiller »*

*Justification*

*Surveiller la santé d'une personne, d'un groupe de personnes ou de la population implique la surveillance de la personne, de ce groupe de personnes ou de la population. Il nous paraît opportun d'éviter une telle insistance.*

L'amendement n° 1 est adopté à l'unanimité des 12 membres dans chacune des deux commissions.

*Corrections techniques déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*Au même article, supprimer le mot « toute » et remplacer « la » santé par « sa » santé.*

*Justification*

*Cette correction ne modifie en rien la portée juridique du dispositif mais tente seulement d'en améliorer la rédaction*

Avec l'assentiment des 24 commissaires présents, les corrections techniques sont adoptées.

*Amendement n° 2 déposé par Mme Dominique Braeckman, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Anne-Sylvie Mouzon*

*A l'article 2, 7°, alinéa 2, en projet, remplacer les mots « l'ensemble des moyens » par les mots « un ensemble de moyens » et ajouter après les mots « ou à préserver leur autonomie » les mots « et par le soutien des réseaux de solidarité notamment par l'action communautaire ».*

*Justification*

*Restons modestes : l'action sociale ne mobilise pas toujours l'ensemble des moyens visés à cet article. Par*

*ailleurs, vu le titre V, en projet, il est utile de rappeler dans la définition, l'importance des réseaux de solidarité.*

L'amendement n° 2 est adopté à l'unanimité des 12 membres dans chacune des deux commissions.

*Correction technique déposée par Mme Dominique Braeckman, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Anne-Sylvie Mouzon*

*Une fois amendé, l'article 2, 7°, gagnerait à être rédigé comme suit :*

*« Elle met en œuvre un ensemble de moyens par lesquels la société agit sur elle-même pour assurer sa cohésion sociale, par des actions visant à aider les personnes, les familles et les groupes les plus fragiles à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et par le soutien des réseaux de solidarité, notamment par l'action communautaire »*

*Justification*

*Cette correction ne modifie en rien la portée juridique du dispositif mais tente seulement d'en améliorer la rédaction.*

Avec l'assentiment des 24 commissaires présents, la correction technique est adoptée.

L'article 2, tel qu'amendé et corrigé, est adopté à l'unanimité des 12 membres dans chacune des deux commissions.

CHAPITRE II

Définitions et missions sectorielles

SECTION I

Les services de santé mentale

Article 3

L'article 3 est adopté à l'unanimité des 12 membres dans chacune des deux commissions.

Article 4

Deux amendements n° 3 et 4 sont déposés à l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 1° et 2°.

*Amendement n° 3 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 1°, remplacer le terme « bénéficiaire » par « consultant ».*



*Justification*

*Le terme consultant, qui figure d'ailleurs dans le texte du décret de 1995 (article 5), est plus approprié.*

M. Michel Colson (MR) justifie l'amendement en disant que le terme « consultant » est plus approprié, terme qui était utilisé à l'article 5 du décret de 1995.

Les ministres Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) et Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) expliquent l'utilisation du mot « bénéficiaire » par la volonté d'harmoniser les définitions avec celles utilisées pour les autres secteurs.

M. Paul Galand (Ecolo) estime en outre que le terme « bénéficiaire » est plus ouvert que le terme « consultant », dans la mesure où les services répondent aussi à des attentes de proches de la personne qui consulte.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) se dit d'accord avec le terme « consultant ».

Mme Fatiha Saïdi (PS) estime que l'harmonisation du texte est importante.

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) approuve dans la mesure où un changement de terme entraînerait de le modifier dans tout le texte.

L'amendement n° 3 est rejeté par 8 voix contre 4 dans chacune des deux commissions.

*Amendement n° 4 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 2°, remplacer les termes « de problèmes de santé mentale » par « dans le domaine de la santé mentale ».*

*Justification*

*Le terme de « problèmes » actuellement prévu par le texte du décret revêt un caractère négatif qu'il convient de rectifier.*

L'amendement n° 4 est rejeté par 8 voix contre 4 dans chacune des deux commissions.

L'article 4 initial est adopté par 8 voix pour et 4 abstentions dans chacune des deux commissions.

*Article 5*

L'article 5 est adopté à l'unanimité des 12 membres dans chacune des deux commissions.

SECTION II

*Les services actifs en matière de toxicomanie*

*Article 6*

M. Paul Galand (Ecolo) pose la question de la pertinence de séparer le secteur de la toxicomanie de celui de la santé mentale.

Ce commissaire estime que les services de santé mentale s'occupent également de la toxicomanie et qu'il ne faut pas stigmatiser le problème de la toxicomanie.

Mme Caroline Persoons (MR) demande si les maisons de santé ont toutes des financements pour la toxicomanie.

M. Paul Galand (Ecolo) répond que non mais que tout patient qui se présente doit être accueilli.

L'article 6 est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Articles 7 et 8*

Les articles 7 et 8 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SECTION III

*Les centres d'action sociale globale*

*Articles 9 à 11*

Les articles 9 à 11 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SECTION IV

*Les centres de planning familial*

*Articles 12 et 13*

Les articles 12 et 13 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SECTION V

*Les maisons médicales*

*Articles 14 et 15*

Les articles 14 et 15 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION VI

*Les services de médiation de dettes**Articles 16 et 17*

Les articles 16 et 17 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION VII

*Les services d'aide aux justiciables**Articles 18 et 19*

Les articles 18 et 19 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION VIII

*Les services « Espaces-Rencontres »**Articles 20 et 21*

Les articles 20 et 21 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION IX

*Les centres de coordination de soins et des services à domicile**Articles 22 à 24*

Les articles 22 à 24 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION X

*Les services de soins palliatifs et continués**Articles 25 et 26*

Les articles 25 et 26 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION XI

*Les services d'aide à domicile**Articles 27 à 29*

Les articles 27 à 29 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION XII

*Les centres d'accueil téléphonique**Articles 30 et 31*

Les articles 30 et 31 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## TITRE II

**AGREMENT, NORMES, SUBVENTIONS, CONTRÔLE ET INSPECTION**

## CHAPITRE I

**Conditions d'agrément**

## SECTION I

*Conditions générales d'agrément**Article 32*

Deux amendements n<sup>os</sup> 5 et 6 sont déposés à l'article 32.

*Amendement n° 5 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*Un troisième alinéa, rédigé comme suit, est ajouté à l'article 32 :*

*« Le Collège établit la programmation dans l'année qui suit l'installation de l'Assemblée de la Commission communautaire française. ».*

*Justification*

*Le commentaire de l'article 32 indique qu'« Une programmation des services ambulatoires, moyennant la consultation des secteurs par le biais d'un avis du Conseil consultatif, est indispensable pour faire coïncider l'offre à la demande. Ceci permettra au Collège de fixer les règles en début de législature, ce qui clarifiera la situation pour les associations. ».*

*Cette modification permet d'introduire cette base quinquennale dans le dispositif du décret.*

M. Michel Colson (MR) reprend la justification de l'amendement.

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) répond que cette observation est reprise dans les commentaires et qu'il faut laisser au Collège l'appréciation de ce qu'il y a lieu de faire par rapport à la législature suivante.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) confirme que, dans le commentaire, la programmation a lieu en début de législature.

L'amendement n° 5 est rejeté par 8 voix contre 4 dans chacune des deux commissions.

*Amendement n° 6 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 32, il est ajouté un quatrième alinéa rédigé de la manière suivante :*

*« Le Collège communique la programmation aux membres de l'Assemblée de la Commission communautaire française ».*

*Justification*

*Au vu de l'importance de la programmation, il est important que celle-ci soit transmise aux membres de l'Assemblée de la Commission communautaire française.*

M. Michel Colson (MR) estime que l'Assemblée parlementaire doit être informée de la programmation.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) acquiesce mais estime que la programmation ne doit pas être communiquée à chaque membre, mais à l'assemblée.

Les auteurs de l'amendement sont d'accord sur cette correction.

L'amendement n° 6, corrigé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

L'article 32, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Article 33*

Deux amendements n°s 7 et 8 et une correction technique sont déposés à l'article 33.

*Amendement n° 7 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 33, 6°, remplacer les termes « assurer le principe de la confidentialité » par « garantir la confidentialité ».*

*Justification*

*Terminologie plus appropriée.*

L'amendement n° 7 est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Amendement n° 8 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*A l'article 33, 7°, en projet, remplacer les mots « une démarche qualité » par les mots « une démarche d'évaluation qualitative ».*

*Justification*

*Voyez les amendements proposés au titre IV.*

Les signataires de l'amendement font observer que les termes « démarche d'évaluation qualitative » devront être utilisés dans tout le texte.

L'amendement n° 8 est adopté par 8 voix pour et 4 absentions pour chacune des deux commissions.

*Correction technique déposée par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*A l'article 33, 6°, supprimer les mots « le principe de ».*

*Cette correction ne modifie en rien la portée juridique du dispositif mais tente seulement d'en améliorer la rédaction.*

La correction technique est retirée par ses auteurs.

L'article 33, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SECTION II

*Conditions sectorielles d'agrément*

SOUS-SECTION I

*Conditions d'agrément des services de santé mentale*

Article 34

Deux amendements n°s 9 et 10 sont déposés à l'article 34.

*Amendement n° 9 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 34, § 1<sup>er</sup>, il est ajouté un 5° rédigé comme suit :*

« – la fonction de coordination. ».

*Justification*

*Au vu de son importance et du temps de travail qu'elle représente, la fonction de coordination doit, elle aussi, être intégrée dans l'équipe minimale.*

*Cette fonction est, par ailleurs, prévue à l'article 33, 3° selon lequel :*

« Pour être agréé, le service ambulatoire satisfait aux conditions suivantes :

(...)

*3° désigner, parmi les membres de l'équipe, une personne chargée de la coordination générale du service ambulatoire;*

(...) ».

M. Michel Colson (MR) reprend oralement la justification écrite.

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) expose que les fonctions financées sont reprises à l'article 111 et que la coordination en fait partie dans le cadre général de tous les travailleurs.

Mme Caroline Persoons (MR) ajoute que c'est une demande du secteur dans la mesure où la coordination pourrait être pénalisante.

L'amendement n° 9 est rejeté par 8 voix contre 4.

*Amendement n° 10 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*L'article 34, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, in fine, est complété de la manière suivante :*

« Pour la fonction visée au 5°, le service assure des prestations équivalentes au moins à 0,5 équivalent temps-plein. ».

*Justification*

*La fonction de coordination ajoutée à l'équipe minimale ne peut requérir qu'un mi-temps.*

A la suite des explications données ci-dessus (contenu de l'article 111) par le ministre-président, l'amendement n° 10 est retiré par ses auteurs.

L'article 34 initial est adopté par 8 voix pour et 4 abstentions dans chacune des deux commissions.

*Article 35*

Un amendement n° 11 est déposé à l'article 35.

*Amendement n° 11 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 35 § 3, ajouter in fine le terme suivant « utile ».*

*Justification*

*Il convient de limiter un tant soit peu la notion de territoire couvert par le service de santé mentale.*

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) répond que cela va de soi.

M. Paul Galand (Ecolo) aurait préféré le terme « adéquat ».

L'amendement n° 11 est adopté par 4 voix pour et 8 abstentions dans chacune de deux commissions.

Mme Caroline Persoons (MR) demande au Collège si la permanence d'accueil est maintenue dans les mêmes termes que dans le décret de 1995, car cette permanence ne fonctionne pas bien.

Mme Dominique Maun (collaboratrice du ministre-président) répond qu'en effet la formule doit être assouplie, ce qui sera fait dans les arrêtés d'application.

L'article 35, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SOUS-SECTION II  
*Conditions d'agrément des services actifs  
en matière de toxicomanies*

*Articles 36 et 37*

Les articles 36 et 37 sont adoptés sans observation à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des commissions.

SOUS-SECTION III  
*Conditions d'agrément des  
centres d'action sociale globale*

*Article 38*

L'article 38 est adopté sans observation à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des commissions.

*Article 39*

Une correction technique est déposée à l'article 39.

*Correction technique déposée par M. André du Bus de Warnaffe, Mmes Dominique Braeckman et Anne-Sylvie Mouzon*

*A l'article 39, dernière phrase, écrire « Le temps de travail de coordination ... ».*

Avec l'assentiment unanime, la correction technique est adoptée.

L'article 39, tel que corrigé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des commissions.

*Article 40*

L'article 40 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des commissions.

SOUS-SECTION IV  
*Conditions d'agrément des centres de planning familial*

*Article 41*

L'article 41 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des commissions.

*Article 42*

Un amendement n° 12 est déposé à l'article 42.

*Amendement n° 12 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 42, ajouter un 6° rédigé comme suit :*

*« un coordinateur, à raison d'au moins 0,5 équivalent temps plein. ».*

*Justification*

*Au vu de son importance et du temps de travail qu'elle représente, la fonction de coordination doit, elle aussi, être intégrée dans l'équipe minimale.*

*Cette fonction est par ailleurs prévue à l'article 33, 3° selon lequel :*

*« Pour être agréé, le service ambulatoire satisfait aux conditions suivantes :*

*(...)*

*3° désigner, parmi les membres de l'équipe, une personne chargée de la coordination générale du service ambulatoire;*

*(...) ».*

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) répond qu'on ne change pas les normes d'encadrement.

L'amendement n° 12 est rejeté par 8 voix contre 4 dans chacune des deux commissions.

L'article 42 initial est adopté par 8 voix pour et 4 abstentions dans chacune des deux commissions.

SOUS-SECTION V  
*Conditions d'agrément des maisons médicales*

*Article 43*

L'article 43 est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Article 44*

Un amendement n° 13 est déposé à l'article 44.

*Amendement n° 13 déposé par M. André du Bus de Warnaffe, Mmes Dominique Braeckman et Anne-Sylvie Mouzon*

*Remplacer l'article 44 en projet par l'article 44 suivant :*

*« Art. 44. – Le cadre minimal comprend un équivalent temps plein de fonction d'accueil et un demi équivalent temps plein de fonction de santé communautaire. ».*

#### *Justification*

*Pour rappel, dans la réglementation relative aux services ambulatoires, traditionnellement le mot « cadre » signifie en réalité « effectif » réel.*

*L'amendement proposé insiste donc sur la nécessité de pouvoir compter sur au moins deux personnes dont l'une travaille à temps plein et l'autre à mi-temps. Par souci de simplification, il ne semble pas utile de préciser que la fonction de santé peut être assurée par du personnel salarié ou du personnel indépendant, ce type d'exigence devrait être laissé à l'appréciation du Collège.*

L'amendement n° 13 est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

L'article 44, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

#### *Article 45*

L'article 45 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

#### SOUS-SECTION VI

*Conditions d'agrément des services de médiation de dettes*

#### *Article 46*

L'article 46 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

#### *Article 47*

Une correction technique est déposée à l'article 47.

*Correction technique déposée par M. André du Bus de Warnaffe, Mmes Dominique Braeckman et Anne-Sylvie Mouzon*

*A l'article 47, 2°, écrire « ... une autre convention avec un juriste ... ».*

Avec l'assentiment général, la correction technique est adoptée.

L'article 47, tel que corrigé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

#### *Article 48*

L'article 48 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

#### SOUS-SECTION VII

*Conditions d'agrément des services d'aide aux justiciables*

#### *Articles 49 et 50*

Les articles 49 et 50 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

#### SOUS-SECTION VIII

*Conditions d'agrément des services « Espaces-Rencontres »*

#### *Article 51*

L'article 51 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

#### SOUS-SECTION IX

*Conditions d'agrément des centres de coordination de soins et services à domicile*

#### *Articles 52 à 56*

Les articles 52 à 56 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

#### *Article 57*

Une correction technique est déposée à l'article 57.

*Correction technique déposée par M. André du Bus de Warnaffe, Mmes Dominique Braeckman et Anne-Sylvie Mouzon*

*A l'article 57, écrire « ... les informations utiles à son exécution ... ».*

La correction technique est adoptée à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

L'article 57, tel que corrigé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SOUS-SECTION X

*Conditions d'agrément des services des soins palliatifs et continués*

*Articles 58, 59 et 60*

Les articles 58, 59 et 60 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SOUS-SECTION XI

*Conditions d'agrément des services d'aide à domicile*

*Article 61*

Un amendement n° 14 est déposé à l'article 61.

*Amendement n° 14 déposé par M. André du Bus de Warnaffe, Mmes Dominique Braeckman et Anne-Sylvie Mouzon*

*A l'article 61, 4°, en projet, compléter la disposition par les mots « remplissant la fonction de coordinateur général ».*

*Justification*

*Il convient de préciser la mission principale du directeur exigé.*

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) accepte cet amendement.

L'amendement est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

L'article 61, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SOUS-SECTION XII

*Conditions d'agrément des centres d'accueil téléphonique*

*Article 62*

L'article 62 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Article 63*

Deux corrections techniques sont déposées à l'article 63.

*Correction technique déposée par M. André du Bus de Warnaffe, Mmes Dominique Braeckman et Anne-Sylvie Mouzon*

*A l'article 63, 1°, écrire « Trois équivalents temps plein dont une fonction de direction assurant la coordination générale, un responsable et une fonction de secrétariat, lorsque le centre occupe plus de soixante collaborateurs bénévoles; ».*

Mme Caroline Persoons (MR) interroge le Collège sur la raison de préciser les trois équivalents temps plein dans cet article.

M. Paul Galand (Ecolo) répond qu'il s'agit de services différents composés de moins de soixante travailleurs.

*Correction technique déposée par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*Partout dans le dispositif, écrire les chiffres en lettres (sauf lorsqu'il s'agit de la numérotation des articles).*

Avec l'assentiment des 24 commissaires présents, les corrections techniques sont adoptées.

L'article, tel que corrigé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

CHAPITRE II  
**Procédure d'agrément**

SECTION I  
*Demande d'agrément*

*Articles 64 à 68*

Les articles 64 à 68 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Article 69*

L'article 69 est adopté à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

## SECTION II

*Agrément provisoire**Articles 70 et 71*

Les articles 70 et 71 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

## SECTION III

*Octroi et refus d'agrément**Articles 72 à 76*

Les articles 72 à 76 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

## SECTION IV

*Modification d'agrément**Articles 77 et 78*

Les articles 77 et 78 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

## SECTION V

*Retrait d'agrément ou modification contrainte d'agrément**Articles 79 à 86*

Les articles 79 à 86 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

## SECTION VI

*Retrait d'agrément pour raisons urgentes**Articles 87 à 93*

Les articles 87 à 93 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

## SECTION VI

*Fermeture volontaire**Articles 94 à 96*

Les articles 94 à 96 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

## CHAPITRE III

**Normes et dispositions**

## SECTION I

*Normes et dispositions générales*

## SOUS-SECTION I

*Normes générales de fonctionnement**Article 97*

Une correction technique est déposée à l'article 97.

*Correction technique déposée par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*A l'article 97, deuxième phrase, écrire « prouvant l'ancienneté ».*

Avec l'assentiment des 12 présents en commission des Affaires sociales et des 11 membres présents en commission de la Santé, la correction technique est adoptée.

L'article 97, tel que corrigé, est adopté à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

*Articles 98 à 107*

Les articles 98 à 107 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

## SOUS-SECTION II

*Normes générales de personnel**Articles 108 à 110*

Les articles 108 à 110 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.



*Article 111*

Une correction technique est déposée à l'article 111.

*Correction technique déposée par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

A l'article 111, 3°, écrire « du respect des conditions, ... ».

Avec l'assentiment des 11 présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé, la correction technique est adoptée.

L'article 111, tel que corrigé, est adopté à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

SOUS-SECTION III

*Normes architecturales générales*

*Articles 112 à 114*

Les articles 112 à 114 sont adoptés à l'unanimité des 11 membres présents en commission des Affaires sociales et des 12 membres présents en commission de la Santé.

SOUS-SECTION IV

*Dispositions générales relatives aux subventions*

*Article 115*

Deux amendements n°s 15 et 16 sont déposés à l'article 115.

*Amendement n° 15 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 115, alinéa 1<sup>er</sup>, il est ajouté in fine les termes suivants « et les frais liés à la démarche d'évaluation qualitative. ».*

*Justification*

*La mise en œuvre de la démarche d'évaluation qualitative entraînera inévitablement, pour les différents services et organismes concernés, des frais supplémentaires. Il est dès lors important d'en tenir compte dans le texte du présent projet.*

*Amendement n° 16 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*Supprimer le deuxième alinéa*

*Justification*

*Le secteur de la médiation de dette serait le seul dans un texte décréto à être interdit de subsides.*

M. Michel Colson (MR) fait remarquer, d'une part, que le secteur de la médiation de dettes serait le seul à ne pas être subsidié et, d'autre part, qu'il faut pouvoir assurer les frais liés à la démarche d'évaluation qualitative.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) répond que l'estimation des frais liés à la démarche d'évaluation qualitative sera prise en compte dans les arrêtés d'exécution et que s'il fallait l'intégrer dans le texte du décret, ce serait à l'article 118.

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) confirme que ces frais sont liés aux frais de fonctionnement repris à l'article 118 du projet de décret.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) attire l'attention sur le fait que l'article 173 détermine que la démarche d'évaluation qualitative est accompagnée par le Collège selon les modalités qu'il détermine et que le Collège peut ainsi prévoir les frais qui y sont liés. Il faudrait donc, le cas échéant, amender l'article 173.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) souligne qu'en effet, via l'article 173, le service de médiation de dettes pourrait être subsidié dans le cadre de la démarche d'évaluation qualitative.

M. Michel Colson (MR) estime que la subsidiation des services de médiation de dettes devrait être inscrite explicitement dans le décret.

L'amendement n° 15 est retiré par ses auteurs.

L'amendement n° 16 est rejeté par 8 voix contre 4 dans chacune des deux commissions.

L'article 115 initial est adopté par 8 voix contre 4 dans chacune des deux commissions.

*Articles 116 et 117*

Les articles 116 et 117 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## Article 118

Un amendement n° 17 est déposé à l'article 118.

*Amendement n° 17 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*Ajouter au 1<sup>er</sup> paragraphe in fine : « ainsi que ceux liés à la démarche d'évaluation qualitative ».*

*Justification*

*Il convient d'inscrire dans le décret la volonté du Collège de financer la démarche d'évaluation qualitative.*

M. Michel Colson (MR) estime que c'est la moindre des choses que de prendre en compte les frais liés à la démarche d'évaluation qualitative.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) répond qu'il faut faire au mieux tout en évitant le saupoudrage et que l'observation du commissaire précédent trouve une réponse dans l'article 173. L'intervenante fait observer que le texte du décret ne préjuge pas de ce qui doit être évalué. Il y aura en effet des thèmes généraux et des thèmes par service. Il est donc difficile de savoir ce qui sera le plus efficace.

M. Michel Colson (MR) relève que les syndicats ne semblent pas satisfaits.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) estime que le texte propose une réponse positive.

L'amendement n° 17 est rejeté par 8 voix contre 4 dans chacune des deux commissions.

L'article 118 initial est adopté par 8 voix pour et 4 absentions dans chacune des deux commissions.

## Articles 119 à 126

Les articles 119 à 126 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION II

*Normes sectorielles et dispositions sectorielles relatives aux subventions*

## SOUS-SECTION I

*Disposition relative aux subventions des services actifs en matière de toxicomanie*

## Article 127

L'article 127 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SOUS-SECTION II

*Disposition relative aux subventions des centres d'action sociale globale*

## Article 128

L'article 128 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SOUS-SECTION III

*Normes sectorielles et dispositions relatives aux subventions des centres de coordination de soins et de services à domicile*

## Article 129

L'article 129 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SOUS-SECTION IV

*Normes sectorielles et dispositions relatives aux subventions des services d'aide à domicile*

## Article 130

Trois amendements n°s 18, 19 et 20 sont déposés à l'article 130.

*Amendement n° 18 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*A l'article 130, alinéa 1<sup>er</sup>, en projet, remplacer les mots « 20 aides équivalent temps plein » par les mots « cinq aides équivalent temps plein au moins et vingt au plus ».*

*Justification*

*Il convient d'assouplir les exigences en matière d'effectifs.*

*Amendement n° 19 déposé par M. André du Bus de Warnaffe et Mmes Dominique Braeckman et Anne-Sylvie Mouzon*

*A l'article 130, 2°, en projet, remplacer les mots « responsable du service » par les mots « coordinateur général ».*

*Justification*

*Voyez l'amendement proposé à l'article 61, 4°.*

*Amendement n° 20 déposé par M. André du Bus de Warnaffe et Mmes Anne-Sylvie Mouzon et Dominique Braeckman et Dominique Braeckman*

*A l'article 130, 5°, en projet, supprimer les mots « semestrielles ou annuelles »*

*Justification*

*Il convient de laisser au Collège le soin de fixer la périodicité des enquêtes.*

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) justifie les amendements n°s 18 et 19 par rapport à une cohérence générale du texte et l'amendement n° 20 en soulignant que c'est au Collège à déterminer la fréquence de la réalisation des enquêtes sociales.

Les amendements n°s 18, 19 et 20 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des commissions.

L'article 130, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des commissions.

*Articles 131 à 136*

Les articles 131 à 136 sont adoptés sans observations, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SOUS-SECTION V

*Disposition relative aux subventions des centres d'accueil téléphonique*

*Articles 137 et 138*

Les articles 137 et 138 sont adoptés sans observations, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

CHAPITRE IV

**Contrôle et inspection**

*Articles 139 et 140*

Les articles 139 et 140 sont adoptés sans observations, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

TITRE III

**LES ORGANISMES DE COORDINATION  
ET LES ORGANISMES REPRESENTATIFS  
ET DE COORDINATION**

CHAPITRE I

**Définition et missions**

*Article 141*

L'article 141 est adopté sans observations, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Article 142*

Un amendement n° 21 et une correction technique sont déposés à l'article 142.

*Amendement n° 21 déposé par M. Michel Colson, Mme Caroline Persoons, M. Vincent De Wolf, Mmes Dominique Dufourny, Isabelle Molenberg et Nathalie Gilson*

*A l'article 142, il est ajouté entre le 4° et le 5° le point suivant : « soutenir et coordonner la mise en œuvre de la démarche d'évaluation qualitative ».*

*Justification*

*Les fédérations, du fait de leur rôle central, sont certainement les plus à même pour remplir cette mission. Une surcharge de travail indéniable en résulte cependant, il est dès lors nécessaire de réévaluer les effectifs prévus dans chacune des fédérations.*

M. Michel Colson (MR) expose que les fédérations sont les plus à même de remplir cette mission.

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) répond que tous les secteurs ne souhaitent pas que ce soit les fédérations qui soutiennent la démarche d'évaluation qualitative.

*Correction technique déposée par M. André du Bus de Warnaffe, Mmes Dominique Braeckman et Anne-Sylvie Mouzon*

*Cet article doit être divisé en deux alinéas, le premier comprenant les numéros 1° à 4° et le second, commençant par les mots « Il peut en outre : » comprenant les n°s 1° et 2° au lieu des numéros 6° et 7°.*

*Cette correction ne modifie en rien la portée juridique du dispositif mais tente seulement d'améliorer la rédaction.*

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) explique que cette correction clarifie et améliore la rédaction du texte.

L'amendement n° 21 est rejeté par 8 voix contre 4 dans chacune des deux commissions.

La correction est adoptée avec l'assentiment général des 24 commissaires présents.

L'article 142 corrigé est adopté par 8 voix pour et 4 absentions dans les deux commissions.

## CHAPITRE II Conditions d'agrément

### *Articles 143 à 146*

Les articles 143 à 146 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## CHAPITRE III Procédure d'agrément

### SECTION I *Demande d'agrément*

#### *Article 147*

L'article 147 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION II *Octroi et refus d'agrément*

### *Articles 148 à 152*

Les articles 148 à 152 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION III *Modification d'agrément*

### *Articles 153 et 154*

Les articles 153 et 154 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION IV *Retrait d'agrément ou modification contrainte d'agrément*

### *Articles 155 à 161*

Les articles 155 à 161 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## SECTION V *Fermeture volontaire*

### *Article 162*

L'article 162 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

## CHAPITRE IV Normes et dispositions relatives aux subventions

### SECTION I *Normes de fonctionnement*

#### *Article 163*

Un amendement n° 22 est déposé à l'article 163.

*Amendement n° 22 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 163, § 1<sup>er</sup>, dernier alinéa et § 2 dernier alinéa, il est inséré entre les termes « Collège » et « accompagné » les termes suivants « et à l'Assemblée de la Commission communautaire française ».*

*Justification*

*Afin d'informer au mieux les membres de l'Assemblée de la Commission communautaire française, ce rapport doit également leur être transmis.*

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) répond que ce n'est pas réaliste et que de surcroît le parlement doit respecter le rôle de l'administration.

L'amendement n° 22 est rejeté par 8 voix contre 4 dans chacune des deux commissions.

L'article 163 initial est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

SECTION II

*Dispositions relatives aux subventions*

*Article 164*

L'article 164 initial est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Article 165*

Un amendement n° 23 est déposé à l'article 165.

*Amendement n° 23 déposé par M. André du Bus de Warnaffe, Mmes Anne-Sylvie Mouzon et Dominique Braeckman*

*A l'article 165, § 1<sup>er</sup>, en projet, supprimer le dernier alinéa.*

*Justification*

*Il paraît excessif d'attribuer précisément au Collège le pouvoir de fixer les barèmes et avantages sociaux de référence, vu le § 2.*

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) se réfère à la justification écrite et M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) donne son accord.

L'amendement n° 23 est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

L'article 165, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Article 166*

L'article 166 est adopté sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

CHAPITRE V  
**Contrôle et inspection**

*Articles 167 et 168*

Les articles 166 et 168 sont adoptés sans observation, à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

TITRE IV  
**DEMARCHE QUALITE**

Un amendement n° 24 est déposé visant à modifier l'intitulé du « TITRE IV » de façon à ce qu'il chapeaute de façon cohérente les articles qui suivent et à ce qu'il s'harmonise avec les amendements adoptés dans les articles qui précèdent.

*Amendement n° 24 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

TITRE IV

*Remplacer l'intitulé du titre IV en projet par l'intitulé suivant : « Démarche d'évaluation qualitative »*

*Justification*

*Tenant compte des auditions des divers secteurs concernés et de l'analyse qui en est faite par le Collège, il est proposé une série d'amendements au titre IV destinés à préciser la démarche, à structurer davantage les procédures, à faciliter le contrôle par l'Assemblée, à veiller à ce que les services et organismes soient bien les initiateurs et promoteurs essentiels du processus et à éviter les confusions entre l'évaluation qualitative et le contrôle par le service d'inspection.*

L'amendement n° 24 est adopté à l'unanimité des 12 membres présents dans chacune des deux commissions.

CHAPITRE I  
**Définition**

*Article 169*

Deux amendements n°s 25 et 26 sont déposés à l'article 169.

*Amendement n° 25 déposé par M. Michel Colson, Mme Caroline Persoons, M. Vincent De Wolf et Mme Dominique Dufourny*

*A l'article 169, il est ajouté un § 4, rédigé de la manière suivante :*

« La démarche d'évaluation qualitative est soumise à une évaluation au terme d'une durée de trois ans à partir de l'entrée en vigueur du présent décret. ».

#### Justification

On a pu se rendre compte lors des différentes discussions et auditions portant sur la démarche qualité, nouvellement renommée démarche d'évaluation qualitative, que celle-ci suscitait de nombreuses craintes au sein des services et des organismes représentatifs.

Il apparaît par ailleurs certaines expériences, menées en Flandre ou à l'étranger, n'ont pas été concluantes et que les effets bénéfiques escomptés d'une démarche qualité n'ont pas été rencontrés.

En conséquence, il convient de se montrer prudent et d'introduire une phase expérimentale à la démarche d'évaluation qualitative. L'évaluation qui conclura cette phase devra être menée avec l'ensemble des acteurs impliqués dans ce processus et faire l'objet de débats, d'une part, au sein du Conseil consultatif et, d'autre part, au sein de notre assemblée.

Amendement n° 26 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman

Remplacer l'article 169 en projet par l'article 169 suivant :

« Art.169. – § 1<sup>er</sup>. – La démarche d'évaluation qualitative vise l'amélioration du service proposé aux bénéficiaires et à la population dans son ensemble en termes de prévention, d'aide ou de soin, compte tenu des moyens disponibles en effectifs, ressources financières et structures.

§ 2. – Sous réserve de la loi sur le bien-être au travail et des prérogatives des organisations syndicales, la démarche d'évaluation qualitative est un processus permanent et structuré d'auto-évaluation qui mobilise l'ensemble des ressources internes du service ambulatoire ou de l'organisme.

§ 3. – Les membres du personnel du service ambulatoire ou de l'organisme participent directement à la démarche d'évaluation qualitative selon des modalités fixées, en concertation avec les représentants légaux des travailleurs, par le service ambulatoire ou l'organisme.

Le Conseil d'administration du service ambulatoire ou de l'organisme s'implique dans la démarche d'évaluation qualitative selon les modalités qu'il détermine.

Les partenaires du service ambulatoire ou de l'organisme peuvent être associés à la démarche d'évaluation qualitative en fonction des thèmes choisis.

Dans le respect des règles déontologiques générales propres à chaque secteur, les bénéficiaires du service ambulatoire ou les affiliés de l'organisme peuvent être consultés, directement ou indirectement, à propos de la démarche d'évaluation qualitative. ».

#### Justification

Il est proposé de remplacer l'ensemble de l'article 169 car chacune des dispositions qu'il contient doit s'entendre en tenant compte de toutes les autres dispositions de l'article.

Il est proposé de préciser que la démarche consiste en une évaluation, c'est-à-dire en une réflexion ou une analyse plutôt qu'en une action se mesurant nécessairement par des résultats concrets.

La démarche consiste à mettre en balance, d'une part, la qualité des services offerts et, d'autre part, les moyens quantifiables mobilisés (effectifs, ressources financières, structures). Autrement dit, il s'agit de se demander si l'on peut faire aussi bien avec moins, mieux avec ce qu'on a ou s'il faut augmenter les moyens pour améliorer la qualité.

Le § 2 insiste sur le fait qu'il s'agit d'un processus d'auto-évaluation, permanent et structuré, qui mobilise l'ensemble des ressources internes des services ou organismes. Autrement dit, si la réflexion menée conformément au § 1<sup>er</sup>, aboutit au constat qu'un service n'est pas offert et gagnerait à le devenir moyennant des apports complémentaires (en personnel, moyens financiers ou structures), le processus d'auto-évaluation lui-même ne doit pas nécessairement exiger des moyens complémentaires pour être mené à bien.

Le § 3 précise quels sont les acteurs nécessaires au processus, à savoir les membres du personnel et les dirigeants des services ou organismes tandis qu'il est proposé de rendre facultative l'association des partenaires et la consultation des bénéficiaires ou affiliés. En effet, tous les thèmes retenus ne se prêtent pas nécessairement de façon pertinente à ces associations et consultations. En outre, la capacité de consulter les bénéficiaires des services offerts varie suivant les services et peut s'avérer impossible. Le cas le plus flagrant est celui des services d'accueil téléphonique.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) insiste sur le fait que ce sont d'abord et essentiellement les dirigeants qui sont responsables de la démarche d'évaluation qualitative et que cette dernière consiste bien en une évaluation, c'est-à-dire une réflexion ou une analyse et non une action qui se mesure aux résultats concrets.

Nul n'ignore par exemple que le public bénéficiaire des centres téléphoniques est anonyme et dès lors inconsultable. On sait également qu'il y a un public qui ne s'adresse pas aux services ambulatoires.

Cette commissaire estime qu'il faut laisser une liberté à chaque service de choisir sa démarche.

M. Michel Colson (MR) estime que le dépôt de l'amendement n° 26 représente un signal important de la part de la majorité au secteur ambulatoire.

L'intervenant estime que le premier paragraphe de l'amendement est positif, notamment par rapport aux plus petits services. Ce commissaire pense ainsi que l'ensemble du texte gagne ainsi en cohérence, s'améliore et rencontre mieux les observations faites par le Conseil consultatif lors de son audition par les commissaires.

Par contre, M. Colson se montre critique par rapport au deuxième paragraphe de la justification de l'amendement, selon lequel le processus d'auto-évaluation ne doit pas nécessairement entraîner de moyens complémentaires. L'intervenant estime que cette assertion est contradictoire par rapport à l'engagement du Collège de faire une estimation du financement à octroyer dans le cadre de la démarche d'évaluation qualitative.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) est en désaccord et estime que le fait de réfléchir sur le travail accompli et faire connaître le fruit de sa réflexion n'implique pas automatiquement la nécessité d'un financement complémentaire. Ce subside supplémentaire n'est cependant pas exclu par le texte du projet de décret.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) propose, en cohérence avec l'ensemble des dispositions, de supprimer la dernière phrase du deuxième paragraphe de la justification.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) estime que chaque service doit d'abord mobiliser ses propres ressources.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) demande alors sur quel critère l'un ou l'autre recevra une aide financière.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) répond que ce sera en fonction des besoins.

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) rappelle que les amendements sont le fruit d'une réflexion globale sur le texte du projet de décret et n'est pas favorable à ce que l'amendement proposé subisse des modifications.

M. Paul Galand (Ecolo), quant à lui, fait observer que l'amendement précise les perspectives suite aux auditions du Conseil consultatif et que la démarche d'évaluation participative ne doit pas se comprendre en termes de travail

managérial. A cet égard, il faut éviter les évaluations frénétiques et les statistiques à outrance.

L'intervenant précise encore que c'est au niveau des services que se fait l'évaluation et non de chaque travailleur.

M. Benoît Cerexhe (ministre-président en charge de la Santé) souligne que l'amendement ne s'inscrit pas dans un processus de contrôle mais reflète le souhait que les réflexions et les évaluations puissent être partagées. Il insiste encore sur le fait que les associations sont les maîtres d'œuvre de leurs évaluations.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo) propose de remplacer le mot « *nécessairement* » par « *automatiquement* » au deuxième paragraphe de la justification de l'amendement. Cette correction est acceptée avec l'assentiment général des commissaires.

L'amendement n° 25 est retiré par ses auteurs.

L'amendement n° 26 est adopté par les 12 membres présents de chacune des deux commissions et remplace ainsi l'article 169 initial.

## CHAPITRE II Méthodologie

### Article 170

Un amendement est déposé à l'article 170.

*Amendement n° 27 déposé par Mme Dominique Braeckman, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Anne-Sylvie Mouzon*

*Remplacer l'article 170 en projet par l'article 170 suivant :*

*« Art. 170. – La démarche d'évaluation qualitative porte sur un ou plusieurs thèmes de travail choisis par chaque service ambulatoire ou organisme dans une liste de thèmes propres à son secteur et liés à ses missions. ».*

### *Justification*

*Il convient de ne pas préjuger du nombre de thèmes que chaque service ou organisme souhaite travailler ni du nombre de thèmes que peut contenir la liste prévue à l'article 171*

Mme Dominique Braeckman (Ecolo), rapporteuse, explique la volonté des signataires de ne pas figer le nombre de thèmes initialement répertoriés sur une liste de dix.

M. Paul Galand (Ecolo) appuie ce souci d'éviter toute rigidité d'autant plus qu'existent des processus de suivi régulier de la mise en œuvre de la démarche d'évaluation qualitative dont le concept a évolué.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, estime que cet article et le suivant s'inscrivent dans la volonté de la majorité de répondre aux critiques exprimées quant à la méthodologie, beaucoup trop « enfermante » dans la version initiale. Et puisque la modification de l'article 169 a clarifié la terminologie de la démarche d'évaluation qualitative, les articles 170 et 171, une fois amendés, s'inscrivent dans l'esprit qui a présidé à l'amendement de l'article 169. Pour cette raison, M. Colson annonce que le MR votera pour ces amendements.

M. le ministre Emir Kir approuve l'initiative des auteurs de l'amendement.

L'amendement n° 27 est adopté par les 12 membres présents en commission des Affaires sociales et par les 11 membres présents en commission de la Santé.

L'article 170, tel qu'amendé, est adopté par les 12 membres présents en commission des Affaires sociales et par les 11 membres présents en commission de la Santé.

#### Article 171

Un amendement n° 28 est déposé à l'article 171.

*Amendement n° 28 déposé par Mme Dominique Braeckman, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Anne-Sylvie Mouzon*

A. Remplacer l'article 171, § 1<sup>er</sup> en projet par l'article 171, § 1<sup>er</sup> suivant :

« Art. 171. – § 1<sup>er</sup>. – Tous les trois ans et selon les modalités qu'il détermine, le Collège demande aux services ambulatoires et organismes de proposer des thèmes de travail en lien avec les missions propres à chaque secteur. ».

B. Au § 2 du même article, remplacer les mots « L'ensemble des propositions » par les mots « L'ensemble de ces propositions » et supprimer le mot « dix ».

C. Au § 3 du même article, supprimer le mot « dix » et compléter la disposition par les mots « ainsi qu'à l'Assemblée de la Commission communautaire française. ».

#### Justification

Il convient de ne pas fixer de façon trop rigide le nombre de thèmes à retenir.

*Par ailleurs, dès lors que les délais prévus ne sont pas des délais dont le dépassement serait sanctionné et que la procédure est assouplie, il convient de faciliter le suivi de la démarche par l'Assemblée.*

Mme Dominique Braeckman (Ecolo), rapporteuse et coauteure de l'amendement, explique que cet amendement s'inscrit dans la logique qui a prévalu pour l'article 170 avec cette différence que la liste des thèmes arrêtés par le Collège sera communiquée à l'Assemblée de la Commission communautaire française.

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) approuve cet amendement au nom du Collège.

M. Paul Galand (Ecolo) se réjouit que le Collège soutienne cet amendement et montre combien sa réaction est positive par rapport à une interaction à développer entre le Collège et l'Assemblée de la Commission communautaire française.

L'amendement n° 28 est adopté par les 12 membres présents en commission des Affaires sociales et par les 11 membres présents en commission de la Santé.

L'article 171, tel qu'amendé, est adopté par les 12 membres présents en commission des Affaires sociales et par les 11 membres présents en commission de la Santé.

#### Article 172

Un amendement n° 29 est déposé à l'article 172.

*Amendement n° 29 de M. Michel Colson, Mme Caroline Persoons, M. Vincent De Wolf, Mmes Dominique Dufourny, Isabelle Molenberg et Nathalie Gilson*

L'article 172, 1<sup>er</sup> alinéa, est rédigé de la manière suivante :

« La démarche d'évaluation qualitative est formalisée par la remise au Collège d'un projet établi, pour trois ans, par les fédérations. Ce projet comporte, pour chacun des services ambulatoire : »

#### Justification

Les fédérations ou organismes représentatifs sont certainement les mieux placés pour jouer ce rôle d'intermédiaire entre les services, le Collège et l'administration. Pour qu'elles soient à même de remplir ce rôle, des moyens complémentaires doivent être accordés aux fédérations.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, défend l'amendement.



M. le ministre-président Benoît Cerexhe (ministre en charge de la Santé) estime que cet amendement est contraire à la démarche d'évaluation qualitative que le Collège entend mener avec chaque association, ce qui s'impose vu la diversité des contextes de déploiement propre à chaque association. En outre, il est bon d'observer que toutes les associations ne font pas partie de fédérations. Les organisations syndicales elles-mêmes avaient à ce titre dénoncé le pouvoir donné aux fédérations.

M. le ministre-président ajoute que cet amendement est en contradiction avec l'article 33 qui précise les conditions d'agrément de chaque service (cf. article 33, 7°).

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) intervient pour rappeler qu'il faut aussi, dans l'ensemble du projet de décret, remplacer les « démarche-qualité » par *démarche d'évaluation qualitative*.

A propos de l'amendement à l'examen, M. Paul Galand (Ecolo) ajoute que l'adopter serait d'ailleurs priver les différentes fédérations de la diversité qu'elles représentent.

L'amendement n° 29 est rejeté par 8 voix contre et 4 pour en commission des Affaires sociales et par 7 voix contre et 4 pour en commission de la Santé.

L'article 172 initial est adopté par 8 voix pour et 4 abstentions en commission des Affaires sociales et par 8 voix pour et 4 abstentions en commission de la Santé.

#### Article 173

Un amendement n° 30 est déposé à l'article 173.

*Amendement n° 30 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*A l'article 173 en projet, insérer après les mots « et désigne les agents de ses services » les mots « , autres que le service d'inspection, ».*

#### Justification

*Il convient de préciser que les agents des services du Collège chargés de l'accompagnement de la démarche d'évaluation qualitative ne pourront pas être membres du service d'inspection des services ambulatoires et organismes.*

Toutefois, les mêmes auteurs déposèrent par après un amendement n° 31 libellé comme suit :

*Remplacer l'article 173 en projet par l'article 173 suivant :*

*« Art. 173. – Dans la limite des crédits disponibles, le Collège accompagne la démarche d'évaluation qualitative sur les plans méthodologique et financier, selon les modalités qu'il détermine. Il désigne les agents de ses services, autres que le service d'inspection, chargés de cet accompagnement. ».*

Compte tenu du caractère plus général de l'amendement n° 31 et de l'insertion dans cet amendement n° 31 des éléments à modifier proposés par l'amendement n° 30, ce dernier est devenu sans objet.

Justifiant l'amendement n° 31, Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) souligne que le coût de la démarche d'évaluation qualitative est un réel souci partagé par les organismes, les services et les fédérations. Or, le Collège a annoncé son intention de soutenir financièrement cette démarche dans la mesure du possible. Mais, à ce stade, les auteurs de l'amendement ignorent quelles seront les marges budgétaires susceptibles d'être dégagées par le Collège.

Ceci implique qu'il faille laisser à celui-ci la plus grande latitude en concertation évidemment avec les secteurs et les organisations représentatives des personnels pour affecter de la manière la plus efficiente les crédits qui seront dégagés. Dès lors, les auteurs de l'amendement pensent qu'il serait de mauvaise gestion de préjuger de la manière dont il faudrait les affecter, que ce soit sous la forme de subside de fonctionnement, de subside en masse salariale ou sous toute autre forme. Non seulement parce que les crédits susceptibles d'être dégagés pourront varier d'une année à l'autre mais aussi parce que la meilleure utilisation possible des crédits pourrait varier pour l'évaluation par chaque service organisé. Tout type d'étude ne nécessite pas le même type d'investissement financier. Pour que le Collège puisse affecter les crédits disponibles de la manière la plus intelligente et la plus efficace possible, en concertation avec les secteurs, les auteurs souhaitent qu'il soit précisé à l'article 173 que, suivant les modalités qu'il détermine, le Collège accompagne la démarche pas seulement sous l'angle méthodologique mais également financier.

M. le Président se fait préciser par Mme Mouzon que cet amendement vise bien à remplacer la version initiale de l'article 173 par une nouvelle rédaction. Le second amendement déposé par les mêmes auteurs ne sera examiné que si le premier amendement devait être rejeté.

Un sous-amendement à l'amendement précédent est déposé.

*Sous-amendement déposé par Caroline Persoons, Michel Colson, Nathalie Gilson*

*A l'article 173 tel qu'amendé, il est inséré entre les termes « évaluation qualitative » et « sur les plans méthodologiques » les termes suivants : « des associations, ainsi que des organismes visés au Titre III, ».*

### Justification

*La première visée des démarches d'évaluation qualitative est d'améliorer le service à la population. Il a été accepté par tous que cet objectif serait rencontré, d'une part par un travail sur la qualité au sein de chaque association et, d'autre part, par une analyse transversale et intersectorielle des démarches d'évaluation qualitative.*

*Le choix de thématiques communes permettra en effet aux associations de travailler, via leurs organismes de coordination, dans une dynamique sectorielle et intersectorielle. Ce faisant, ils poursuivront les objectifs suivants :*

- *améliorer leur capacité de faire écho aux problématiques sociales et sanitaires rencontrées par les bénéficiaires;*
- *formuler des recommandations sectorielles et intersectorielles;*
- *permettre aux pouvoirs publics de bénéficier d'indications claires pour l'élaboration des priorités politiques.*

*Deux fonctions sont donc dévolues aux démarches d'évaluation qualitative :*

- *une fonction interne : permettre à chaque association de définir et affirmer ses propres critères de qualité, c'est-à-dire avoir davantage prise sur le sens de son travail;*
- *une fonction externe : construire un référentiel de qualité qui améliore les capacités d'ajustement des politiques du social et de la santé.*

Réagissant d'abord sur l'amendement, M. Michel Colson (MR), rapporteur, rappelle l'amendement déposé par lui-même et consorts pour modifier l'article 118 afin de prévoir les moyens susceptibles d'encadrer la démarche d'évaluation qualitative. Le décret devrait montrer la volonté du Collège d'accompagner cette démarche sur le plan financier.

M. le ministre-président soutient l'amendement déposé par Mme Mouzon, M. du Bus de Warnaffe et Mme Braeckman. Et comme Mme Mouzon l'a déclaré, il faut permettre au Collège de régler en concertation avec les secteurs la manière suivant laquelle cette répartition va se faire entre les associations et ce, par voie d'arrêtés d'application. Il est envisageable, sur ce point, que les associations mutualisent ce financement.

L'amendement est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociale et à celle des 12 membres de la commission de la Santé.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, déclare que son groupe a été pris de court lorsque les chefs de groupes de la majorité ont déposé l'amendement qui vient d'être adopté.

En effet, M. Colson avait avant cela reçu un courriel de la fédération des maisons médicales, de la fédération des employeurs des institutions ambulatoires pour toxicomanes, de la fédération des services sociaux ainsi que de la fédération laïque des centres de planning familial, lesquels demandaient d'ajouter entre les termes « *évaluation qualitative* » et les termes « *sur le plan méthodologique* », « *des associations ainsi que des organismes visés au tire III* ».

Le groupe MR a donc décidé de relayer cette volonté par cet amendement qui apporte une clarification et qui est de nature à rassurer certaines inquiétudes régnant dans le secteur. La première raison d'être de la démarche d'évaluation qualitative étant d'améliorer le service à la population, il a été accepté que cet objectif serait rencontré, d'une part, par un travail sur la qualité au sein de chaque association et, d'autre part, par une analyse transversale et intersectorielle de ces démarches.

Le choix des thématiques communes permettra donc aux associations de travailler via leurs organismes de coordination dans une dynamique sectorielle et intersectorielle. Ils poursuivront pour ce faire les objectifs suivants :

- améliorer leur capacité de faire écho aux problématiques sociales et sanitaires,
- formuler des recommandations sectorielles et intersectorielles et permettre aux pouvoirs publics de disposer d'indications claires pour l'élaboration des priorités politiques.

Deux fonctions sont dévolues aux démarches d'évaluation qualitative : une fonction interne et une fonction externe.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo), rapporteuse et coauteure de l'amendement, précise que dans la façon dont l'amendement a été formulé, les auteurs laissent ouverte la possibilité pour les fédérations de bénéficier d'un accompagnement financier. Il est vrai que leur travail, en l'occurrence, sera important et supplémentaire. Important dans le sens où ce travail va servir de transmission entre des associations et des politiques, que ce soit l'Assemblée ou que ce soit les cabinets des ministres afin d'en faire le meilleur usage.

Il convient donc que les fédérations soient reconnues dans leur travail.

Mais comme le ministre l'a dit et qui sera mentionné dans le rapport, comme les auteurs de l'amendement l'ont voulu, les modalités seront arrêtées ultérieurement, tout en sachant que toutes les associations, fédérations, organismes recevront un accompagnement financier dans les limites budgétaires de la Commission communautaire française.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, réplique que si le sous-amendement de l'opposition « ne mange pas de

pain » pourquoi dès lors ne pas l'adopter. Car, depuis le début qu'on travaille sur ce projet de décret, on envoie tous des signaux au secteur par rapport au débat qu'il a animé. Donc, objectivement, M. Colson estime que l'argumentation développée par Mme Braeckman de se satisfaire d'une mention au rapport ne suffit pas. Le sous-amendement apporte une clarification bien nécessaire. Puisque cela va de soi, autant le dire.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) relit l'article 173 tel que M. Colson et consorts se proposent de le modifier, à savoir « *Dans la limite des crédits disponibles, le Collège accompagne la démarche d'évaluation qualitative des associations ainsi que des organismes visés au titre III sur les plans méthodologique et financier qu'il détermine* ».

Mme Mouzon estime qu'accepter ce sous-amendement, c'est restreindre la capacité du Collège d'affecter le plus adéquatement possible les moyens disponibles parce que cela obligera le Collège à affecter des moyens aussi bien aux services et organismes qu'aux associations. Et donc, on risque d'aller au devant d'un saupoudrage nuisible. La majorité souhaite que le Collège discute avec les secteurs, les organismes, les organisations syndicales pour savoir en fonction des thèmes retenus et en fonction des besoins ce qui sera le plus efficient en termes de soutien financier et ce, sans préjuger que ce sera soit sous forme de masse salariale, soit sous forme de frais de fonctionnement, soit aux organismes, soit aux services, soit aux organisations.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, répond que le débat est soit celui de l'habilitation du Collège de décider, soit celui d'apaiser les secteurs concernés. Cette seconde solution étant le choix du groupe MR.

M. le ministre-président Benoît Cerexhe précise qu'il s'agit ici d'un cadre général, d'une base légale mais sur les modalités d'exécution, l'article amendé n'exclut pas, bien au contraire, qu'on mutualise les aides octroyées. Cet octroi se fera en concertation avec les secteurs.

M. Paul Galand (Ecolo) ajoute que dans l'article 173 amendé, les agents des services ne seront pas ceux de l'inspection, ce qui s'inscrit bien dans les principes de la démarche d'évaluation qualitative. Cette précision est donc de nature à apaiser les craintes émises.

Le sous-amendement déposé par Mme Persoons, M. Colson et Mme Gilson est rejeté par 8 voix contre et 4 pour en commission des Affaires sociales et par 8 voix contre et 4 voix pour en commission de la Santé.

L'article 173, tel qu'amendé, est adopté sur la base du vote de l'amendement déposé par Mme Mouzon, M. du Bus de Warnaffe et Mme Braeckman.

#### Article 174

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) demande que soit bien intégrée la correction technique imposant les termes « *dé-*

*marche d'évaluation qualitative* » en lieu et place de « *démarche qualité* ».

En outre, Mme Mouzon rappelle qu'il a été prévu d'une manière générale que l'Assemblée pouvait demander un avis au Conseil consultatif. Certes, il n'est pas nécessaire de modifier l'article 174 en conséquence mais bien utile de le rappeler.

Cette appréciation est partagée par le Collège.

L'article 174 est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et à celle des 12 membres de la commission de la Santé.

### CHAPITRE III

#### Rapports sectoriels et intersectoriels

##### Article 175

Un amendement n° 31 est déposé à l'article 175.

*Amendement n° 31 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*A l'article 175 en projet, insérer après les mots « Chaque année, le Collège », les mots «, se basant notamment sur le rapport d'activité visé à l'article 104, »; après les mots « dans le courant de l'année », le mot « précédente » et après les mots « sont communiqués aux services ambulatoires et organismes agréés » les mots « ainsi qu'à l'Assemblée de la Commission communautaire française ».*

##### Justification

*Le rapport annuel du Collège doit tenir compte, à tout le moins, des constats faits par les services et organismes eux-mêmes dans leur rapport annuel d'activité.*

*En outre, il convient de préciser que ce rapport annuel concerne les initiatives de l'année précédente.*

*Enfin, il convient, comme à l'article 170, de faciliter le suivi du processus par l'Assemblée.*

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) défend oralement cet amendement qui prévoit que le Collège établit un rapport en tenant compte des rapports d'activités que chaque organisme ou service doit rendre conformément à l'article 104, ce qui ancre aussi l'évaluation du Collège sur ce que les organismes établis diront eux-mêmes de leurs démarches d'évaluation qualitative. Pour le reste, un délai est très clairement défini et en plus ce rapport sera transmis à l'Assemblée de la Commission communautaire française, permettant aux parlementaires de vérifier notamment le respect

des délais et que le rapport du Collège tient bien compte des rapports d'activités des organismes et services.

M. le ministre Emir Kir estime que cet amendement s'inscrit exactement dans la philosophie du Collège, désireux de voir présentés des rapports transversaux entre les secteurs.

L'amendement n° 31 est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et à celle des 12 membres de la commission de la Santé.

L'article 175, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et à celle des 12 membres de la commission de la Santé.

#### Article 176

Un amendement n° 32 est déposé à l'article 176.

*Amendement n° 32 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*Remplacer l'article 176 en projet par l'article 176 suivant :*

*« Art. 176. – Tous les trois ans, se basant notamment sur les rapports prévus à l'article 172, le Collège établit un rapport comportant une analyse sectorielle et intersectorielle portant sur la mise en œuvre des démarches d'évaluation qualitative. Ce rapport est soumis, pour avis, au Conseil consultatif. Le rapport ainsi que l'avis du Conseil consultatif sont communiqués aux services ambulatoires et organismes agréés, ainsi qu'à l'Assemblée de la Commission communautaire française. ».*

#### Justification

*Comme à l'article 175, il est proposé d'obliger le Collège à établir son rapport notamment sur les constats faits par les services et organismes eux-mêmes.*

*En outre, comme aux articles 170 et 175, il est proposé de faciliter le suivi du processus par l'Assemblée.*

L'amendement n° 32 est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et à celle des 12 membres de la commission de la Santé.

L'article 176, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et à celle des 12 membres de la commission de la Santé.

#### Article 177

Un amendement n° 33 est déposé à l'article 177.

*Amendement n° 33 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*Supprimer l'article 177*

#### Justification

*On n'aperçoit pas pourquoi l'anonymat des services et des organismes agréés et financés par les pouvoirs publics devrait nécessairement être préservé d'autant qu'il peut être tout aussi bénéfique pour eux que soient connues les difficultés qu'ils rencontrent ou la qualité des services qu'ils offrent.*

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) ajoute qu'autant il lui paraît indispensable de respecter et l'article 458 du Code pénal (secret professionnel) et la législation sur le respect de la vie privée en ce qui concerne les personnes qui fréquentent les services et organismes visés – et donc il n'est pas question que la démarche d'évaluation qualitative contienne des observations et études sur les personnes qui ont bénéficié des services de ces organismes – autant il lui paraît tout à coup surprenant qu'il faille respecter l'anonymat des organismes et des services eux-mêmes.

Mme Mouzon ne voit pas pourquoi, a priori, leur anonymat devrait être respecté. Elle ajoute que les services et organismes sont d'ailleurs divisés sur ce point. Elle demande la suppression pure et simple de l'article. En effet, le respect de l'anonymat peut être une source de méfiance sur la qualité du travail des services et organismes.

M. Paul Galand (Ecolo) estime pour sa part qu'il y a du mérite pour une association à faire état de ses difficultés éventuelles sans pour cela qu'elle recourt à l'anonymat.

La démarche d'évaluation qualitative doit correspondre à une ouverture d'esprit qui tire parti des enseignements tant des bons que des moins bons résultats.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo), rapporteuse, partage l'avis de M. Galand. Il est bon, en effet, de savoir de qui émane précisément tel ou tel rapport transmis. Ces rapports doivent permettre un dialogue constructif et un échange de bonnes pratiques.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, partage cette idée développée par Mme Mouzon que l'anonymat réservé dans un décret aux services et aux organismes a quelque chose d'interpellant.

Mais nonobstant cette unité de vue avec les auteurs de l'amendement, M. Colson souhaiterait savoir pourquoi le Collège avait prévu initialement cet anonymat des organismes et des services. Ne serait-ce pas à la demande des petites associations ?

Pour M. André du Bus de Warnaffe (cdH) aussi, cet anonymat ne ferait qu'attirer l'attention et peut-être la suspicion. L'identification des services et organismes s'impose dans la publication de ces rapports.

M. Paul Galand (Ecolo) répète que l'article précédent précise que les fonctionnaires concernés par l'accompagnement de la démarche d'évaluation qualitative ne font pas partie de l'inspection, ce qui lève l'inquiétude éventuelle qui susciterait l'écriture de cet article 177.

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) approuve l'amendement et la suppression de l'article 177 pour les raisons données par Mme Mouzon. Il confirme ce qu'a dit M. Galand sur les inquiétudes des associations sur l'utilisation éventuelle des rapports. Ces rapports mériteraient d'être publiés dans la mesure où ils feraient la lumière sur les difficultés rencontrées par les associations, sur les besoins nouveaux et permettraient de mettre en avant la qualité du travail réalisé par les sec-teurs.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, admet qu'ainsi expliqué cela devrait rassurer les associations mais pas les syndicats.

L'amendement n° 33 est adopté par 8 voix pour et 4 abs-tentions en commission des Affaires sociales et par 8 voix pour et 4 abstentions en commission de la Santé.

En conséquence, l'article 177 est supprimé et les articles suivants seront renumérotés.

**TITRE V  
LES RESEAUX**

**CHAPITRE I  
Définitions, objectifs et champ d'application**

*Article 178*

L'article 178 est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et à celle des 12 mem-bres de la commission de la Santé.

*Article 179*

L'article 179 est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et à celle des 12 mem-bres de la commission de la Santé.

**CHAPITRE II  
Agrément et dispositions relatives aux subventions**

**SECTION I  
Conditions d'agrément**

*Articles 180 à 185*

Les articles 180 à 185 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et à celle des 12 membres de la commission de la Santé.

**SECTION II  
Procédure d'octroi ou de refus d'agrément**

*Article 186*

Un amendement n° 34 est déposé à l'article 186.

*Amendement n° 34 déposé par Mme Dominique Braeck-man, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Anne-Sylvie Mouzon*

*Remplacer l'article 186 en projet par l'article 186 sui-vant :*

*« Art. 186. – Le Collège agréé un réseau pour une du-rée de trois ans renouvelable si un financement reste jus-tifié compte tenu des crédits disponibles et de l'agrément d'autres réseaux ».*

*Justification*

*Les moyens dont dispose la Commission communautaire française étant limités, on comprend l'intérêt qu'il y aurait à ce qu'une fois lancé et bien rodé grâce à des subsides, un réseau puisse s'autofinancer pour continuer ses activités. L'économie ainsi réalisée par la Commission pourrait être affectée à la création d'autres réseaux dans les secteurs où il n'en existe pas.*

*Toutefois, un réseau n'est pas l'autre et il est présomp-tueux de penser que la durée nécessaire de subsidiation, liée à l'agrément conformément à l'article 195, puisse être fixée dans tous les cas à 3 ou 6 ans.*

*Il convient donc de laisser cette appréciation au Col-lège.*

*Certes, il est proposé de lui reconnaître un pouvoir d'ap-préciation discrétionnaire mais rappelons à cet égard que toute décision à portée individuelle doit être motivée en la forme et que le Conseil d'Etat sanctionne les décisions ad-ministratives basées sur les erreurs de droit, les erreurs de fait et les usages manifestement déraisonnables du pouvoir d'appréciation.*

Mme Dominique Braeckman (Ecolo), rapporteuse, coauteure de l'amendement, rappelle que sous sa forme initiale cet article prévoyait que l'agrément d'un réseau n'était octroyé que pour six ans au maximum. Cette limite dans le temps est inadéquate dans la mesure où par la qualité et l'objet de leur travail certains réseaux mériteraient d'être agréés au-delà de cette limite. Cette limite initiale à six ans pourrait même dans ces cas être considérée comme une forme de gaspillage.

Il appartiendra au Collège de se prononcer en ce sens, en fonction soit des crédits disponibles, soit des priorités qui se présenteraient.

M. Michel Colson (MR, rapporteur, déclare que cet amendement va dans le bon sens, c'est-à-dire pour une pérennisation des réseaux même s'il octroie une plus grande habilitation au Collège.

M. le ministre Emir Kir approuve cet amendement au nom du Collège et salue une avancée importante dans ce secteur.

L'amendement est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et de celle des 12 membres de la commission de la Santé.

#### Articles 187 à 194

Les articles 187 à 194 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et de celle des 12 membres de la commission de la Santé.

#### SECTION III Subventions

#### Articles 195 à 197

Les articles 195 à 197 sont adoptés à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et de celle des 12 membres de la commission de la Santé.

### TITRE VI PROCEDURE D'AGREMENT DU SERVICE INTEGRE DE SOINS A DOMICILE

#### Article 198

L'article 198 est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et de celle des 12 membres de la commission de la Santé.

### TITRE VII DISPOSITIONS ABROGATOIRES, TRANSITOIRES ET FINALES

#### Article 199

L'article 199 est adopté à l'unanimité des 12 membres de la commission des Affaires sociales et de celle des 12 membres de la commission de la Santé.

#### Article 200

Un amendement n° 35 est déposé à l'article 200.

*Amendement n° 35 déposé par Mme Caroline Persoons, MM. Michel Colson, Vincent De Wolf, Mmes Dominique Dufourny, Isabelle Molenberg et Nathalie Gilson*

*Supprimer le deuxième paragraphe et le remplacer par :*

*« dès la mise en application du décret, le Collège fixe pour trois ans une période expérimentale de la démarche d'évaluation qualitative. Les résultats de cette période expérimentale seront communiqués à l'Assemblée pour analyse et évaluation. ».*

#### Justification

*On a pu se rendre compte, lors des différentes discussions et auditions portant sur la démarche qualité, nouvellement renommée démarche d'évaluation qualitative, que celle-ci suscitait de nombreuses craintes au sein des services et des organismes représentatifs.*

*Il apparaît par ailleurs, que certaines expériences menées en Flandre ou à l'étranger, n'ont pas été concluantes et que les effets bénéfiques escomptés n'ont pas été rencontrés.*

*En conséquence, il convient d'introduire une phase expérimentale à la démarche d'évaluation qualitative.*

*L'évaluation qui conclura cette phase devra être menée avec l'ensemble des acteurs impliqués dans ce processus, et faire l'objet de débat au sein du Conseil consultatif d'une part, et au sein de notre Assemblée d'autre part.*

Dans sa défense de l'amendement, M. Michel Colson (MR), rapporteur, coauteur de cet amendement, déclare que parmi les multiples signaux que les commissaires ont adressés aux secteurs pour les rassurer sur ce qu'on appelait alors la « démarche qualité », il est assez logique que la démarche d'évaluation qualitative soit elle-même évaluée. Il faut d'ailleurs noter que certaines expériences menées en Flandre et à l'étranger n'ont pas été concluantes, ce qui jus-

tifie le souci d'introduction de cette période expérimentale dans l'application de la démarche d'évaluation qualitative.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) pense que l'évaluation de la mise en œuvre de la démarche d'évaluation qualitative est un élément intéressant et susceptible d'être approuvé par tous. C'est pour cela que les chefs de groupe de la majorité ont déposé un amendement à l'article 202 sur l'ensemble du décret quant à une évaluation de tout le processus d'application du décret après trois ans, ce qui traduit une volonté de cohérence par rapport à un souhait de plus en plus exprimé par le monde politique d'intégrer la démarche d'évaluation qualitative pour ses propres initiatives.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) ajoute que cet amendement à l'article 202 encadre l'obligation d'évaluer. En revanche, contrairement à ce qui est proposé par le MR, il ne fait pas de la première période d'application une période expérimentale. Tout a été fait pour prévoir la transmission des rapports, des listes, etc à l'Assemblée pour que celle-ci puisse évaluer le processus, le suivre et prendre les initiatives législatives jugées utiles le moment venu.

Avoir une période expérimentale sur base facultative pour les services et organismes présente le risque qu'après trois ans de mise en œuvre on n'arrive à la conclusion que cette expérience n'est pas probante puisqu'on ne peut évaluer que ceux qui ont fait la démarche sans pouvoir tenir compte des autres.

En conséquence, Mme Mouzon souhaite que tous les intéressés participent à cette évaluation dès l'entrée en vigueur du décret.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo), rapporteuse, ajoute que cela n'aurait pas beaucoup de sens d'imposer au secteur ambulatoire bruxellois un processus d'évaluation partiel.

Mme Braeckman estime que l'amendement à l'article 202 évite l'écueil cité. S'il apparaît nécessaire de remédier à une situation insatisfaisante, il appartient au législateur d'intervenir.

Mme Braeckman souhaite que la démarche d'évaluation que le politique s'imposera aboutisse à des rapports consistants. Pour cela, on ne peut attendre l'échéance des trois ans pour entamer une évaluation du décret.

Mme Braeckman plaide également pour que la concertation avec les différents acteurs de l'ambulatoire bruxellois permette la réflexion sur la démarche d'évaluation à mettre en place pour qu'elle ne se limite pas à une récolte et à une analyse de données strictement statistiques.

M. Paul Galand (Ecolo) estime que l'amendement déposé comporte une redondance par rapport à l'esprit même du décret. Car, la démarche d'évaluation qualitative est expé-

rimentale en elle-même. Cette redondance risque de semer plus de trouble que d'apaisement.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, maintient sa proposition de période expérimentale.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) précise ce qu'il a dit précédemment, à savoir que la période d'évaluation est mise à profit pendant trois ans et, à ce terme, un rapport doit rendre compte de la situation réelle de l'application de la démarche d'évaluation qualitative.

Pour Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS), il y a une grande différence entre évaluer et expérimenter. Elle précise que l'amendement à l'article 202 fixe les périodes : six mois pour évaluer après trois ans de mise en œuvre et ensuite communication à l'Assemblée. Mais, si l'évaluation aboutit à une conclusion insatisfaisante, l'Assemblée pourra s'en saisir et initier les mesures qui s'imposent sans nécessairement attendre une réaction du Collège. S'il s'avère, en effet, que les services, les organismes et les fédérations sont dans l'incapacité de procéder à une évaluation qualitative, le constat sera effectivement consternant.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) estime que si l'amendement à l'article 202 est adopté, on rentre dans une démarche d'analyse et de préparation d'une évaluation qui aura lieu trois ans plus tard. M. du Bus de Warnaffe estime qu'en fonction des caractéristiques des évaluations, celles-ci ne porteront pas leurs effets dans trois ans ou trois et demi mais directement. Mettre en place des objectifs et des critères en concertation avec les institutions concernées, a déjà des effets d'orientation et cela renforce la prise de conscience des enjeux sous-jacents.

Donc, une évaluation qui est bien pensée produit déjà des effets dès le début du processus et non pas à la fin.

Mme Caroline Persoons (MR) ajoute qu'il importe aussi de savoir comment est conçue cette évaluation. Certains services, dit-elle, n'auront pas besoin d'une évaluation particulière, car ils existent depuis très longtemps.

Mme Persoons souligne qu'en matière d'évaluation qualitative, des rapports sont déjà prévus par le décret.

L'article 175 prévoit aussi un rapport annuel communiqué à l'Assemblée et au Conseil consultatif. Si une évaluation en plus des rapports annuels peut paraître superfétatoire, le fait de proposer une période expérimentale est une preuve de prudence vis-à-vis d'une nouvelle démarche.

Mme Dominique Braeckman (Ecolo), rapporteuse, réagit à cette intervention de Mme Persoons en soulignant qu'il s'agit de l'évaluation du décret et non des associations et qu'un rapport et une évaluation ne sont pas les mêmes choses.

Dans les rapports que remettent les associations, on retrouve les observations faites par rapport à des thématiques choisies alors que l'évaluation consiste à déterminer ce que le décret apporte à l'ambulatoire bruxellois. Pour que l'évaluation débute dès l'entrée en vigueur du décret, il faut à présent réfléchir aux critères de l'évaluation, conclut Mme Braeckman.

Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) dit que c'est tout le décret qu'il faut évaluer et pas seulement son chapitre sur l'évaluation qualitative et aussi déterminer s'il est pertinent de prévoir une reconnaissance ad vitam, prévoir le type de subventionnement plutôt que tel autre, etc. Il faudra tout évaluer.

Alors que notre société est confrontée aux conséquences annoncées de la crise actuelle, M. Paul Galand (Ecolo) plaide pour un maximum de synergies entre les associations. C'est pourquoi, il pense que le mot « expérimentale » risque de freiner la démarche sans ajouter un élément positif au processus de l'évaluation qualitative.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, rappelle que le premier avis des fédérations des centres de planning familial était favorable au décret et a été abandonné à la suite d'un revirement d'opinion interne, si bien que Mme Grandjean est venue soutenir l'idée d'une période expérimentale lors de son audition, le 10 décembre dernier.

M. le ministre-président Benoît Cerexhe pense qu'il faut voir les choses plus positivement que certains ne le font car c'est aussi une reconnaissance de tout ce qui se fait aujourd'hui en termes d'évaluation. Un grand nombre d'associations participent à ce travail d'évaluation.

En réponse à M. Colson à propos des exemples cités en Flandre et à l'étranger, le ministre-président se veut prudent. Car, en Flandre, c'est imposé à la différence de ce que la Collège de la Commission communautaire française. Le Collège a voulu que les associations restent maîtres d'œuvre de leurs projets.

M. le ministre-président reproche aux auteurs de l'amendement, Mme Persoons, M. Colson et consorts de ne pas prévoir les modalités particulières d'expérimentation. En outre, mener une démarche d'évaluation qualitative est une condition d'agrément imposée par l'article 33.

En outre, le Conseil consultatif peut d'initiative ou à la demande du Collège opérer une évaluation globale du dispositif. Qui plus est, une évaluation aura lieu à mi-parcours et après trois ans. Les rapports sectoriels et intersectoriels constitueront également des outils d'évaluation utiles. Enfin, il est bien prévu de lancer la démarche d'évaluation qualitative par vagues successives de cinquante associations. Des ajustements dans la mise en œuvre du dispositif seront à tout moment possibles.

M. Emir Kir (ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille) ajoute que préalablement à ce lancement, il y aura concertation avec chaque secteur.

L'amendement n° 35 est rejeté par 8 voix contre et 4 pour en commission des Affaires sociales et par 8 voix contre et 4 pour en commission de la Santé.

L'article 200 est adopté par 8 voix pour et 4 abstentions en commission des Affaires sociales et par 8 voix pour et 4 abstentions en commission de la Santé.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, justifie l'abstention du groupe MR, il ne veut pas voter contre le principe de l'agrément à durée indéterminée.

#### *Article 201*

L'article 201 ne fait l'objet d'aucun commentaire et est adopté à l'unanimité des 12 membres présents de la commission des Affaires sociales et à celle des 12 membres présents de la commission de la santé.

#### *Article 202*

Un amendement n° 36 est déposé l'article 202.

*Amendement n° 36 déposé par Mme Anne-Sylvie Mouzon, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Dominique Braeckman*

*Remplacer l'article 202 du projet de décret par l'article 202 suivant :*

*« Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par le Collège et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2009. Le Collège évalue sa mise en œuvre entre le 1<sup>er</sup> 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. »*

Cet amendement a déjà été largement discuté lors de l'examen de l'article 200. Néanmoins, Mme Anne-Sylvie Mouzon (PS) propose de fixer l'entrée en vigueur du décret à la date fixée par le Collège et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2009.

L'amendement est adopté par 8 voix pour et 4 abstentions en commission des Affaires sociales et par 8 voix pour et 4 abstentions en commission de la Santé et remplace ainsi l'article 202 initial.



## **7. Vote sur l'ensemble du projet de décret**

Le projet de décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé est adopté par 8 voix pour et 4 abstentions en commission des Affaires sociales et par 8 voix pour et 4 abstentions en commission de la Santé.

M. Michel Colson (MR), rapporteur, justifie l'abstention de son groupe en soulignant l'intérêt du travail parlementaire réalisé grâce notamment à l'enseignement tiré des auditions tout en déplorant que la majorité n'a pas suivi la proposition du MR d'une période expérimentale.

## **8. Approbation du rapport**

En leur réunion du 10 février 2009, les membres des commissions réunies des Affaires sociales et de la Santé ont procédé à la lecture du rapport et l'on adopté, moyennant quelques modifications, à l'unanimité des 9 membres présents dans chacune des deux commissions.

*Les Rapporteurs,*

*Le Président,*

Dominique BRAECKMAN  
Michel COLSON

Serge de PATOUL

## 9. Texte adopté par la Commission

### PROJET DE DÉCRET

#### relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé

#### TITRE I DISPOSITIONS GÉNÉRALES

##### CHAPITRE I Champ d'application et définitions générales

###### SECTION I *Champ d'application*

###### *Article 1<sup>er</sup>*

Le présent décret règle en vertu de l'article 138 de la Constitution une matière visée à l'article 128 de celle-ci.

###### SECTION II *Définitions générales*

###### *Article 2*

Pour l'application du présent décret, il faut entendre par :

1° le Conseil consultatif : le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé créé par le décret du 5 juin 1997;

2° le service ambulatoire : structure agréée en tant que centre, maison ou service actif dans le domaine de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé 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. Le service ambulatoire est soit un service de santé mentale, un service actif en matière de toxicomanies, un centre d'action sociale globale, un centre de planning familial, une maison médicale, un service de médiation de dettes, un service d'aide aux justiciables, un service « Espaces-Rencontres », un centre de coordination de soins et services à domicile, un service de soins palliatifs et continués, un service d'aide à domicile, un centre d'accueil téléphonique;

3° le bénéficiaire : toute personne, famille, groupe ou public spécifique en faveur de qui est conduite une mission de service public en matière d'action sociale, familiale et de santé;

4° le siège d'activité, l'antenne : lieux où s'exercent ou d'où s'organisent les missions des services ambulatoires;

5° le secteur : ensemble des services ambulatoires agréés sous la même appellation telles que visées au 2°;

6° le soin : action au bénéfice d'une personne, d'un groupe de personnes ou de la population dans le but de promouvoir, d'améliorer, de protéger, d'évaluer, de maintenir ou de rétablir sa santé;

7° l'action sociale : action qui vise prioritairement à lutter contre des situations de précarité et d'exclusion caractérisées par des problèmes multiples et complexes.

*Elle met en œuvre un ensemble de moyens par lesquels une société agit sur elle-même pour assurer sa cohésion sociale, par des actions visant à aider les personnes, les familles et les groupes les plus fragiles à mieux vivre, à acquérir ou à préserver leur autonomie et par le soutien des réseaux de solidarité, notamment par l'action communautaire.*

L'aide aux familles participe de l'action sociale.

8° l'organisme : l'organisme de coordination ou l'organisme représentatif et de coordination;

9° le territoire : entité géographique, définie par le service ambulatoire, sur laquelle il exerce principalement ses missions.

#### CHAPITRE II Définitions et missions sectorielles

##### SECTION I *Les services de santé mentale*

###### *Article 3*

Le service de santé mentale est un service ambulatoire qui, par une approche multidisciplinaire, et en collaboration avec d'autres institutions et personnes concernées par la santé, contribue au diagnostic et au traitement psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique et psychosocial du bénéficiaire dans ses milieux habituels de vie, et à la prévention en santé mentale. C'est un service ambulatoire qui réalise ses missions, principalement, au bénéfice de la population et des partenaires du territoire d'intervention.

###### *Article 4*

§ 1<sup>er</sup>. – Le service de santé mentale exerce les missions générales suivantes :

- 1° offrir un premier accueil, analyser et, le cas échéant, orienter la demande de tout bénéficiaire;
- 2° poser un diagnostic et assurer le traitement psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique et psychosocial de problèmes de santé mentale. Le diagnostic et le traitement de problèmes de santé mentale intègrent les aspects médicaux, psychiatriques, psychologiques et sociaux. Ils visent essentiellement à améliorer le bien-être psychique du patient dans ses milieux habituels de vie.

Le service de santé mentale assure le traitement des patients notamment par :

- a) une collaboration avec toutes les personnes et institutions concernées;
  - b) un suivi de patients qui sont hébergés dans des institutions résidentielles et hospitalières, en accord avec les médecins de ces institutions;
  - c) un suivi de patients qui ont été hébergés dans des institutions résidentielles et hospitalières;
  - d) un travail qui vise à la réinsertion sociale de patients qui, suite à des problèmes de santé mentale, rencontrent des difficultés dans leur vie familiale, scolaire, professionnelle ou sociale;
- 3° organiser, élaborer ou collaborer à des activités de prévention.

Le service de santé mentale organise ou collabore à des activités de prévention étroitement liées à ses missions générales et, le cas échéant, aux projets spécifiques qu'il développe.

Ces activités peuvent notamment consister en :

- a) l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé mentale de la population;
- b) l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé mentale des travailleurs du réseau sanitaire et social;
- c) des interventions spécifiques de prévention envers des groupes ciblés, notamment dans des lieux d'accueil de la petite enfance;

§ 2. – Le service de santé mentale travaille en coordination avec le réseau sanitaire, psychosocial et scolaire. A cet effet, il est tenu de :

- 1° participer activement à la structure de partenariat local ou, si celle-ci fait défaut, veiller avec les personnes, institutions et services concernés à instituer une initiative semblable;

- 2° entreprendre des démarches pour établir des accords de partenariat avec les personnes, institutions et services publics et privés;
- 3° participer à la Plate-forme de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale dans le cadre d'accord de coopération entre le Fédéral et la Région en matière de politique de soins de santé mentale.

*Article 5*

Le service de santé mentale peut développer des projets spécifiques qui s'inscrivent dans une problématique de santé mentale. Il les définit à partir des besoins et des caractéristiques de la population qui s'adresse au service.

SECTION II

*Les services actifs en matière de toxicomanies*

*Article 6*

Le service actif en matière de toxicomanies est un service ambulatoire qui, par une approche multidisciplinaire, mène, de manière permanente et privilégiée, une action spécifique de prévention, d'accompagnement ou de soins vis-à-vis de personnes confrontées, ou susceptibles d'être confrontées, à un problème de toxicomanies.

*Article 7*

Le service actif en matière de toxicomanies exerce les missions d'accueil et d'information pour les usagers de drogues, leur famille et leur entourage et au moins une des missions générales suivantes :

1° l'accompagnement

Le service actif en matière de toxicomanies accompagne la demande des bénéficiaires et assure, en son sein, par un suivi individualisé, la guidance psychosociale et administrative en concertation avec les personnes et institutions concernées, notamment les acteurs sociosanitaires, scolaires et socio-culturels. Il peut ensuite orienter ou réorienter les bénéficiaires en fonction de leurs besoins vers des personnes ou institutions plus appropriées;

2° les soins

- a) Le service actif en matière de toxicomanies pose un diagnostic et assure le traitement des bénéficiaires rencontrant des problèmes liés à l'usage de drogues. Le traitement de ces problèmes intègre les aspects médicaux, psychiatriques et psychologiques. Il vise à assurer le mieux-être des bénéficiaires dans leur milieu habituel de vie, ce qui n'implique pas nécessairement leur sevrage.

- b) Le service associe au traitement du bénéficiaire, avec l'accord de celui-ci, le médecin généraliste désigné par le bénéficiaire et, dans la mesure du possible, tous les professionnels extérieurs à l'équipe du service, susceptibles de contribuer au traitement;

### 3° la prévention

- a) Le service actif en matière de toxicomanies organise des activités de prévention ou collabore à l'organisation d'activités ayant pour objet la prévention, notamment la prévention des dommages encourus par les usagers de drogues.
- b) Les activités de prévention peuvent notamment consister en :
1. l'information, la sensibilisation et l'éducation de la population ainsi que des acteurs sociosanitaires, psychosociaux, scolaires et socioculturels en matière de toxicomanies et de prévention des dommages encourus par les usagers de drogues;
  2. les interventions spécifiques de prévention envers des groupes ciblés, notamment envers des personnes confrontées ou susceptibles d'être confrontées à des problèmes de toxicomanies.

#### Article 8

Le service actif en matière de toxicomanies peut, en outre, exercer une ou des missions particulières suivantes :

#### 1° La réinsertion

Le service actif en matière de toxicomanies effectue un travail d'encadrement nécessaire à la réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle des bénéficiaires. Il travaille en collaboration avec les personnes et institutions concernées, notamment les acteurs sociosanitaires administratifs, scolaires et socioculturels et le monde du travail.

#### 2° La liaison

Le service actif en matière de toxicomanies mène une action de liaison entre différents intervenants ou entités qui accueillent des usagers de drogues. Il organise les collaborations de façon à ce que les besoins des bénéficiaires soient rencontrés de manière adéquate.

#### 3° La formation

Le service actif en matière de toxicomanies assure la sensibilisation, la formation, la formation continuée ou la supervision d'intervenants confrontés ou susceptibles d'être confrontés aux problèmes rencontrés par les usagers de drogues.

### SECTION III

#### Les centres d'action sociale globale

##### Article 9

Le centre d'action sociale globale est un service ambulatoire qui organise une action sociale globale.

L'action sociale globale est une action développée dans le but de restaurer ou améliorer les relations du bénéficiaire avec la société et réciproquement, selon les méthodes qui, d'une part, agissent sur l'ensemble des facteurs, quels qu'ils soient, de précarisation sociale du bénéficiaire – même lorsqu'il peut être fait appel à des institutions spécialisées dans certains types d'aide ou de missions – et, d'autre part, sollicitent les capacités des bénéficiaires eux-mêmes.

##### Article 10

Le centre d'action sociale globale a pour mission de développer l'action sociale globale en assurant aux bénéficiaires, notamment, un premier accueil, une analyse de leur(s) situation(s) problématique(s), une orientation, un accompagnement et un suivi.

L'action sociale s'exerce selon trois modes d'intervention :

#### 1° L'action collective :

- a) vise à induire, à élaborer et à apporter aux bénéficiaires, en interaction avec leur milieu de vie, des réponses collectives à des problématiques individuelles, à restaurer des liens sociaux ainsi qu'une dynamique de solidarité et de prise de responsabilité entre les personnes;
- b) offre aux bénéficiaires des activités de groupe, des connaissances et des outils méthodologiques susceptibles de révéler leur savoir-faire et d'acquiescer ou développer leurs capacités personnelles et leur autonomie.

#### 2° L'action sociale communautaire :

- a) vise à induire, à élaborer, à initier et à développer, avec et pour les bénéficiaires, des réponses collectives à des problématiques collectives, des actions concrètes favorisant leur participation et cohabitations sociales et culturelles ainsi que la prévention et la lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle;

#### b) se fonde sur :

1. l'identification des problématiques sociales qui apparaissent à travers les actions du centre d'action sociale globale, l'exploration de leur nature et de leur étendue et la formulation opérationnelle de changements sociaux et structurels recherchés;

- 2. la détermination des instruments et moyens requis pour réaliser ces changements, en tenant compte des potentialités des bénéficiaires, des ressources internes et externes au centre d'action sociale globale et des moyens supplémentaires à mettre en œuvre pour remédier aux carences et difficultés répertoriées;
- 3. l'implication et la complémentarité, existantes ou à mettre en œuvre, des différents intervenants politiques, institutionnels, administratifs et associatifs concernés par les problématiques sociales des bénéficiaires.

3° L'aide individuelle vise à :

- a) aider le bénéficiaire à surmonter les difficultés propres à sa situation, à l'accompagner concrètement dans ses démarches juridiques et administratives et à le rencontrer dans son milieu de vie, si nécessaire;
- b) répondre aux situations de crise, à prévenir la rupture ou la dégradation de la situation du bénéficiaire, dans ou avec son milieu de vie;
- c) lui fournir les informations requises pour qu'il puisse faire valoir ses droits fondamentaux et accéder à tous les services et institutions d'aide aux personnes et de la santé ainsi qu'à toutes les ressources sociales, sanitaires, culturelles et d'éducation permanente présentes dans la Région de Bruxelles-Capitale;
- d) orienter et soutenir le bénéficiaire dans l'élaboration ou la mise en œuvre de solutions personnelles.

L'aide individuelle constitue un support aux actions collectives et aux actions sociales communautaires, chaque fois que c'est possible.

*Article 11*

Les centres d'action sociale globale collaborent entre eux dans le but de réaliser :

- 1° une visibilité maximale des centres agréés et de l'ensemble des services et activités qu'ils offrent au public;
- 2° une analyse collective des situations problématiques qui apparaissent à travers l'exercice de leur action sociale globale en mettant en évidence l'évolution des phénomènes sociaux. Cette analyse est présentée tous les trois ans au Collège.

SECTION IV

*Les centres de planning familial*

*Article 12*

Le centre de planning familial est un service ambulatoire extra-hospitalier ayant pour objet l'accueil, l'information

et l'accompagnement des personnes, des couples et des familles dans le cadre de la vie affective et sexuelle.

*Article 13*

Le centre de planning familial exerce les missions suivantes :

1° l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes, des couples et des familles.

A cet effet, il est tenu :

- a) d'accueillir toute personne en situation de détresse affective, relationnelle, sexuelle et administrative et de lui apporter écoute, réponse et orientation;
- b) d'organiser des consultations médicales, psychologiques, sociales et juridiques;
- c) d'assurer le suivi des grossesses et les consultations prénatales et d'aider les femmes enceintes en difficulté;
- d) d'organiser des activités de prévention, afin de préparer les jeunes à la vie affective, relationnelle et sexuelle, d'assurer l'information et de susciter la réflexion auprès des adultes, sur ce thème;
- e) d'informer les personnes et les groupes sur tout ce qui concerne la contraception, la grossesse désirée ou non et l'interruption volontaire de grossesse.

Dans le respect de la loi, le centre peut développer des activités dans le domaine spécialisé de la pratique d'interruption volontaire de grossesse réalisée.

Le centre de planning familial peut développer des activités spécifiques dans des domaines plus spécialisés liées aux missions notamment dans le cadre de la consultation conjugale, de la médiation familiale;

2° le développement d'une politique de prévention en coordination avec les acteurs sociosanitaires.

SECTION V

*Les maisons médicales*

*Article 14*

La maison médicale est un service ambulatoire qui dispense des soins de santé primaires dans une approche globale, tant organique que psychologique et sociale, considérant le malade comme un sujet ayant une histoire personnelle et s'intégrant dans un environnement familial, professionnel et socio-économique. Ces soins intégrés incluent la prévention qui peut être réalisée, soit lors de contacts individuels,

soit lors des actions menées vis-à-vis d'une population définie. Des soins continus sont dispensés en assurant la synthèse, la maîtrise et le suivi de l'information relative à l'ensemble des problèmes de santé vécus par le patient tout au long de sa prise en charge.

#### Article 15

La maison médicale exerce, dans le cadre du développement des soins de santé intégrée, les missions suivantes :

- 1° dispenser des soins de santé primaires, soit des soins de première ligne dispensés en consultation et à domicile et le suivi préventif;
- 2° assurer des fonctions de santé communautaire, soit développer des activités coordonnées avec l'ensemble du réseau psycho-médico-social et créer des conditions de participation active de la population à la promotion de sa santé;
- 3° assurer des fonctions d'observatoire de la santé en première ligne, soit recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités de la maison médicale en vue d'une amélioration de la qualité des soins;
- 4° assurer des fonctions d'accueil.

### SECTION VI

#### *Les services de médiation de dettes*

#### Article 16

Le service de médiation de dettes est un service ambulatoire qui preste des services, à l'exclusion de la conclusion d'un contrat de crédit, en vue de venir en aide aux personnes surendettées, c'est-à-dire aux personnes physiques qui rencontrent des difficultés financières ou sont dans l'impossibilité de faire face à leurs dettes exigibles ou à échoir.

#### Article 17

Le service de médiation de dettes exerce les missions suivantes :

- 1° aider le bénéficiaire à respecter, dans la mesure du possible, ses engagements envers les créanciers tant en assurant des conditions de vie conforme à la dignité humaine;
- 2° trouver une solution durable au problème de surendettement du débiteur;
- 3° tendre à responsabiliser le débiteur en lui donnant les instruments d'une gestion budgétaire autonome.

### SECTION VII

#### *Les services d'aide aux justiciables*

#### Article 18

Le service d'aide aux justiciables est un service ambulatoire d'aide soit aux victimes et à leurs proches, soit aux inculpés et condamnés en liberté, aux ex-détenus et à leurs proches, soit à ces deux types de publics.

Il agit au bénéfice :

- 1° des victimes : les personnes ayant subi une infraction ou un fait qualifié d'infraction;
- 2° des inculpés : les personnes qui font l'objet d'une inculpation, ainsi que les personnes à l'égard desquelles l'action publique est engagée et les personnes qui se trouvent dans une situation qui les expose ou pourrait les exposer à faire l'objet d'une inculpation;
- 3° des condamnés : les personnes qui font l'objet d'une condamnation à une peine ou d'une mesure de mise à l'épreuve décidée en application de la loi du 29 juin 1964 concernant la suspension, le sursis et la probation;
- 4° des ex-détenus : les personnes mises en liberté à titre conditionnel, provisoire ou définitif, en ce compris la personne ayant fait l'objet d'une mesure de défense sociale.

#### Article 19

§ 1<sup>er</sup>. – Le service d'aide aux justiciables organise toute action individuelle ou de groupe destinée à favoriser une participation active à la vie sociale, économique, publique et culturelle.

§ 2. – En ce qui concerne l'aide aux victimes et à leurs proches, le service d'aide aux justiciables exerce les missions suivantes :

- 1° assurer une permanence spécifique dans des locaux appropriés;
- 2° contacter la victime qui, dans ce but, a autorisé les services de police à communiquer ses coordonnées aux services d'aide qu'elle désigne;
- 3° apporter aux victimes et à leurs proches, une aide psychologique centrée sur les causes et les conséquences, directes ou indirectes, de l'infraction;
- 4° accompagner les victimes ou leurs proches qui sollicitent une aide, tout au long de leurs démarches pour faire face aux conséquences de la victimisation, en ce compris la victimisation secondaire et, si possible, les aider à en obtenir réparation;

5° informer et orienter la victime ou ses proches dans ses relations avec la police, le pouvoir judiciaire et les sociétés d'assurances, ainsi que l'orienter en vue d'obtenir le bénéfice de l'aide de l'Etat aux victimes d'actes intentionnels de violence;

6° faciliter l'accès des victimes et de leurs proches aux services de l'aide aux personnes et de la santé, par un travail de partenariat avec les acteurs socio-sanitaires.

§ 3. - En ce qui concerne l'aide aux victimes et à leurs proches, le service d'aide aux justiciables peut exercer, en outre, la mission complémentaire suivante : sensibiliser le public et les organismes concernés aux droits et aux besoins spécifiques des victimes, en organisant des formations à destination des acteurs psycho-médico-sociaux, des entreprises ou des services publics.

§ 4. - En ce qui concerne les inculpés, condamnés en liberté, ex-détenus et leurs proches, le service d'aide aux justiciables exerce les missions suivantes :

1° assurer une permanence spécifique dans des locaux appropriés;

2° apporter aux inculpés, condamnés en liberté, ex-détenus ainsi qu'à leurs proches, une aide psychologique, individuelle et collective;

3° accompagner les inculpés, condamnés, ex-détenus qui sollicitent ou acceptent une aide pour faire face aux conséquences de leurs actes;

4° informer et orienter les inculpés, condamnés en liberté, ex-détenus ou leurs proches dans leurs relations avec la police ou le pouvoir judiciaire;

5° faciliter l'accès des inculpés, condamnés en liberté, ex-détenus ou leurs proches aux services de l'aide aux personnes et de la santé par un travail de partenariat avec les acteurs socio-sanitaires;

6° soutenir l'insertion ou la réinsertion socioprofessionnelle des inculpés, condamnés en liberté ou ex-détenus.

§ 5. - En ce qui concerne les inculpés, condamnés en liberté, ex-détenus et leurs proches, le service d'aide aux justiciables peut exercer, en outre, la mission complémentaire suivante : contribuer à l'élaboration et à la mise en œuvre de solutions alternatives à la détention ou d'activités permettant d'éviter la privation de liberté.

§ 6. - Le service d'aide aux justiciables agréé pour les missions visées aux paragraphes 2 et 4 peut, en outre, sensibiliser le public et les services concernés aux problèmes liés à la délinquance dans la collectivité ainsi qu'aux besoins des inculpés, condamnés en liberté, ex-détenus et leurs proches.

SECTION VIII

*Les services « Espaces-Rencontres »*

Article 20

Le service « Espaces-Rencontres » est un service ambulatoire qui met à disposition des familles en situation de rupture, de divorce ou de séparation un lieu de rencontre enfants-parents et un encadrement par un tiers neutre et professionnel. Les parents sont le père, la mère, les grands-parents ou toute autre personne titulaire d'un droit aux relations personnelles avec l'enfant au bénéfice duquel intervient le service « Espaces-Rencontres ».

Article 21

§ 1<sup>er</sup>. - Les services « Espaces-Rencontres » ont pour missions :

1° de permettre à l'enfant un exercice normal du droit aux relations personnelles avec le parent avec lequel il ne vit pas, lorsque ce droit a été interrompu ou lorsqu'il se déroule difficilement ou de manière conflictuelle;

2° de contribuer à créer ou à restaurer la relation entre l'enfant et le parent avec lequel il ne vit pas.

§ 2. - Les missions visées au § 1<sup>er</sup> sont exercées dans le cadre d'une procédure judiciaire ou administrative, ou à la demande des parents.

§ 3. - Elles sont réalisées :

1° en organisant des rencontres entre l'enfant et le parent avec lequel il ne vit pas;

2° en encadrant par un tiers neutre et professionnel l'exercice du droit aux relations personnelles pour l'enfant et les parents concernés;

3° en fournissant gratuitement ses prestations.

SECTION IX

*Les centres de coordination de soins et de services à domicile*

Article 22

Le centre de coordination de soins et de services à domicile est un service ambulatoire qui vise à permettre à toute personne de vivre sa maladie ou son handicap à son domicile dans la dignité et dans le respect de sa liberté. Il organise la coordination des soins et des services à domicile. Il établit, en concertation avec le médecin traitant, les prestataires de soins et de services, le bénéficiaire et son entourage, un plan de soutien dont il assure l'évaluation régulière et la coordination.

*Article 23*

Le centre de coordination de soins et de services à domicile :

- 1° organise, à la demande du bénéficiaire ou de son représentant et en collaboration avec son médecin traitant, l'ensemble des soins et des services nécessaires. à son maintien à domicile;
- 2° organise à la demande du bénéficiaire ou de son représentant et en collaboration avec son médecin traitant, l'ensemble des soins et des services permettant d'assurer la continuité des soins et des services ainsi qu'une surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept, afin d'éviter ou de raccourcir l'hospitalisation.

*Article 24*

§ 1<sup>er</sup>. – Les centres de coordination de soins et de services à domicile font partie du service intégré de soins à domicile agréé par la Commission communautaire française visé par l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés des soins à domicile.

Les centres de coordination de soins et services à domicile font partie ou collaborent aux autres services visés par l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile actifs dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale.

§ 2. – Les centres de coordination de soins et de services à domicile agréés par la Commission communautaire française exercent les missions du service intégré de soins à domicile visés aux articles 8 alinéa 1, 9, 10 alinéas 1 et 11 de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés des soins à domicile pour les patients qui adhèrent à leur service.

## SECTION X

*Les services de soins palliatifs et continués**Article 25*

Le service de soins palliatifs et continués est un service ambulatoire qui a pour objectif le développement et l'amélioration des soins palliatifs et continués.

Les services de soins palliatifs et continués comportent l'aide et l'assistance interdisciplinaire globalement dispensées à domicile ou dans un hébergement non hospitalier en vue de rencontrer au mieux les besoins physiques, psychiques et moraux des patients atteints d'une maladie à pronostic fatal et de leur entourage.

*Article 26*

Le service de soins palliatifs et continués exerce tout ou parties des missions suivantes :

- 1° organiser et coordonner, à la demande du patient ou de son représentant, en collaboration avec son médecin traitant et en liaison notamment avec l'équipe hospitalière et tout centre de coordination, l'ensemble des soins et des services à domicile permettant d'assurer la continuité des soins et des services ainsi que la surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept;
- 2° organiser et dispenser des soins palliatifs et continués, en étroite collaboration avec le médecin traitant et toute coordination;
- 3° assurer l'organisation et les interventions psychosociales, notamment psychiatriques que nécessite un patient atteint d'une maladie à pronostic fatal ainsi que le soutien à son entourage, en étroite collaboration avec le médecin traitant;
- 4° sensibiliser, assurer la formation, théorique ou pratique, la formation continue ou la supervision d'intervenants professionnels ou bénévoles, extérieurs au service amenés à traiter ou à soutenir les patients atteints d'une maladie à pronostic fatal et leur entourage.

## SECTION XI

*Les services d'aide à domicile**Article 27*

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

*Article 28*

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

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



*Article 29*

§ 1<sup>er</sup>. – L’aide familial ou senior est un professionnel à caractère polyvalent. Il assiste et seconde les bénéficiaires dans la réalisation des tâches de la vie quotidienne. Il prévient notamment des dangers qui menacent le bénéficiaire ou son entourage. Il mène une action de concertation avec le bénéficiaire et ses collègues et collabore avec tous les acteurs médico-sociaux entourant le bénéficiaire.

§ 2. – L’aide ménager assure l’entretien des pièces occupées du logement du bénéficiaire et effectue des tâches ponctuelles avec l’accord du responsable d’équipe. Il travaille en concertation avec ses collègues et le bénéficiaire. Il prévient le service de toute évolution sur le plan financier, de la santé physique ou psychique qu’il constate chez le bénéficiaire.

SECTION XII

*Les centres d’accueil téléphonique*

*Article 30*

Le centre d’accueil téléphonique est un service ambulatoire qui offre, par le biais du téléphone, dans l’anonymat et le secret du dialogue, une aide à toute personne en état de crise ou de détresse psychologique.

*Article 31*

Le centre d’accueil téléphonique exerce les missions suivantes :

- 1° organiser, vingt-quatre heures sur vingt-quatre et tous les jours de l’année, un accueil téléphonique et, le cas échéant, une orientation qui répond le mieux à la situation ou aux difficultés qui ont motivé l’appel;
- 2° être téléphoniquement accessible à la population;
- 3° assurer la supervision de l’activité des écoutants.

TITRE II

**AGREMENT, NORMES, SUBVENTIONS,  
CONTRÔLE ET INSPECTION**

CHAPITRE I

**Conditions d’agrément**

SECTION I

*Conditions générales d’agrément*

*Article 32*

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. Le Collège peut aussi renforcer les équipes des services ambulatoires agréés.

*Le Collège communique la programmation à l’Assemblée de la Commission communautaire française.*

*Article 33*

Pour être agréé, le service ambulatoire satisfait aux conditions suivantes :

- 1° être constitué sous forme d’association sans but lucratif, dont l’objet social correspond au secteur pour lequel il sollicite son agrément;
- 2° exercer ses activités principalement sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale;
- 3° désigner, parmi les membres de l’équipe, une personne chargée de la coordination générale du service ambulatoire;
- 4° être accessible à tous et remplir ses missions sans aucune discrimination;
- 5° respecter les règles de déontologie et de secret professionnels en vigueur dans le secteur auquel il appartient;
- 6° garantir la confidentialité dans l’organisation de ses locaux;
- 7° mener une démarche d’évaluation qualitative conformément au titre IV;
- 8° respecter les conditions sectorielles d’agrément et les normes d’agrément;
- 9° souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle;
- 10° souscrire une assurance en responsabilité des administrateurs.

SECTION II

*Conditions sectorielles d’agrément*

SOUS-SECTION I

*Conditions d’agrément des services de santé mentale*

*Article 34*

§ 1<sup>er</sup>. – Pour être agréé comme service de santé mentale, le service comprend une équipe pluridisciplinaire qui assure au moins les fonctions suivantes :

- 1° la fonction psychiatrique;
- 2° la fonction psychologique;
- 3° la fonction sociale;
- 4° la fonction d'accueil et de secrétariat.

Pour assurer ces fonctions, le service comprend une équipe minimale qui assure des prestations équivalentes au moins à un temps plein de travail pour chacune des fonctions visées aux 1°, 2°, 3° et 4°.

§ 2. – L'équipe minimale est composée de travailleurs qui sont engagés par le service de santé mentale pour des prestations équivalant au moins à la moitié d'un temps plein de travail.

§ 3. – En outre, le service peut comprendre une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la prise en charge des enfants et des adolescents, qui assure au moins les fonctions pédopsychiatrique, psychologique et sociale. Pour assurer chacune de ces fonctions, cette équipe est composée de personnes qui assurent des prestations équivalant au moins à un demi temps plein de travail pour la fonction pédopsychiatrique et aux trois quarts d'un temps plein de travail pour la fonction psychologique et la fonction sociale.

§ 4. – L'équipe peut également assurer des fonctions complémentaires, notamment dans le domaine de la médecine, des soins infirmiers, de la pédagogie, de la sociologie, de la criminologie, de la psychomotricité, de la logopédie, de l'ergothérapie. Ces fonctions complémentaires sont directement liées aux activités menées par le service de santé mentale dans le cadre de ses missions générales et, le cas échéant, de ses projets spécifiques.

#### Article 35

§ 1<sup>er</sup>. – Le service de santé mentale est situé de façon à répondre au mieux aux intérêts des patients et de la population qu'il dessert. Il veille à permettre à ceux-ci un accès aisé.

§ 2. – Le service de santé mentale organise une permanence d'accueil.

§ 3. – Afin d'assurer le suivi des patients et en accord avec ceux-ci, il organise également leur prise en charge à domicile, au lieu de résidence ou d'hébergement, ou en tout autre endroit utile.

#### SOUS-SECTION II

##### Conditions d'agrément des services actifs en matière de toxicomanies

#### Article 36

Pour être agréée comme service actif en matière de toxicomanie, le service exerce au moins deux missions visées aux articles 7 et 8, dont l'une au moins est générale.

#### Article 37

§ 1<sup>er</sup>. – Pour être agréé comme service actif en matière de toxicomanies, le service comprend une équipe d'au minimum un mi-temps par mission agréée.

§ 2. – L'équipe minimale est composée de travailleurs qui sont engagés par le service pour des prestations équivalant au moins à la moitié d'un temps plein de travail.

§ 3. – L'équipe peut également assurer des fonctions complémentaires directement liées aux activités menées par le service actif en matière de toxicomanies dans le cadre de ses missions générales et particulières.

#### SOUS-SECTION III

##### Conditions d'agrément des centres d'action sociale globale

#### Article 38

Pour être agréé comme centre d'action sociale globale, le centre satisfait aux conditions suivantes :

- 1° sans préjudice des dispositions prévues à l'article 40, assurer une permanence de premier accueil;
- 2° collaborer avec les centres d'action sociale globale agréés, conformément à l'article 11. Le Collège fixe les modalités de collaboration inter-centres.

#### Article 39

Pour être agréé comme centre d'action sociale globale, le centre comporte une équipe minimale de deux équivalents temps pleins de professionnels remplissant la fonction sociale et d'un demi équivalent temps plein de travailleur remplissant une fonction administrative. Un des professionnels remplissant la fonction sociale assure la responsabilité de la coordination générale. *Le temps de travail de coordination générale et de fonction administrative sont liés au temps de travail de la fonction sociale et augmentent selon les modalités déterminées par le Collège.*

#### Article 40

Suivant les nécessités motivées dans le dossier de demande d'agrément, le Collège peut autoriser l'existence d'une ou plusieurs antennes pour un même centre d'action sociale globale à condition que les activités liées à l'action sociale globale et la permanence de premier accueil y soient assurées par un professionnel qualifié pour assurer la fonction sociale.

SOUS-SECTION IV

*Conditions d'agrément des centres de planning familial*

*Article 41*

§ 1<sup>er</sup>. – Pour être agréé comme centre de planning familial, le centre dispose d'une équipe pluridisciplinaire. Chaque équipe assure au moins les fonctions suivantes :

- 1° d'accueil;
- 2° médicales et gynécologiques;
- 3° psychologiques;
- 4° sociales;
- 5° juridiques;
- 6° administratives.

En outre le centre peut exercer les fonctions sexologiques, de conseil conjugal et de médiation familiale.

§ 2. – Les missions d'accueil et de prévention sont exercées par les personnes titulaires des diplômes requis pour exercer les fonctions citées au § 1<sup>er</sup>, à l'exception de la fonction administrative.

§ 3. – Les activités de prévention peuvent être confiées à des personnes extérieures à l'équipe appelées par le centre en raison de leur qualité de spécialistes.

*Article 42*

Pour assurer les missions prévues à l'article 13 du décret et les fonctions visées à l'article 41, § 1<sup>er</sup> du décret, le cadre du personnel qui constitue l'équipe pluridisciplinaire de base comprend au minimum :

- 1° un médecin dont le volume hebdomadaire de travail est d'au moins zéro seize équivalent temps plein;
- 2° un(e) psychologue ou un(e) psychiatre à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein;
- 3° un(e) assistant(e) social(e) ou infirmier(ère) gradué(e) social(e) à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein;
- 4° un(e) juriste à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein;
- 5° un travailleur(euse) administratif(ive) titulaire engagé(e) à mi-temps au moins.

Le cadre minimal peut, en outre, comporter :

- 1° un(e) sexologue à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein;

- 2° un(e) conseiller(ère) conjugal(e) titulaire d'un graduat en conseil conjugal et familial à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein.

SOUS-SECTION V

*Conditions d'agrément des maisons médicales*

*Article 43*

Pour être agréé comme maison médicale, le service comprend une équipe pluridisciplinaire d'au minimum deux médecins généralistes, de personnel d'accueil et de secrétariat et de personnel paramédical ou social. L'activité principale du service s'exerce dans le cadre du développement des soins de santé intégrée.

*Article 44*

*Le cadre minimal comprend un équivalent temps plein de fonction d'accueil et un demi équivalent temps plein de fonction de santé communautaire.*

*Article 45*

Le service s'assure la collaboration de travailleurs sociaux et de psychothérapeutes.

SOUS-SECTION VI

*Conditions d'agrément des services de médiation de dettes*

*Article 46*

En dérogation à l'article 33, 1°, le service de médiation de dettes peut être organisé par une personne morale de droit public qui exerce ses activités dans la Région de Bruxelles-Capitale.

*Article 47*

Pour être agréé comme service de médiation de dettes, le service :

- 1° affecte à la médiation de dettes au moins un assistant social disposant d'une formation spécialisée ou d'une expérience professionnelle;
- 2° justifie l'occupation d'un juriste disposant de la formation spécialisée ou de l'expérience professionnelle en médiation de dettes ou conclut une convention avec un juriste répondant au moins à une de ces conditions ou encore conclut une convention avec l'Ordre français des avocats du Barreau de Bruxelles;
- 3° doit avoir l'aide aux personnes en difficulté pour but social ou mission légale.

*Article 48*

Les conditions suivantes doivent être remplies à tout moment :

- 1° l'honorabilité et le désintéressement du responsable, des mandataires, des préposés et du personnel du service de médiation de dettes;
- 2° le président, l'administrateur, le directeur ou le mandataire ne peuvent avoir encouru, sans réhabilitation, une peine d'emprisonnement d'au moins un mois, même avec sursis, pour une infraction prévue à l'arrêté royal n° 22 du 24 octobre 1934 portant interdiction à certains condamnés et aux faillis d'exercer certaines fonctions, professions ou activités et conférant aux tribunaux de commerce la faculté de prononcer de telles interdictions;
- 3° le service de médiation de dettes jouit d'une indépendance suffisante vis-à-vis des bénéficiaires et ne peut exercer une activité de prêteur ou d'intermédiaire de crédit soumis à la loi du 12 juin 1991 relative au crédit à la consommation.

## SOUS-SECTION VII

*Conditions d'agrément des services d'aide aux justiciables**Article 49*

Pour être agréée comme service d'aide aux justiciables, le service remplit toutes les missions visées à l'article 19, § 1<sup>er</sup> et § 2 ou à l'article 19, § 1<sup>er</sup> et § 4.

Les missions visées à l'article 19 peuvent être limitées aux victimes de catégories spécifiques d'infractions ou de faits qualifiés d'infractions.

Dans ce dernier cas, le Collège peut autoriser un ou des services à ne pas être tenus d'exécuter la mission reprise à l'article 19, § 2, 2°.

L'arrêté d'agrément précise quelles sont les missions pour lesquelles le service d'aide aux justiciables est agréé et, s'il échoit, les limitations en matière de catégories d'infractions.

*Article 50*

§ 1<sup>er</sup>. – Pour assurer les missions prévues à l'article 19, le service d'aide aux justiciables dispose, au minimum, de 1,5 équivalent temps plein de fonction non administrative salariée dont au moins un mi-temps de fonction psychologique et un mi-temps de fonction sociale.

§ 2. – Lorsqu'il dispose simultanément d'un agrément relatif aux missions visées à l'article 19, § 2, et à l'article 19, § 4, il exerce ces deux groupes de missions dans des lieux ou à des moments distincts.

## SOUS-SECTION VIII

*Conditions d'agrément des services « Espaces-Rencontres »**Article 51*

Pour être agréé comme service « Espaces-Rencontres », le service :

- 1° accomplit, de manière exclusive, toutes les missions visées à l'article 21;
- 2° dispose de personnel qualifié et d'un coordinateur qui organise les activités du service « Espaces-Rencontres » en concertation avec les membres du personnel et d'un cadre de personnel fixé par le Collège. Celui-ci comprend au minimum une équipe de base de 2,5 équivalents temps plein dont :
  - a) au minimum un équivalent temps plein universitaire dont au moins un demi équivalent temps plein de fonction psychologique ou assimilée;
  - b) au minimum un équivalent temps plein gradué;
  - c) un maximum d'un demi équivalent temps plein administratif;
  - d) un membre de l'équipe de base visé aux points a) ou b) remplit la fonction de coordinateur à raison d'un demi équivalent temps plein;
- 3° s'engage à respecter la charte déontologique définie par le Collège;
- 4° disposer d'un règlement d'ordre intérieur précisant au minimum les droits et devoirs des membres du personnel et des bénéficiaires.

## SOUS-SECTION IX

*Conditions d'agrément des centres de coordination de soins et services à domicile**Article 52*

§ 1<sup>er</sup>. – Pour être agréé comme centre de coordination de soins et services à domicile dans le cadre de la mission visée à l'article 23, 1°, le service, pour chaque bénéficiaire,

- 1° assure la coordination des trois services suivants, sept jours sur sept :

- a) aide aux actes de la vie journalière par un service agréé comme service d'aide aux familles et aux personnes âgées;
  - b) soins infirmiers à domicile;
  - c) distribution de repas à domicile;
- 2° assure la coordination de tous les services nécessaires à son maintien à domicile :
- a) accompagnement social par un service agréé;
  - b) kinésithérapie;
  - c) prêt de matériel;
  - d) logopédie;
  - e) ergothérapie;
  - f) podologie;
  - g) télévigilance;
  - h) soutien psychologique;
  - i) soins dentaires;
  - j) coiffure

§ 2. – Le centre de coordination organise un système de garde lui permettant de répondre aux urgences des bénéficiaires vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept.

*Article 53*

Pour être agréé comme centre de coordination dans le cadre de la mission visée à l'article 23, 2°, le service :

- 1° organise et adapte journallement, en fonction de l'intensité de l'aide nécessaire, les services principaux visés à l'article précédent § 1<sup>er</sup>, 1°;
- 2° organise un système de garde et de surveillance vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept disposant d'un accès continu aux dossiers de coordination des patients et organisant une intervention urgente en-dehors l'heure par du personnel infirmier.

*Article 54*

Il est instauré 3 catégories de centres de coordination de soins et services à domicile en fonction :

1° des missions :

- a) le centre de coordination de catégorie 1 remplit la mission visée à l'article 23, 1°;
- b) le centre de coordination de catégorie 2 ou 3 remplit les deux missions visées à l'article 23, 1° et 2°;

2° du nombre de dossiers de coordination actifs :

Le Collège fixe après avis du Conseil consultatif le nombre de dossiers de coordination actifs nécessaires par catégorie ainsi que les critères d'appréciation de l'importance de la coordination organisée autour du bénéficiaire;

3° de l'organisation du centre et du type de système de garde mis en place :

- a) le centre de coordination de catégorie 1 ou 2 peut soit :
  - 1) dispenser lui-même, en tout ou en partie les soins et services précités;
  - 2) collaborer avec les prestataires de soins ou services. Ceux-ci peuvent être des prestataires indépendants ou des prestataires regroupés au sein de groupements de prestataires. Le Collège fixe les modalités de collaboration avec les prestataires;
- b) le centre de coordination de catégorie 3 est un centre de coordination intégré qui :
  - 1) constitue avec les services principaux visés à l'article 52, § 1<sup>er</sup>, 1°, une unité technique d'exploitation au sens de l'article 50.3 de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail;
  - 2) organise un système de garde lui permettant d'assurer une permanence vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept dans ses locaux avec du personnel de coordination suffisant à cet effet.

*Article 55*

§ 1<sup>er</sup>. – Pour remplir ses missions, le centre de coordination dispose, au minimum, d'un employé temps plein de personnel de coordination, ci-après dénommé le coordonnateur.

Le centre de coordination peut également disposer de personnel administratif et de direction.

§ 2. – Le Collège détermine le personnel subsidié dans chaque catégorie ainsi que les catégories de centre de coordination qui bénéficient de personnel administratif et de direction.

*Article 56*

Le centre de coordination :

- 1° tient à jour un dossier de coordination pour chaque bénéficiaire. Le contenu de ce dossier est accessible aux personnes dispensant les soins et services et dont le centre de coordination coordonne l'activité;
- 2° établit une fiche de liaison au domicile du bénéficiaire. Cette fiche ne comporte aucune donnée couverte par le secret médical.

Le Collège détermine le contenu minimal du dossier de coordination et de la fiche de liaison.

*Article 57*

*Le centre de coordination organise la transmission de l'information, notamment par des réunions de travail consacrées à l'exécution du plan de soutien afin que les différents prestataires puissent échanger toutes les informations utiles à son exécution.*

## SOUS-SECTION X

*Conditions d'agrément des services de soins palliatifs et continués**Article 58*

§ 1<sup>er</sup>. – Pour être agréé comme service de soins palliatifs et continués, dans le cadre de la mission visée à l'article 26, 1°, le service organise et dispense journellement, en fonction de l'intensité de l'aide nécessaire, les services suivants :

- 1° soins infirmiers,
- 2° système de garde et de surveillance sept jours sur sept vingt-quatre heures sur vingt-quatre, permettant une intervention urgente et adaptée à la situation endéans l'heure.

Le service de soins palliatifs et continués dispose au moins, au sein de son équipe, de personnel infirmier et collabore avec un médecin référent formé spécifiquement en soins palliatifs.

§ 2. – Pour remplir les missions visées à l'article 26, 2° et 3°, le service de soins palliatifs et continués assure une prise en charge de ses patients sept jours sur sept, en fonction de leurs besoins.

§ 3. – Pour remplir les missions visées à l'article 26, 3° et 4°, le service de soins palliatifs et continués dispose au moins au sein de son service d'un(e) travailleur porteur d'une qualification psycho-médico-sociale.

*Article 59*

Le service de soins palliatif et continués organise des réunions auxquelles les personnes extérieures à l'équipe qui participent à la prise en charge des patients sont conviées.

*Article 60*

Il est instauré 5 catégories de services de soins palliatifs et continués en fonction du nombre et du type de missions remplies.

- 1° Le service de catégorie 1 remplit la mission visée à l'article 26, 4°.
- 2° Le service de catégorie 2 remplit les missions visées à l'article 26, 3° et 4°.
- 3° Le service de catégorie 3 remplit les missions visées à l'article 26, 2° et 3°.
- 4° Le service de catégorie 4 remplit la mission visée à l'article 26, 1°.
- 5° Le service de catégorie 5 remplit toutes les missions visées à l'article 26.

## SOUS-SECTION XI

*Conditions d'agrément des services d'aide à domicile**Article 61*

Pour être agréé comme service d'aide à domicile, le service :

- 1° emploie à temps plein et de façon permanente au moins cinq aides familiaux titulaires du certificat d'immatriculation visé à l'article 132. Un emploi à temps plein peut être remplacé par plusieurs emplois à temps partiel pour autant que la somme de ceux-ci correspondent au moins à un temps plein;
- 2° applique aux aides familiaux et ménagers leur statut respectif tels que fixés par le Collège;
- 3° occuper au moins à quart temps, dans les liens d'un contrat de travail, un responsable d'équipe, de formation assistant social ou assimilé pour cinq aides familiaux, seniors ou ménagers à temps plein;
- 4° pour les services de plus de cent aides familiales, seniors et ménagères, désigner un directeur remplissant la fonction de coordinateur général.

SOUS-SECTION XII

Conditions d'agrément des centres d'accueil téléphonique

Article 62

Pour être agréé comme centre d'accueil téléphonique, le centre dispose d'une charte fixant les droits et devoirs réciproques du centre et des écoutants mentionnant expressément que l'adresse du centre, le nom de l'écoutant et son horaire de permanence ne peuvent pas être diffusés.

Article 63

Le cadre minimum est de :

- 1° trois équivalents temps plein dont une fonction de direction assurant la coordination générale, un responsable et une fonction de secrétariat, lorsque le centre occupe plus de soixante collaborateurs bénévoles;
- 2° un et demi équivalent temps plein dont un responsable de la formation et un secrétaire si le centre en occupe de quarante à soixante;
- 3° un demi équivalent temps plein responsable de la formation si le centre en occupe moins de quarante.

CHAPITRE II  
Procédure d'agrément

SECTION I  
Demande d'agrément

Article 64

§ 1<sup>er</sup>. – Le service ambulatoire introduit une demande d'agrément auprès du Collège.

Le Collège détermine les modalités d'introduction de cette demande.

Cette demande d'agrément est accompagnée d'une note précisant la manière dont le service répond ou envisage de répondre aux missions pour lesquelles il demande à être agréé et dans laquelle il s'engage à respecter les conditions sectorielles d'agrément et les normes d'agrément.

§ 2. – Les documents suivants sont joints à la demande d'agrément :

- 1° le nom de l'association sans but lucratif;
- 2° le nom du service ambulatoire;
- 3° le numéro d'entreprise;
- 4° le numéro du compte en banque;

- 5° le nom de la personne habilitée à représenter l'association sans but lucratif et la preuve de sa désignation conformément aux dispositions statutaires;
- 6° l'adresse du ou des sièges d'activités;
- 7° le nom de la personne chargée de la coordination générale et la preuve de son mandat;
- 8° un document établissant que le service a la jouissance des locaux;
- 9° une attestation prouvant l'assurance en responsabilité des administrateurs;
- 10° une attestation prouvant l'assurance en responsabilité civile professionnelle du service;
- 11° un budget prévisionnel du service ambulatoire mentionnant toutes les subventions publiques acquises ou sollicitées;
- 12° la composition de l'équipe, présente et sollicitée, avec fonctions, qualifications et temps de travail.

§ 3. – La demande est déclarée recevable si elle contient tous les documents visés ci-dessus, déclarés sincères et conformes et s'ils sont signés par la personne habilitée à représenter l'association sans but lucratif.

Article 65

Lorsque la demande est déclarée recevable, le Collège fait instruire et fait procéder à une inspection dans un délai de trois mois.

Article 66

Le Collège ensuite soumet le dossier ainsi instruit pour avis au Conseil consultatif.

Le Conseil consultatif rend son avis dans les trois mois à dater de sa saisine.

Article 67

Le Conseil consultatif informe le demandeur de la date à laquelle son dossier est analysé et l'invite à venir présenter son projet.

Article 68

Le Conseil consultatif rend son avis quelle que soit la suite qui ait été donnée par le demandeur à l'invitation à venir présenter son projet.

*Article 69*

Après avis du Conseil consultatif, ou en cas d'absence d'avis rendu dans les délais prescrits, le Collège statue sur la demande d'agrément et notifie sa décision d'octroi ou de refus d'agrément provisoire au demandeur.

## SECTION II

*Agrément provisoire**Article 70*

Le Collège octroie un agrément provisoire pour une durée de deux ans, renouvelable maximum une fois. La décision du Collège accordant l'agrément provisoire précise les missions pour lesquelles le service ambulatoire est agréé provisoirement et, sauf pour les services d'aide à domicile, la composition de l'équipe subventionnée.

*Article 71*

Pendant la période couvrant l'agrément provisoire, le Collège fait procéder à une inspection et détermine si le Service ambulatoire répond aux conditions d'agrément et aux normes.

## SECTION III

*Octroi et refus d'agrément**Article 72*

Six mois avant l'expiration de l'agrément provisoire, le Collège fait actualiser les documents visés à l'article 64, § 2. Il soumet une proposition motivée d'agrément, de refus d'agrément ou de renouvellement d'agrément provisoire du service ambulatoire, pour avis au Conseil consultatif. Celui-ci rend son avis dans un délai maximum de trois mois à dater de sa saisine. Tant que le Collège n'a pas statué sur l'octroi, le refus de l'agrément ou le renouvellement de l'agrément provisoire, le service ambulatoire conserve son agrément provisoire.

*Article 73*

En cas de proposition de refus d'agrément, le Conseil consultatif informe la personne habilitée à représenter l'association sans but lucratif de la date à laquelle la proposition est examinée et l'invite à faire valoir ses observations.

*Article 74*

Le Conseil consultatif rend son avis quelle que soit la suite donnée par l'association sans but lucratif à l'invitation à faire valoir ses observations.

*Article 75*

Après avis du Conseil consultatif, ou en cas d'absence d'avis rendu dans les délais prescrits, la décision du Collège, portant l'agrément, le refus d'agrément ou le renouvellement d'agrément provisoire est notifiée au demandeur.

*Article 76*

La décision du Collège accordant l'agrément précise les missions pour lesquelles le service ambulatoire est agréé et, sauf pour les services d'aide à domicile, la composition de l'équipe subventionnée.

## SECTION IV

*Modification d'agrément**Article 77*

En cas de modification du nom de l'association sans but lucratif, de l'adresse du ou des sièges d'activités, des missions, de la manière dont elles sont exercées ou du cadre agréé, le service introduit une demande de modification d'agrément.

*Article 78*

La demande de modification d'agrément est instruite suivant les règles applicables à la demande d'agrément, seuls les documents visés à l'article 64, § 2, ayant été modifiés doivent être transmis au Collège.

## SECTION V

*Retrait d'agrément ou modification  
contrainte d'agrément**Article 79*

Lorsque les conditions ou les normes d'agrément ne sont plus respectées, ou lorsque le service ambulatoire ne remplit plus toutes les missions précisées dans la décision accordant agrément, le Collège adresse au service ambulatoire une mise en demeure motivée. Les travailleurs doivent en être immédiatement avertis par le service. Le Collège fixe le délai endéans lequel le service ambulatoire se met en conformité avec son agrément. Le Collège peut faire une proposition de modification contrainte d'agrément au service ambulatoire.

*Article 80*

À l'issue de ce délai, le Collège soumet le dossier au Conseil consultatif. Celui-ci rend son avis dans les trois mois à dater de sa saisine.



*Article 81*

Le Conseil consultatif informe la personne habilitée à représenter l'association sans but lucratif, de la date à laquelle son dossier est analysé et l'invite à faire valoir ses observations et à se présenter devant lui.

*Article 82*

Le Conseil consultatif rend son avis quelle que soit la suite qui a été donnée par l'association sans but lucratif l'invitation à faire valoir ses observations.

*Article 83*

La décision du Collège portant retrait d'agrément ou proposition de modification contrainte d'agrément est notifiée au service par pli recommandé à la poste avec accusé de réception

*Article 84*

§ 1<sup>er</sup>. – La décision du Collège portant retrait d'agrément entraîne la suppression de la subvention du service concerné dans un délai minimum de trois mois à dater du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant sa notification. Le service ambulatoire est tenu de communiquer aux bénéficiaires du service et aux membres de l'équipe, dès sa notification par le Collège, la décision de retrait d'agrément.

§ 2. – La décision du Collège portant modification contrainte d'agrément entraîne la modification de la subvention du service concerné dans un délai minimum de trois mois à dater du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant sa notification.

*Article 85*

La mention d'agrément est supprimée de tous documents, affiches et publications à partir de la date du retrait d'agrément.

*Article 86*

Avec l'accord des bénéficiaires, ceux-ci sont orientés vers un autre service ambulatoire et leur dossier individuel est transmis à ce service.

SECTION VI

*Retrait d'agrément pour raisons urgentes*

*Article 87*

Lorsque des raisons urgentes le justifient, le Collège peut ordonner, par décision motivée et à titre provisoire le retrait d'agrément d'urgence d'un service ambulatoire.

*Article 88*

Il en informe le service ambulatoire qui cesse immédiatement toute activité agréée. Le Conseil consultatif en est simultanément informé.

*Article 89*

Le Collège informe, sans délai, la personne habilitée à représenter le service ambulatoire de la date à laquelle son dossier est analysé et l'invite à faire valoir ses observations et à se présenter devant lui.

*Article 90*

Le Collège statue définitivement sur le retrait d'agrément, quelle que soit la suite qui a été donnée à l'invitation à comparaître.

*Article 91*

En cas de retrait d'agrément la décision entraîne la suppression de la subvention dans un délai de trois mois à dater du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant sa notification au service ambulatoire concerné.

*Article 92*

Le service ambulatoire est tenu de communiquer aux bénéficiaires du service et aux membres de l'équipe, dès sa notification, la décision de retrait d'agrément pour raisons urgentes. La mention d'agrément est supprimée de tous documents, affiches et publications à partir de la date du retrait d'agrément.

*Article 93*

Avec l'accord des bénéficiaires, ceux-ci sont orientés vers un autre service ambulatoire et leur dossier individuel est transmis à ce service.

SECTION VII  
*Fermeture volontaire*

*Article 94*

Lorsqu'un service ambulatoire décide de cesser ses activités, il communique cette décision au Collège trois mois avant qu'elle ne produise ses effets. Le service est tenu de communiquer sa décision de fermeture à ses usagers et aux membres de l'équipe.

*Article 95*

La copie de cette décision est affichée, pendant six mois, de façon visible en lieu et place du panneau mentionnant l'agrément.

*Article 96*

Avec l'accord des bénéficiaires, ceux-ci sont orientés vers un autre service ambulatoire et leur dossier individuel est transmis à ce service.

### CHAPITRE III Normes et dispositions

## SECTION I

*Normes et dispositions générales*

## SOUS-SECTION I

*Normes générales de fonctionnement**Article 97*

Sauf dispositions sectorielles contraires, pour chaque membre de l'équipe agréée, un dossier est constitué. *Il comprend la copie du diplôme, le contrat et ses avenants, la dérogation de qualification, s'il échoit, ainsi que les attestations prouvant l'ancienneté.*

Le Collège fixe les modalités et les procédures de transmission des pièces de ce dossier nécessaires au calcul de la subvention.

*Article 98*

Le service ambulatoire organise au moins une fois par mois des réunions d'équipe. Ces réunions visent à l'échange d'informations et à la discussion sur le travail du service ambulatoire. Les procès-verbaux de ces réunions sont conservés pendant au moins 5 ans.

*Article 99*

§ 1<sup>er</sup>. – Les missions sont exercées à titre gratuit, sauf dans les secteurs où le Collège fixe le montant maximum des participations financières qui peuvent être demandées, par le service ambulatoire, aux bénéficiaires.

§ 2. – Le service réclame une intervention financière pour les consultations en tenant compte du contexte social et de la situation économique des bénéficiaires. Des consultations gratuites peuvent être données.

§ 3. – Avant toute intervention le service informe le bénéficiaire du tarif applicable.

§ 4. – Les participations financières des bénéficiaires dues au service ambulatoire dans le cadre de ses missions sont perçues de manière centralisée.

*Article 100*

Par secteur, le Collège fixe le nombre minimal d'heures d'ouverture ou les périodes de prestations des services ambulatoires, les conditions d'organisation de la permanence d'accueil, le système d'information du public en dehors de ces heures et le système de garde.

*Article 101*

§ 1<sup>er</sup>. – Le service ambulatoire tient, pour chaque bénéficiaire, un dossier individuel qui doit contenir les données nécessaires à l'accomplissement du suivi individuel ou familial du bénéficiaire. Ces dossiers sont conservés, classés et répertoriés à l'abri de toute indiscretion.

§ 2. – Le service ambulatoire consigne dans un registre l'inventaire des activités de formation, information et prévention et, le cas échéant, des projets spécifiques qu'il développe.

*Article 102*

Le service ambulatoire tient un dossier administratif à disposition du Collège. Le Collège fixe le contenu et les modalités de transmission de ce dossier administratif.

*Article 103*

Pour les prestations relevant de l'assurance-maladie-invalidité, le service ambulatoire établit des attestations de soins à son nom.

*Article 104*

Pour le 30 juin au plus tard, le service ambulatoire transmet un rapport d'activité annuel approuvé par l'assemblée générale du service. Le contenu est déterminé par le Collège, après avis du conseil consultatif.

*Article 105*

Le Collège arrête, par secteur, après avis du Conseil consultatif, les données à enregistrer, les modalités et procédures d'enregistrement et de transmission de ces données. Le service ambulatoire transmet, chaque année, un ensemble de données rendues anonymes qu'il enregistre et qui concernent ses bénéficiaires.

*Article 106*

La mention « agréé par la Commission communautaire française » est obligatoire sur tous documents, affiches et publications du service ambulatoire et est visible à l'extérieur du bâtiment.

*Article 107*

§ 1<sup>er</sup>. – Peuvent seuls porter l'appellation : service de santé mentale, service actif en matière de toxicomanies, centre d'action sociale globale, centre de planning familial, maison médicale, service de médiation de dettes, service d'aide aux justiciables, service « Espaces-Rencontres », centre de coordination de soins et de services à domicile, service de soins palliatifs et continués, service d'aide à domicile, centre d'accueil téléphonique, les services ambulatoires agréés conformément au présent décret.

§ 2. – Toute association qui utilise ces appellations de manière abusive, en violation du présent décret, est passible d'une amende administrative de trois mille €

§ 3. – Le Collège inflige et notifie l'amende administrative dans le mois de sa décision. L'association dispose d'un délai d'un mois pour faire valoir ses observations. En l'absence de nouvelle décision du Collège, l'amende administrative est due dans un délai d'un mois et est payable au compte général de la Commission communautaire française.

SOUS-SECTION II

*Normes générales de personnel*

*Article 108*

Le Collège fixe la durée d'un temps plein de travail pris en considération pour le calcul de la subvention. Le service ambulatoire affecte le temps de travail du cadre agréé exclusivement aux missions du décret.

*Article 109*

Le Collège arrête, après avis du Conseil consultatif, l'ensemble des diplômes, qualifications, formations spécialisées et expériences professionnelles requis pour les membres de l'équipe des cadres agréés ainsi que les modalités d'octroi de dérogation à ces diplômes et qualifications.

*Article 110*

Le service ambulatoire organise la formation continuée de l'équipe agréée. Le Collège détermine les critères minimaux auxquels doivent répondre ces formations.

*Article 111*

Le coordinateur général du service ambulatoire est chargé :

- 1° de la gestion journalière de l'équipe et de son information,
- 2° d'une fonction de représentation extérieure, notamment dans les organes de coordinations prévus par le décret,
- 3° du respect des conditions, normes et dispositions du décret.

SOUS-SECTION III

*Normes architecturales générales*

*Article 112*

Sauf dérogation octroyée par le Collège, le siège d'activités du service ambulatoire comporte des locaux qui, durant ses heures d'ouverture, sont principalement réservés à l'exécution de ses missions.

*Article 113*

Le service ambulatoire dispose de locaux adaptés à chaque type d'activité. Le Collège fixe par secteur les normes architecturales spécifiques.

*Article 114*

Le service ambulatoire met des sanitaires à disposition du public.

SOUS-SECTION IV

*Dispositions générales relatives aux subventions*

*Article 115*

Dans les limites des crédits budgétaires et de la programmation prévue à l'article 32, le Collège accorde au service ambulatoire agréé des subventions pour les frais de personnel, les frais de formation et pour les frais de fonctionnement.

En dérogation à cet article, l'agrément des services de médiation de dettes n'ouvre pas le droit à une subvention.

En dérogation à cet article, les services d'aide à domicile sont subventionnés selon d'autres modalités fixées à l'article 133.

*Article 116*

Les frais de personnel comportent le montant barémique brut indexé et les charges patronales et autres avantages fixés par le Collège.

Le Collège détermine les barèmes applicables à chaque fonction, le mode de calcul de l'ancienneté du personnel subventionné et le mode de calcul des charges patronales et autres avantages subventionnés.

*Article 117*

Le Collège détermine le pourcentage des frais de personnel, admis aux subventions, octroyés pour les frais de formation continuée des travailleurs.

*Article 118*

Les frais de fonctionnement comprennent les frais liés au fonctionnement du service ainsi que les frais liés aux tâches de gestion comptable et administrative.

Le Collège détermine les modes de calcul et les montants maximaux admissibles pour les frais de fonctionnement.

*Article 119*

Sauf dispositions sectorielles contraires, des avances trimestrielles égales à vingt-cinq pour cent, vingt-cinq pour cent, vingt-cinq pour cent et vingt pour cent de la subvention sont liquidées au plus tard le 15 février pour le premier trimestre, le 15 mai pour le deuxième trimestre, le 15 août pour le troisième trimestre et le 15 novembre pour le dernier trimestre de l'année civile.

Passé ces échéances, les avances restant dues porteront intérêts de retard au taux de l'intérêt bancaire moyen, tel que fixé par la Banque nationale, de plein droit et sans mise en demeure préalable. Le taux « Euribor 1 semaine » est d'application.

*Article 120*

Les dispositions de subvention relatives à l'embauche compensatoire consécutive à la réduction du temps de travail sont arrêtées par le Collège. Ces subventions sont liquidées, sauf dispositions sectorielles contraires, selon les modalités fixées à l'article 119.

*Article 121*

Les dispositions de subvention relatives aux indemnités compensatoires de pré-pension des travailleurs subven-

tionnés sont arrêtées par le Collège. Ces subventions sont liquidées, sauf dispositions sectorielles contraires, selon les modalités fixées aux articles 119 et 122. Les pièces justificatives sont fixées par le Collège.

*Article 122*

Sauf dispositions sectorielles contraires, le solde de la subvention est liquidé pour le 31 octobre de l'année suivante, après contrôle des pièces justificatives relatives aux frais de personnel, de fonctionnement et de formation visés aux articles 116 et 118 pour autant que celles-ci aient été remises le 31 mars au plus tard. Les comptes et bilan tels que déposés au greffe du Tribunal de commerce et à la Banque nationale ainsi que le rapport d'activités seront remis pour le 30 juin au plus tard. Le Collège détermine, par secteur, les pièces justificatives à fournir.

*Article 123*

En ce qui concerne les subventions octroyées aux Fonds d'embauche compensatoire, les soldes des subventions sont liquidés pour le 31 octobre de l'année suivante, après contrôle des pièces justificatives.

Les pièces justificatives sont relatives au fonctionnement des Fonds et à la gestion de l'embauche compensatoire. Elles doivent être conformes aux dispositions prévues dans les conventions conclues avec le Collège en vertu de l'article 85, § 3, de l'arrêté du 18 octobre 2001 de la Commission communautaire française relatif à l'application du décret de la Commission communautaire française du 12 juillet 2001 modifiant diverses législations relatives aux subventions accordées dans le secteur de la politique de la santé et de l'aide aux personnes et relatif à la modification de divers arrêtés d'application concernant les secteurs de l'Aide aux personnes, de la Santé, des Personnes handicapées et de l'Insertion socioprofessionnelle. Elles sont à fournir pour le 30 avril de l'année suivante en double exemplaire. Elles seront accompagnées d'un rapport d'activités en double exemplaire montrant le respect de la convention conclue avec le Collège.

*Article 124*

L'association sans but lucratif qui bénéficie d'un ou plusieurs agréments comme service ambulatoire tient une comptabilité analytique par agrément.

*Article 125*

Sauf dispositions sectorielles contraires, la perception et l'utilisation des honoraires, allocations et participation aux frais perçus par le service ambulatoire auprès des bénéficiaires ou d'une institution, notamment dans le cadre

des prestations prévues par la loi relative à l'assurance obligatoire de soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, doivent être justifiées.

*Article 126*

Les subventions sont indexées suivant des modalités fixées par le Collège.

SECTION II

*Normes sectorielles et dispositions sectorielles relatives aux subventions.*

SOUS-SECTION I

*Disposition relative aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies*

*Article 127*

Le Collège détermine les critères d'octroi des moyens complémentaires pour frais de fonctionnement et pour frais de personnel.

SOUS-SECTION II

*Disposition relative aux subventions des centres d'action sociale globale*

*Article 128*

Le Collège détermine les montants maximaux relatifs aux frais de collaboration entre les centres.

SOUS-SECTION III

*Normes sectorielles et dispositions relatives aux subventions des centres des coordinations de soins et de services à domicile*

*Article 129*

Les frais de fonctionnement prévus aux articles 115 et 118 peuvent en outre couvrir :

1° les frais d'assistance aux réunions des prestataires à condition qu'un registre signé par ces prestataires atteste de leur présence, et que les montants de l'indemnité forfaitaire soient versés directement aux prestataires ou groupements de prestataires conventionnés avec le centre de coordination. Le montant de l'indemnité forfaitaire par prestataire et par réunion et les conditions d'octroi sont fixés par le Collège, après avis du Conseil consultatif.

2° l'indemnité de garde à domicile des prestataires de soins du centre de coordination de catégorie 3 suivant

les modalités fixées par le Collège après avis du Conseil consultatif;

SOUS-SECTION IV

*Normes sectorielles et dispositions relatives aux subventions des services d'aide à domicile*

*Article 130*

*Le service d'aide à domicile est organisé en équipes. Chaque équipe comprend cinq aides équivalent temps plein au moins et vingt au plus.* Les modalités concernant l'organisation du service en équipes et liées à la fluctuation du personnel, sont fixées par le Collège.

Le responsable d'équipe a pour missions :

1° l'organisation de l'équipe et l'encadrement des aides familiaux, seniors et ménagers;

2° *la coordination et la transmission des informations nécessaires à la bonne gestion des équipes avec le coordinateur général;*

3° l'encadrement du bénéficiaire;

4° la décision d'octroi ou de refus d'aide à apporter au bénéficiaire. L'aide ou le refus d'aide doit être justifié par un document dont le modèle et les modalités de transmission sont fixés par le Collège. En cas d'octroi d'une aide, une convention est conclue avec le bénéficiaire.

Elle mentionne le début de l'aide, les objectifs et les tâches à réaliser pendant celle-ci et éventuellement la date de fin d'intervention ainsi que le montant de la contribution du bénéficiaire;

5° *la réalisation des enquêtes sociales suivant les modalités fixées par le Collège.*

Le Collège détermine les modalités d'exécution de ces missions.

*Article 131*

Le Collège fixe les modalités relatives à la formation continuée du personnel du service d'aide à domicile.

*Article 132*

Le Collège délivre aux personnes titulaires de diplômes ou certificats définis par lui et qui en font la demande, un certificat d'immatriculation leur donnant accès à la fonction d'aide familial ou senior dans un service.

*Article 133*

Les subventions octroyées au service d'aide à domicile sont destinées à couvrir des frais de fonctionnement et de personnel.

Les subventions sont octroyées sur base des éléments suivants :

- 1° Le nombre d'heures prestées par les aides;
- 2° le nombre de prestations effectuées par les aides;
- 3° le nombre de prestations effectuées à domicile le samedi, le dimanche, les jours fériés et entre 18 heures et 7 heures;
- 4° la contribution du bénéficiaire.

Le Collège détermine les modalités d'octroi de ces subventions.

*Article 134*

L'octroi des subventions au service d'aide à domicile est subordonné à la condition d'exiger du bénéficiaire de l'aide une contribution en rapport avec les ressources et les charges de la famille selon le barème et les modalités fixés par le Collège.

*Article 135*

Les avances trimestrielles sont liquidées au plus tôt le 10 du 2<sup>e</sup> mois du trimestre concerné et au plus tard le 20 de ce même mois. L'avance trimestrielle est égale à nonante-cinq pourcents du montant de la subvention du trimestre correspondant de l'année précédente.

La liquidation des soldes se fait semestriellement. Le solde du 1<sup>er</sup> semestre est liquidé dans le courant du second semestre de l'année en cours, le solde du 2<sup>e</sup> semestre est liquidé pour le 31 octobre au plus tard de l'année qui suit l'exercice pour autant que le service d'aide à domicile ait transmis le bilan et le compte de recettes et de dépenses au plus tard le 30 mai de l'année qui suit.

Passé les échéances fixées à l'alinéa 1<sup>er</sup>, les avances restant dues porteront intérêts de retard au taux de l'intérêt bancaire moyen, tel que fixé par la Banque nationale, de plein droit et sans mise en demeure préalable tel que fixé à l'article 119.

*Article 136*

§ 1<sup>er</sup>. – Avant la fin de chaque année, le Collège fixe par service d'aide à domicile agréé pour l'année suivante, un

nombre maximum annuel d'heures de prestations admises à la subvention dans les services bénéficiaires des subventions.

§ 2. – Ce contingent, pour les services agréés, se calcule sur base du nombre d'heures subsidiées dans chaque service au 31 décembre de l'année précédente multiplié par un coefficient fixé par le Collège.

§ 3. – Avant la fin du mois de février de chaque année, les heures prévues par le contingent de l'année précédente qui n'ont pas été utilisées par un service peuvent être réparties, par arrêté du Collège, entre les différents services.

§ 4. – Les contingents fixés par le Collège sont soumis à l'avis du Conseil consultatif.

## SOUS-SECTION V

*Disposition relative aux subventions des centres d'accueil téléphonique**Article 137*

En complément des subventions prévues à l'article 115, la subvention porte également sur des frais relatifs aux bénévoles écoutants. Ces frais ont trait au recrutement, à la sélection, à la formation et à la supervision des écoutants bénévoles.

*Article 138*

Ces frais de fonctionnement, d'équipement, de formation et de recrutement des bénévoles et de promotion du service sont fixés par le Collège en fonction du nombre de collaborateurs bénévoles, du nombre d'appels téléphoniques et de l'organisation de l'écoute téléphonique vingt-quatre heures sur vingt-quatre. Ces montants peuvent être affectés à des frais de fonctionnement ou des frais de personnel complémentaires.

## CHAPITRE IV

**Contrôle et inspection***Article 139*

Le Collège désigne les agents des services du Collège de la Commission communautaire française chargés du contrôle et de l'inspection des services ambulatoires agréés et des associations qui ont demandé un agrément comme service ambulatoire.

*Article 140*

Le service ambulatoire se conforme aux dispositions relatives au contrôle et à l'inspection. A cette fin, il garantit

à ces agents un libre accès à ses locaux et la possibilité de consulter sur place les pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

**TITRE III  
LES ORGANISMES DE COORDINATION ET  
LES ORGANISMES REPRESENTATIFS ET  
DE COORDINATION**

**CHAPITRE I  
Définitions et missions**

*Article 141*

L'organisme a pour objet l'organisation et la coordination d'activités relatives à la promotion et à l'information des services ambulatoires qui lui sont affiliés. L'organisme représentatif et de coordination représente ses affiliés vis-à-vis du Collège.

*Article 142*

L'organisme a pour missions :

- 1° d'offrir son aide et ses conseils à ses affiliés;
- 2° de développer les échanges et les réflexions entre ses affiliés;
- 3° de coordonner et promouvoir les actions menées par ses affiliés;
- 4° d'assurer la diffusion de l'information parmi ses affiliés et relative à ses affiliés;
- 5° de développer une coordination avec les autres organismes de la Santé, de l'Action sociale, de la Famille et de la Cohésion sociale, sans exclure d'autres partenaires.

*Il peut en outre :*

- 1° promouvoir la formation continuée des travailleurs de leurs affiliés;
- 2° effectuer des travaux de recherche, d'enquête, d'étude et de publication dans les matières social/santé.

**CHAPITRE II  
Conditions d'agrément**

*Article 143*

Le Collège agréé pour une durée indéterminée, 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.

Les services ambulatoires peuvent être membres de plusieurs organismes agréés, mais ne sont comptabilisés que pour un seul organisme par agrément.

*Article 144*

En dérogation de l'article 143, le Collège peut également agréer un organisme intersectoriel de coordination selon les critères et modalités qu'il détermine.

*Article 145*

Un organisme peut coordonner et, éventuellement représenter, les services ambulatoires d'un autre secteur, pour autant :

- 1° que ces services ambulatoires ne soient pas parvenus à former leur propre organisme, conformément à l'article 143;
- 2° qu'ils forment plus de la moitié du nombre total des services ambulatoires de leur secteur,
- 3° qu'ils aient conclu une convention avec l'organisme, portant sur leur représentation ou leur coordination par l'organisme.

*Article 146*

Pour être agréé, l'organisme satisfait aux conditions suivantes :

- 1° être constitué sous forme d'association sans but lucratif dont le but social mentionne les missions prévues à l'article 142 et précise les conditions d'affiliation ainsi que les services rendus par l'organisme à ses affiliés;
- 2° avoir son siège social sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale et exercer ses activités principalement sur ce même territoire;
- 3° accueillir la candidature à l'affiliation de tout service ambulatoire du secteur qu'il coordonne ou, éventuellement, représente dans le respect de ses options philosophiques, religieuses ou politiques, pour autant que le service ambulatoire s'engage à respecter les statuts de l'organisme;
- 4° respecter les règles de déontologie et de secret professionnels en vigueur dans le secteur dans le secteur qu'il coordonne ou, éventuellement, représente;

5° mener une démarche d'évaluation qualitative conformément au Titre IV.

### CHAPITRE III Procédure d'agrément

#### SECTION I Demande d'agrément

##### Article 147

§ 1<sup>er</sup>. – L'organisme introduit une demande d'agrément auprès du Collège. Le Collège détermine les modalités d'introduction de cette demande.

Cette demande d'agrément est accompagnée d'une note précisant la manière dont le service répond aux missions pour lesquelles il demande à être agréé.

§ 2. – Les documents suivants sont joints à la demande d'agrément :

- 1° le nom de l'association sans but lucratif;
- 2° le nom de l'organisme;
- 3° la copie des statuts;
- 4° la liste de ses affiliés;
- 5° le cas échéant la convention conclue avec les affiliés d'un autre secteur telle que visée à l'article 145;
- 6° l'adresse du siège social;
- 7° le numéro du compte en banque;
- 8° le nom de la personne habilitée à représenter l'association sans but lucratif et la preuve de sa désignation conformément aux dispositions statutaires;
- 9° une attestation prouvant l'assurance en responsabilité des administrateurs;
- 10° l'adresse du ou des sièges d'activités;
- 11° le nom de la personne chargée de la coordination générale de l'organisme et la preuve de son mandat;
- 12° un document établissant que le service a la jouissance des locaux;
- 13° la composition du personnel avec fonctions qualifications et temps de travail;
- 14° un budget prévisionnel de l'organisme mentionnant toutes les subventions publiques acquises ou sollicitées ainsi que le montant de la cotisation.

§ 3. – La demande est déclarée recevable si elle contient tous les documents visés ci-dessus, déclarés sincères et conformes et s'ils sont signés par la personne habilitée à représenter l'association sans but lucratif.

#### SECTION II Octroi et refus d'agrément

##### Article 148

Lorsque la demande est déclarée recevable, le Collège fait instruire le dossier et le soumet ensuite pour avis au Conseil consultatif.

Le Conseil consultatif rend son avis dans les trois mois à dater de sa saisine.

##### Article 149

Le Conseil consultatif informe le demandeur de la date à laquelle son dossier est analysé et l'invite à venir présenter son projet.

##### Article 150

Le Conseil consultatif rend son avis quelle que soit la suite qui ait été donnée par le demandeur à l'invitation à venir présenter son projet.

##### Article 151

Après avis du Conseil consultatif, ou en cas d'absence d'avis rendu dans les délais prescrits, le Collège statue sur la demande d'agrément et notifie sa décision d'octroi ou de refus d'un agrément au demandeur.

##### Article 152

La décision du Collège relative à l'agrément précise les missions pour lesquelles l'organisme est agréé ainsi que le ou les secteurs que l'organisme coordonne et, éventuellement, représente.

#### SECTION III Modification d'agrément

##### Article 153

L'organisme introduit une demande de modification d'agrément en cas de modification :

- 1° du nom ou du but social de l'association sans but lucratif;



2° de conclusion ou de dénonciation d'une convention visée à l'article 145.

*Article 154*

La demande de modification d'agrément est instruite suivant les règles applicables à la demande d'agrément. Seuls les documents visés à l'article 147 ayant été modifiés doivent être transmis au Collège.

SECTION IV

*Retrait d'agrément ou modification  
contrainte d'agrément*

*Article 155*

Lorsque les conditions d'agrément et les normes de fonctionnement ne sont plus respectées, ou lorsque l'organisme ne remplit plus toutes les missions précisées dans la décision relative à son agrément, le Collège adresse à l'organisme une mise en demeure motivée. Les travailleurs doivent en être immédiatement avertis par l'organisme. Il fixe le délai endéans lequel l'organisme se met en conformité avec son agrément. Le Collège peut, également, faire une proposition de modification contrainte d'agrément à l'organisme.

*Article 156*

A l'issue de ce délai, le Collège soumet le dossier au Conseil consultatif. Celui-ci rend son avis dans les trois mois à dater de sa saisine.

*Article 157*

Le Conseil consultatif informe la personne habilitée à représenter l'association sans but lucratif de la date à laquelle son dossier est analysé et l'invite à faire valoir ses observations et à se présenter devant lui.

*Article 158*

Le Conseil consultatif rend son avis quelle que soit la suite qui a été donnée par l'association sans but lucratif à l'invitation à faire valoir ses observations.

*Article 159*

La décision du Collège portant retrait d'agrément ou proposition de modification contrainte d'agrément est notifiée à l'organisme par pli recommandé à la poste avec accusé de réception.

*Article 160*

§ 1<sup>er</sup>. – La décision du Collège portant retrait d'agrément entraîne la suppression de la subvention à l'organisme concerné dans un délai minimum de trois mois à dater du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant sa notification. L'organisme est tenu de communiquer à ses affiliés et aux membres de son personnel, dès sa notification, la décision de retrait ou de modification contrainte d'agrément.

§ 2. – La décision du Collège portant modification contrainte d'agrément entraîne la modification de la subvention de l'organisme concerné dans un délai minimum de trois mois à dater du 1<sup>er</sup> jour du mois suivant sa notification.

*Article 161*

La mention d'agrément est supprimée de tous documents, affiches et publications à partir de la date du retrait d'agrément.

SECTION V

*Fermeture volontaire*

*Article 162*

Lorsqu'un organisme décide de cesser ses activités, il communique cette décision au Collège trois mois avant qu'elle ne produise ses effets. L'organisme est tenu de communiquer sa décision de fermeture à ses affiliés et aux membres de son personnel.

CHAPITRE IV

**Normes et dispositions relatives aux subventions**

SECTION I

*Normes de fonctionnement*

*Article 163*

§ 1<sup>er</sup>. – Les organismes élaborent, au moins tous les cinq ans, un rapport qui contient, pour chaque secteur représenté par l'organisme :

- 1° une description de l'évolution des pratiques professionnelles du secteur;
- 2° une analyse de l'évolution des problématiques sociales et de santé que rencontre leur secteur;
- 3° une analyse de l'adéquation de l'offre de service du secteur avec ces nouvelles problématiques sociales et de santé.

Il peut en outre, en concertation avec les partenaires sociaux, élaborer une analyse des plans annuels de formation continuée des travailleurs du secteur.

Il est transmis au Conseil consultatif qui en débat et qui le transmet au Collège accompagné de son avis.

§ 2. – Sur la base des rapports prévus au § 1<sup>er</sup>, les organismes participent également, tous les cinq ans, à l'élaboration d'un rapport commun à tous les secteurs de l'Action sociale et de la Famille et de la Santé.

Ce rapport contient une analyse globale de l'évolution des problématiques sociales et de santé rencontrées et de l'adéquation de l'offre de service de l'ensemble des secteurs à ces problématiques.

Ce rapport propose, le cas échéant, des orientations nouvelles pour la politique de Santé, d'Action sociale et de la Famille.

Il est transmis au Conseil consultatif qui en débat et qui le transmet au Collège accompagné de son avis.

## SECTION II

### *Dispositions relatives aux subventions*

#### *Article 164*

Dans les limites des crédits budgétaires, le Collège accorde à l'organisme agréé une subvention forfaitaire dont le Collège fixe le montant.

Le montant de cette subvention ne peut être inférieur à 36.600 € par an.

Si l'organisme représente un deuxième secteur, en vertu de l'article 145 le montant minimal de la subvention est augmenté d'un montant complémentaire d'au moins 5.250 €. Ces montants sont indexés selon des modalités fixées par le Collège.

#### *Article 165*

§ 1<sup>er</sup>. – Les subventions fixées à l'article 164 couvrent des frais de personnel, de formation et des frais de fonctionnement.

Soixante pour cent, au moins, de ces subventions doivent être justifiés par des frais de personnel.

§ 2. – Le Collège détermine les types de frais admis à la subvention ainsi que les justificatifs à fournir.

#### *Article 166*

Les subventions aux organismes sont liquidées suivant les modalités visées aux articles 119 et 122.

## CHAPITRE V Contrôle et Inspection

### *Article 167*

Le Collège désigne les agents des services du Collège de la Commission communautaire française chargés du contrôle et de l'inspection des organismes agréés et des organismes qui ont demandé un agrément.

### *Article 168*

L'organisme se conforme aux dispositions relatives au contrôle et à l'inspection. A cette fin, il garantit à ces agents un libre accès à ses locaux et la possibilité de consulter sur place les pièces et documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

## TITRE IV DEMARCHE D'EVALUATION QUALITATIVE

### CHAPITRE I Définition

#### *Article 169*

§ 1<sup>er</sup>. – *La démarche d'évaluation qualitative vise l'amélioration du service proposé aux bénéficiaires et à la population dans son ensemble en termes de prévention, d'aide ou de soin, compte tenu des moyens disponibles en effectifs, ressources financières et structures.*

§ 2. – *Sous réserve de la loi sur le bien-être au travail et des prérogatives des organisations syndicales, la démarche d'évaluation qualitative est un processus permanent et structuré d'auto-évaluation qui mobilise l'ensemble des ressources internes du service ambulatoire ou de l'organisme.*

§ 3. – *Les membres du personnel du service ambulatoire ou de l'organisme participent directement à la démarche d'évaluation qualitative selon des modalités fixées, en concertation avec les représentants légaux des travailleurs, par le service ambulatoire ou l'organisme.*

*Le Conseil d'administration du service ambulatoire ou de l'organisme s'implique dans la démarche d'évaluation qualitative selon les modalités qu'il détermine.*

*Les partenaires du service ambulatoire ou de l'organisme peuvent être associés à la démarche d'évaluation qualitative en fonction des thèmes choisis.*

*Dans le respect des règles déontologiques générales propres à chaque secteur, les bénéficiaires du service ambulatoire ou les affiliés de l'organisme peuvent être consul-*

tés, directement ou indirectement, à propos de la démarche d'évaluation qualitative.

plans méthodologique et financier, selon les modalités qu'il détermine. Il désigne les agents de ses services, autres que le service d'inspection, chargés de cet accompagnement.

**CHAPITRE II  
Méthodologie**

Article 174

Article 170

La démarche d'évaluation qualitative porte sur un ou plusieurs thèmes de travail choisis par chaque service ambulatoire ou organisme dans une liste de thèmes propres à son secteur et liés à ses missions.

D'initiative ou à la demande du Collège, le Conseil consultatif remet un avis sur la démarche d'évaluation qualitative.

Article 171

§ 1<sup>er</sup>. – Tous les trois ans et selon les modalités qu'il détermine, le Collège demande aux services ambulatoires et organismes de proposer des thèmes de travail en lien avec les missions propres à chaque secteur.

**CHAPITRE III  
Rapports sectoriels et intersectoriels**

Article 175

§ 2. – L'ensemble de ces propositions est transmis au Conseil consultatif qui établit une proposition de sélection de thèmes par secteur. Il motive sa proposition et la transmet au Collège dans un délai d'un mois à dater de sa saisine.

Chaque année, le Collège, se basant notamment sur le rapport d'activité visé à l'article 104, établit un rapport portant sur les démarches d'évaluation qualitative initiées dans le courant de l'année précédente. Ce rapport est soumis, pour avis, au Conseil consultatif.

§ 3. – Le Collège arrête la liste des thèmes par secteur et la transmet aux services ainsi qu'à l'Assemblée de la Commission communautaire française.

Le rapport ainsi que l'avis du Conseil consultatif sont communiqués aux services ambulatoires et organismes agréés ainsi qu'à l'Assemblée de la Commission communautaire française.

Article 172

Article 176

La démarche d'évaluation qualitative est formalisée par la remise au Collège d'un projet établi, pour trois ans, par le service ambulatoire ou l'organisme. Ce projet comporte :

Tous les trois ans, se basant notamment sur les rapports prévus à l'article 172, le Collège établit un rapport comportant une analyse sectorielle et intersectorielle portant sur la mise en œuvre des démarches d'évaluation qualitative. Ce rapport est soumis, pour avis, au Conseil consultatif. Le rapport ainsi que l'avis du Conseil consultatif sont communiqués aux services ambulatoires et organismes agréés, ainsi qu'à l'Assemblée de la Commission communautaire française.

- 1° le choix motivé du ou des thèmes;
- 2° une analyse de l'environnement du service ou de l'organisme en relation avec ce ou ces thèmes;
- 3° les objectifs visés par la démarche d'évaluation qualitative;
- 4° les modalités de mise en œuvre de ces objectifs;
- 5° les modalités d'évaluation de la mise en œuvre de la démarche d'évaluation qualitative déterminés par le service ou l'organisme.

Article 173

Dans la limite des crédits disponibles, le Collège accompagne la démarche d'évaluation qualitative sur les

**TITRE V  
LES RESEAUX**

**CHAPITRE I  
Définitions, objectifs et champ d'application**

Article 177

§ 1<sup>er</sup>. – Les réseaux sont organisés sur base géographique et s'organisent autour d'une ou plusieurs thématiques. Ils sont limités dans le temps.

§ 2. – Le réseau constitue une forme organisée d'action collective sur la base d'une démarche volontaire de coopération, unissant des services ambulatoires, des services d'accompagnement pour personnes handicapées et d'autres associations, dans des relations non hiérarchiques.

§ 3. – La finalité du réseau est d'améliorer la coordination, la complémentarité, la pluridisciplinarité, la continuité et la qualité des prestations et activités en faveur du bénéficiaire et/ou de la population du territoire desservi.

*Article 178*

En fonction de leur objet, les réseaux mettent en œuvre des activités de soins, d'action sociale ou d'assistance familiale.

CHAPITRE II

**Agrément et dispositions relatives aux subventions**

SECTION I

*Conditions d'agrément*

*Article 179*

Le Collège fixe le nombre maximum de réseaux qu'il agréé.

*Article 180*

Le promoteur du réseau est un service ambulatoire ou un organisme agréé ou un réseau constitué sous la forme juridique d'une association sans but lucratif.

Par dérogation du Collège, le promoteur peut être une association sans but lucratif subventionnée dans le cadre des subventions facultatives de la santé, de l'action sociale ou de la famille et cela depuis au moins 5 ans. Un service ambulatoire ne peut être promoteur que d'un seul réseau agréé.

*Article 181*

Le réseau, tel que défini à l'article 178, compte au moins trois partenaires dont deux issus de secteurs différents.

*Article 182*

Le réseau a pour objectif l'amélioration du soin, de l'action sociale ou de l'aide aux familles.

*Article 183*

Le réseau répond à un besoin des bénéficiaires sur un territoire défini. Il prend en compte l'environnement sanitaire et social ainsi que l'offre de services existante.

*Article 184*

Les acteurs du réseau respectent la déontologie en vigueur dans les professions concernées et du secret professionnel partagé.

SECTION II

*Procédure d'octroi ou de refus d'agrément*

*Article 185*

*Le Collège agréé un réseau pour une durée de trois ans renouvelable si un financement reste justifié compte tenu des crédits disponibles et de l'agrément d'autres réseaux*

*Article 186*

Pour être agréé, le réseau satisfait aux conditions suivantes :

- 1° avoir un promoteur constitué sous forme d'association sans but lucratif;
- 2° exercer ses activités principalement sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale.

*Article 187*

§ 1<sup>er</sup>. – La demande d'agrément est introduite par le promoteur du réseau auprès du Collège. Le Collège fixe les modalités d'introduction de cette demande.

Le dossier de demande d'agrément comprend les éléments suivants :

- 1° le nom du réseau;
- 2° l'historique de la création du réseau;
- 3° l'objet du réseau et les objectifs opérationnels poursuivis;
- 4° la population concernée et le territoire desservi;
- 5° le siège administratif du réseau;
- 6° l'identification précise du promoteur du réseau, le nom de la personne de contact;
- 7° les membres du réseau, leurs fonctions éventuelles au sein du réseau et leurs champs d'intervention respectifs;
- 8° la description des activités du réseau;

- 9° les modalités d'adhésion et de démission des membres du réseau;
- 10° les modalités de représentation des bénéficiaires, s'il échoit;
- 11° l'organisation de la coordination assurant les interactions et les liens entre les membres, les conditions de fonctionnement du projet transversal et, le cas échéant, les modalités prévues pour assurer la continuité des activités du réseau;
- 12° l'organisation du système d'information et de communication au sein du réseau ainsi que l'articulation avec les systèmes existants chez les partenaires;
- 13° le calendrier prévisionnel de mise en œuvre sous forme d'objectifs à atteindre sur 3 ans et prévoyant un système d'évaluation;
- 14° le budget prévisionnel sur trois ans;
- 15° les conditions de dissolution du réseau.

§ 2. – Si le réseau est constitué sous forme d'association sans but lucratif, l'article 64, § 2, 1° à 11° est d'application.

*Article 188*

Le Collège soumet le dossier pour avis au Conseil consultatif. Celui-ci rend son avis dans un délai maximum de trois mois à dater de sa saisine.

La décision du Collège portant sur l'agrément du réseau précise les éléments suivants :

- 1° le promoteur du réseau;
- 2° le statut juridique du réseau;
- 3° les membres du réseau;
- 4° le territoire desservi;
- 5° l'objet du réseau;
- 6° les objectifs poursuivis;
- 7° les actions du réseau;
- 8° les modalités d'organisation de la coordination assurant les interactions et les liens entre les membres;
- 9° le montant de la subvention forfaitaire pour les trois ans.

*Article 189*

En cas de refus d'agrément, le Collège notifie sa décision au demandeur.

*Article 190*

Pour le renouvellement de l'agrément, le réseau introduit sa demande actualisée au Collège et en adresse une copie à ses services 6 mois avant la date d'échéance.

*Article 191*

L'agrément du réseau peut être modifié annuellement par le Collège. Le Collège notifie sa décision au promoteur.

*Article 192*

L'agrément du réseau peut être retiré en cas de non respect de la décision du Collège visée à l'article 189.

*Article 193*

Les membres du réseau, au moment de sa création et du renouvellement éventuel de son agrément, signent entre eux une convention de collaboration qui précise les modalités de collaboration.

Cette convention constitutive est signée par tout nouveau membre du réseau. Les signataires s'engagent à participer aux actions du réseau.

SECTION III  
*Subventions*

*Article 194*

Le Collège fixe la subvention forfaitaire octroyée au réseau agréé. Cette subvention est indexée selon les modalités fixées à l'article 126.

*Article 195*

Cette subvention forfaitaire est affectée à des frais :

- 1° de rémunération et d'honoraires;
- 2° de formation;
- 3° de gestion et de fonctionnement;
- 4° de mise en œuvre des actions, y compris des frais de promotion et de publication;
- 5° de déplacement en Belgique.

*Article 196*

Cette subvention forfaitaire est liquidée selon les modalités de liquidation fixées aux articles 119 et 122.

**TITRE VI  
PROCEDURE D'AGREMENT DU SERVICE  
INTEGRE DE SOINS A DOMICILE**

*Article 197*

La procédure d'agrément visée au TITRE II – Chapitre II est applicable au service intégré de soins à domicile agréé par la Commission communautaire française en application de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile.

**TITRE VII  
DISPOSITIONS ABROGATOIRES,  
TRANSITOIRES ET FINALES**

*Article 198*

Sont abrogés :

- 1° le décret du 29 mars 1993 de la Communauté française relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée;
- 2° le décret de la Commission communautaire française du 16 juillet 1994 relatif à l'agrément et aux subventions des centres de planning familial;
- 3° le décret de la Commission communautaire française du 27 avril 1995 relatif à l'agrément et aux subventions des services actifs en matière de toxicomanies;
- 4° le décret de la Commission communautaire française du 27 avril 1995 relatif à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale;
- 5° le décret de la Communauté française du 18 juillet 1996 organisant l'agrément des institutions pratiquant la médiation de dettes;
- 6° le décret de la Commission communautaire française du 7 novembre 1997 fixant les règles d'agrément et d'octroi des subventions aux centres d'action sociale globale;
- 7° le décret de la Commission communautaire française du 4 mars 1999 organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile et des services de soins palliatifs et continus;
- 8° le décret de la Commission communautaire française du 7 mai 1999 relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services d'aide à domicile;
- 9° les chapitres VII et VIII du décret de la Commission communautaire française du 6 juillet 2001 modifiant diverses dispositions relatives aux subventions accordées dans le secteur de la politique de la santé et de l'aide aux personnes;
- 10° le décret de la Commission communautaire française du 4 décembre 2003 relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services pour les missions d'aide, d'une part, aux victimes et à leurs proches et, d'autre part, aux inculpés et condamnés en liberté, aux ex-détenus et à leurs proches;
- 11° les articles du décret de la Commission communautaire française du 16 juin 2005 relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux organismes représentatifs de l'Action sociale et de la Famille;
- 12° le décret de la Commission communautaire française du 16 avril 2008 relatif à l'agrément et à l'octroi de subventions aux services « Espaces-Rencontres ».

*Article 199*

Les services ambulatoires et les organismes agréés par la Commission communautaire française à la date d'entrée en vigueur du décret sont agréés à durée indéterminée. Ils sont soumis aux dispositions du décret et à ses arrêtés d'exécution.

*Dès la mise en application du décret, le Collège fixe, sur trois ans, le calendrier selon lequel les services ambulatoires et organismes entament une démarche d'évaluation qualitative.*

*Article 200*

En dérogation de l'article 186, les réseaux subventionnés par la décision du Collège du 14 février 2008 octroyant une subvention aux promoteurs des projets de réseaux de santé, sont agréés à la date d'entrée en vigueur du décret pour une durée de deux ans. Au terme de l'agrément de deux ans, un nouvel agrément de trois ans peut, éventuellement, leur être octroyé.

*Article 201*

*Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par le Collège et au plus tard le 1<sup>er</sup> juillet 2009. Le Collège évalue sa mise en œuvre entre le 1<sup>er</sup> 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.*



