

Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



11 mars 2020

SESSION ORDINAIRE 2019-2020

RAPPORT D'ACTIVITÉS POUR L'ANNÉE 2018

**du Conseil consultatif bruxellois francophone
de l'Aide aux personnes et de la Santé**

RAPPORT

fait au nom de la commission plénière

par M. Ahmed MOUHSSIN

SOMMAIRE

1. Désignation du rapporteur	3
2. Exposés des représentants du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé et échanges de vues	3
2.1. Exposé de M. Alain Willaert, président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé	3
2.2. Exposé de Mme Christine Vanhessen, présidente de la section « Hébergement » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.....	4
2.3. Échange de vues	6
2.4. Exposé de M. Michel Duponcelle, président de la section « Services ambulatoires » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.....	9
2.5. Échange de vues	10
2.6. Exposé de Mme Chantal Pirlot de Corbion, vice-présidente de la section « Personnes handicapées » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.....	11
2.7. Échange de vues	13
2.8. Exposé de Mme Myriam Dieleman, vice-présidente de la Section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif francophone bruxellois de l'Aide aux personnes et la Santé.....	15
2.9. Échange de vues	16
3. Approbation du rapport.....	19

Ont participé aux travaux : Mme Latifa Aït-Baala, Mme Clémentine Barzin, M. Martin Casier, Mme Delphine Chabbert, Mme Aurélie Czekalski, Mme Barbara de Radiguès, Mme Gladys Kazadi, M. Christophe Magdalijs, Mme Joëlle Maison, M. Ahmed Mouhssin, M. Mohamed Ouriaghli, M. Hicham Talhi, Mme Magali Plovie (présidente), M. Gaëtan Van Goidsenhoven et M. David Weytsman.

Mesdames,
Messieurs,

La commission plénière a examiné, en sa réunion du 11 mars 2020, le rapport d'activités pour l'année 2018 du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.

1. Désignation du rapporteur

M. Ahmed Mouhssin est désigné en qualité de rapporteur.

2. Exposés des représentants du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé et échanges de vues

Mme la présidente.- Je donne d'abord la parole à M. Willaert, en sa qualité de président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. D'autres intervenants prendront la parole par la suite.

Je vous propose de commencer par une présentation générale et de passer aux échanges après chaque thème, plutôt que d'aborder tous les thèmes successivement.

2.1. Exposé de M. Alain Willaert, président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé

M. Alain Willaert, président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Je dois d'abord vous présenter mes excuses car, exceptionnellement, nous n'avons pas eu le temps de nous concerter. J'apprendrai donc maintenant, avec grand intérêt, ce que mes collègues des autres sections ont à raconter.

Les plus anciens le savent déjà : comme les années précédentes, je ne me conformerai pas aux instructions données, c'est-à-dire présenter un rapport d'activités vieux de deux ans. De quoi aurions-nous l'air si nous débattions de sujets qui ont fait l'actualité en 2018 ? Nous pourrions toutefois le faire, car lorsqu'il s'agit de l'action sociale, de la santé ambulatoire, du handicap, de la lutte contre le sans-abrisme, de la cohésion sociale ou encore de la promotion de la santé, certains dossiers ont la vie très longue. Je reste

dès lors à votre disposition pour répondre à toute question sur ce rapport.

Ces derniers mois, le Collège et son administration nous ont envoyé relativement peu de points à mettre à l'ordre du jour de nos réunions. C'est tout à fait normal lors d'un changement de législature. Quand un dossier concerne plusieurs sections, comme les modifications apportées au décret ambulatoire, le Collège préfère passer par les sections directement concernées (santé et social), plutôt que par le Bureau.

Selon moi, il a eu raison de procéder de la sorte : même si cela prend un peu plus de temps, plus de membres peuvent prendre part aux débats et aux votes. La démocratie ne s'en porte donc pas plus mal.

Il est certes ennuyeux que deux sections remettent, pour un même point, deux avis allant en sens contraire. Rappelons toutefois que les avis sont consultatifs et non délibératifs.

Puisque nous parlons de démocratie, nous ne pouvons taire l'une des prérogatives du Bureau que sont les avis sur les accords de coopération internationale. Rwanda, Guinée, Tunisie, soit. Le débat a déjà été beaucoup plus vif en ce qui concerne Singapour, méchamment épinglé par Amnesty International, et le vote fut négatif. Toutefois, cette matière est gérée par des accords entre les entités fédérées.

Les ordres du jour peu encombrés nous ont permis de remplir l'un des rôles principaux de notre Bureau : le passage d'informations entre sections et entre secteurs, ainsi que l'ouverture vers l'extérieur.

À chaque réunion, les représentants de chaque section ont l'opportunité de relater ce qui s'y passe. Il est d'ailleurs assez intéressant de savoir que des problèmes rencontrés dans un secteur peuvent avoir des répercussions sur d'autres secteurs.

En ce qui concerne l'ouverture vers l'extérieur, le dernier exemple en date est la présence en réunion de représentants du Syndicat des immenses (Individus dans une Merde Matérielle Énorme mais Non Sans Exigences). Cette invitation nous a amenés à entamer une réflexion sur la place des usagers au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé.

Cela m'amène à vous reparler du projet de réforme de la fonction consultative, en réflexion au sein de l'administration depuis la publication de son plan stratégique en 2015.

Le Bureau estime que le Conseil consultatif est un lieu légitime de rencontre, de compréhension et d'aide à la décision entre les secteurs concernés, l'autorité

politique et l'administration. À ce titre, il doit être le lieu privilégié du débat sur l'adaptation des dispositifs social-santé aux demandes des usagers et aux besoins de la population bruxelloise.

Ainsi, le Bureau recommande :

- de maintenir l'implication conjointe des représentants des usagers, des travailleurs et des employeurs des secteurs concernés ainsi que d'experts au sein d'un organe consultatif, et ce quel que soit le dispositif de concertation qui pourrait être mis en œuvre en application du protocole d'accord non marchand 2018 inscrivant la fonction consultative auprès du Conseil économique et social de la Région de Bruxelles-Capitale (CESRBC);
- de créer un lien structurel entre l'organe de consultation de la Commission communautaire française et celui de la Commission communautaire commune afin de pouvoir penser les politiques sociales et de santé sur le territoire bruxellois.

Sur ce point, je terminerai en vous faisant part de notre satisfaction à la lecture des déclarations de politique générale de juillet 2019. À chacune de mes visites ici, j'insistais sur le fait que la Commission communautaire française n'est pas une île. Adéquatement mises en œuvre, les déclarations de politique générale permettront très certainement de penser un outil de gouvernance pertinent pour le déploiement d'une première ligne d'aide et de soins organisée par les Communautés, mais pensée sur une base régionale. ».

(Applaudissements nourris sur tous les bancs)

2.2. Exposé de Mme Christine Vanhessen, présidente de la section « Hébergement » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé

Mme la présidente.- Nous abordons à présent la section consacrée à l'hébergement.

La parole est à Mme Christine Vanhessen.

Mme Christine Vanhessen, présidente de la section « Hébergement », a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« L'année dernière, je suis passée en fin de séance, c'est pourquoi j'ai désiré en faire l'ouverture cette fois-ci. Notre vice-présidente est également présente aujourd'hui.

Si la section que nous représentons porte le doux nom de section hébergement, elle a pourtant comme

mission de donner des avis sur les questions qui concernent les structures d'accueil et/ou de soins résidentiels ou de jour : résidences-services (RS), maisons communautaires, accueil de jour pour personnes âgées, maisons d'accueil, centres de soins psycho-socio-thérapeutiques. Le sujet est donc vaste.

Au fil des ans, au-delà des avis relatifs aux demandes d'agrément, la section hébergement a réussi à faire coexister diverses matières liant des thématiques transversales et intersectorielles qui nous sont chères : pauvreté, logement, accompagnement médico-social. En outre, la section hébergement se caractérise par le public à qui elle s'adresse, c'est-à-dire toute personne quels que soient son âge, son milieu socio-économique, son niveau d'étude, sa nationalité, etc.

Nous pourrions même dire que nous nous adressons au public avant sa naissance et jusqu'à son décès, car les services concernés par cette section touchent l'ensemble des Bruxellois.

La section souhaite attirer votre attention sur les préoccupations suivantes, de manière transversale :

- la nécessité de travailler en mettant les Bruxelloises et Bruxellois au cœur de nos préoccupations;
- l'augmentation de la précarité et de la pauvreté des Bruxelloises et Bruxellois. La section hébergement est souvent confrontée à la question de l'accès aux services, parfois payants. Dans nos débats, nous nous demandons si les services agréés par la Commission communautaire française répondent effectivement aux besoins de l'ensemble des Bruxellois concernés;
- la nécessité de maintenir des liens entre les diverses entités bruxelloises telles que la Commission communautaire commune, au regard des matières communes à ces mêmes entités : personnes âgées, sans-abri, action sociale, aide aux personnes;
- la fragilisation psychique de l'ensemble des Bruxellois;
- l'harmonisation des conditions de travail. Je travaille dans une fédération patronale et je ne peux m'empêcher d'être aussi, en quelque sorte, le syndicat des patrons. Les représentants syndicaux ne m'en voudront pas trop;
- le sous-financement des services, question récurrente de la section hébergement. Des services sont agréés et subventionnés, mais insuffisamment; d'autres ne sont qu'agréés, ce qui pose d'autres questions sur le plan organisationnel.

C'est avec cette attention particulière portée à l'approche transversale que la section hébergement participe activement aux réunions du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé et que nos représentants relaient régulièrement les points de discussion.

Je scinderai ma présentation en deux parties : la première sera spécifiquement dédiée aux personnes âgées, l'autre portera sur le public adulte en difficulté sociale.

Pour les personnes âgées, la section souhaite aborder les questions de la complexification et de l'épuisement professionnel du personnel de ces services. En effet, les divers publics qui fréquentent ces services à Bruxelles cumulent une série de problèmes auxquels sont confrontés ces services non financés par la Commission communautaire française (ou alors de manière très ponctuelle). Ceci pose question en matière de respect des normes d'encadrement et de qualité du service proposé.

Le pouvoir d'achat est également mis en cause puisque, si les services ne proposent pas des animations et des activités collectives à des prix accessibles, une partie du public bruxellois en restera probablement éloignée. Je pense notamment aux services d'accueil de jour pour lesquels les cadres de personnel sont insuffisants.

La lutte contre la maltraitance faite aux personnes âgées a été régulièrement abordée ces trois dernières années. Notre section a la chance de compter en son sein des représentants de ce secteur, notamment par le biais de l'asbl Infor-Homes, dont les rapports réguliers nous informent sur différents thèmes en lien avec ces sujets. C'est ainsi que nous avons appris, en octobre 2018, la mise sur pied d'une ligne d'écoute téléphonique à l'attention des personnes âgées maltraitées. Il sera intéressant d'analyser l'évolution et l'évaluation de ce nouveau dispositif, afin de vérifier s'il porte ses fruits en matière de veille et de signalement éventuel de cas de maltraitance.

Au niveau spécifique du secteur des adultes en difficulté sociale, je rappelle que le décret relatif aux maisons d'accueil a été revalorisé en 2017. Différentes missions ont été reconnues à cette occasion dans le but de pouvoir répondre aux besoins du public en lien avec des questions telles que les violences conjugales et intrafamiliales, la parentalité (rappelons qu'un tiers des places d'hébergement en maison d'accueil sont occupées par des enfants) ou le soutien en logement.

En 2018, les travaux de la section ont dès lors porté sur les demandes d'agrément des maisons d'accueil.

Ainsi que nous l'avons déjà souligné l'année dernière, la section hébergement attire votre attention sur le fait que, bien qu'il soit positif de revaloriser des réglementations, il convient également de veiller à ce que ces réglementations correspondent effectivement aux besoins des Bruxellois par le biais des services que la Commission communautaire française agréée et subventionne.

Nous savons également que la revalorisation est insuffisante, tout comme les moyens qui ont été mis sur la table par le gouvernement précédent. Ainsi, la réglementation des maisons d'accueil, par exemple, permet aux maisons de demander une subvention pour accompagner les victimes de violences conjugales et intrafamiliales. Il s'agit d'une mission spécifique qui incombe aux maisons d'accueil. Pourtant, la subvention octroyée pour mener à bien cette mission ne prévoit que l'engagement d'une personne à mi-temps, indépendamment de la taille du service et du nombre de bénéficiaires hébergés.

L'exemple ci-dessus pose évidemment la question de la qualité de l'accompagnement et de l'adéquation entre les besoins des personnes et l'offre proposée par le pouvoir subsidiant.

L'année prochaine, je reviendrai probablement encore avec cette demande d'adaptation des besoins si rien n'a changé entre-temps, mais je reste optimiste.

Par ailleurs, la section regrette que certains publics ne puissent être pris en charge par les services qui sont concernés par la section hébergement, et notamment par les maisons d'accueil. Je pense en particulier aux personnes souffrant de troubles psychiques, pour lesquelles les centres d'hébergement ne disposent pas de personnel adapté à leur situation.

En effet, les maisons d'accueil sont essentiellement comptent des assistants sociaux et des éducateurs, mais rarement des infirmiers et encore moins des psychologues. Or, tous les indicateurs relatifs tant aux personnes âgées qu'au public adulte en difficulté sociale nous montrent qu'une partie des Bruxellois qui s'adressent à nos services cumulent les problèmes, notamment psychiques et de santé mentale. Ces problèmes sont aussi divers que la toxicomanie ou la dépendance.

Les services sont particulièrement démunis face à cette situation et la section se fait régulièrement l'écho de cette problématique. Il nous est répondu que nous faisons de l'hébergement, de l'action sociale, de l'accompagnement en journée, mais pas de la santé. Selon le pouvoir subsidiant, il faut dès lors distinguer, dans ce découpage institutionnel qui est le nôtre, le secteur de l'aide aux personnes de celui de la santé.

Or, aujourd'hui, nous devrions pouvoir faire de la transversalité. J'attire donc votre attention sur cette question de l'intersectorialité et je vous invite à réfléchir à des articulations entre ces deux secteurs – le social et la santé – chers à M. Willaert comme au Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) dans ses travaux réguliers. De notre côté, nous avons de nombreuses propositions allant dans ce sens. ».

2.3. Échange de vues

Mme la présidente.- Nous passons aux questions et réponses pour la section hébergement. Quelqu'un demande-t-il la parole ?

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo).- Concernant la question de la maltraitance, vous saluez la mise en place de la ligne d'écoute et indiquez qu'il serait intéressant que cet outil soit évalué.

Comment entendez-vous analyser l'augmentation ou la diminution de la maltraitance sur le terrain ? Quels sont les outils dont vous disposez à cette fin ? Si une ligne d'appel constitue un indicateur, elle n'est peut-être pas suffisante.

Concernant les fonctions à mi-temps dans les maisons d'accueil, j'imagine qu'il existe un « pot » et que chaque maison d'accueil se voit attribuer un poste à mi-temps. Est-il proposé d'affecter des personnes à tiers-temps ou à quart temps dans certaines maisons d'accueil pour permettre un emploi du temps plus important dans d'autres ? Si toutefois cette situation idéale n'est pas réalisable, pourriez-vous envisager de diviser l'emploi du temps en plus petites portions ?

Enfin, pouvez-vous nous présenter les propositions que vous avez évoquées en matière de transversalité ?

Mme Delphine Chabbert (PS).- S'agissant des femmes victimes de violences, les maisons d'accueil réservent-elles un quota aux personnes confrontées à une telle situation ? Les maisons d'accueil étant toutes saturées, ces femmes se retrouvent souvent logées dans des hôtels.

Dans la lignée de la frontière entre le social et la santé, la déclaration de politique régionale bruxelloise a – tant en Commission communautaire française qu'en Commission communautaire commune – pour ambition d'imbriquer et de décloisonner les politiques sociales et les politiques de santé. Le ministre s'est déjà exprimé sur ces questions et nous l'interpellons régulièrement sur cette approche social-santé.

Cette ambition de décloisonnement de la déclaration pourrait-elle répondre à certaines difficultés auxquelles vos services sont confrontés ? Cette question va probablement renvoyer à celles liées aux modalités de subventionnement, mais nous souhaitons avoir votre avis à cet égard.

Concernant le maillage territorial des différents services, il y a les maisons d'accueil mais aussi des dispositifs de santé qui poursuivent également un objectif social, dans la mesure où certaines personnes cumulent problèmes de santé et problèmes sociaux. Elles se posent la même question que vous mais en miroir. Je pense notamment au projet des maisons médicales, que nous essayons de soutenir autant que possible car il s'inscrit dans le cadre de cette approche globale et pluridisciplinaire.

Comment est effectué le travail entre ces différents dispositifs et quelles sont les difficultés que vous rencontrez pour garantir un meilleur accompagnement global des personnes ?

Mme Christine Vanhessen (présidente de la section « Hébergement »).- Je répondrai parallèlement aux questions de transversalité et de social-santé. M. Alain Willaert pourra compléter mes dires par la suite. Le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) rédige de manière récurrente des rapports intersectoriels social-santé et aborde ainsi régulièrement ces questions. Ses opérateurs auront certainement aussi beaucoup à dire en la matière.

En ce qui concerne le décloisonnement des politiques de santé et des politiques sociales, il s'agit peut-être d'une nouveauté dans la nouvelle déclaration de politique régionale mais nous ne sommes qu'en début de législature. Il faut du temps pour mettre certains éléments en place. Nous ne doutons pas du travail qui est en cours, mais nous serons rassurés lorsque nous en observerons les effets. À l'heure actuelle en tout cas, pour la section hébergement à la Commission communautaire française, nous n'avons pas encore reçu de demande particulière nous invitant à travailler sur des sujets concernant tant le social que la santé. Peut-être ces questions sont-elles davantage traitées au niveau du Bureau, la section hébergement ne traitant que les affaires touchant à sa sphère de compétences.

Pourrions-nous envisager un décloisonnement ? Il est notamment question de revoir la fonction consultative. L'année dernière, je vous signalais qu'à l'heure actuelle la section hébergement est réduite comme une peau de chagrin, et ce bien qu'elle touche à plusieurs matières. Jusqu'à la sixième réforme de l'État, les maisons de repos étaient également agréées par la Commission communautaire française et entraient dans le champ de compétences de la section héber-

gement. Aujourd'hui, à une exception près, toutes les maisons de repos sont passées à la Commission communautaire commune.

Nous pourrions ainsi réfléchir aux moyens de garantir une meilleure articulation entre les matières dans le cadre d'une révision de la fonction consultative.

En ce qui concerne les secteurs du social et de la santé, si l'idée est de conserver des services généralistes qui s'adressent à tout public quelle que soit la problématique, il faudra prendre des mesures. Des personnes atterrissent parfois dans le secteur des maisons d'accueil en raison d'une absence de logement. Je parle ici uniquement des maisons d'accueil. Je connais moins le secteur chargé des personnes âgées, bien que je préside cette section.

Toutefois, nous travaillons dans le secteur dit social. Pour répondre aux besoins et construire des ponts vers le secteur de la santé, il serait donc utile d'augmenter la taille des équipes et de les rendre pluridisciplinaires en engageant des travailleurs qui disposent d'un bagage dans le domaine de la santé. Cette mesure permettrait d'éviter de laisser des personnes sur le carreau. Je ne dis pas pour autant qu'il faut spécialiser les maisons d'accueil en engageant du personnel spécialisé.

Aujourd'hui, nous ne disposons pas des capacités nécessaires pour accueillir tout le monde. Notre secteur est le réceptacle de tout ce qui dysfonctionne ou est saturé ailleurs. Quand quelqu'un n'est pas assez malade pour rester dans le circuit des soins et des hôpitaux, s'il n'a pas la chance d'avoir un logement et d'être accompagné sur le plan du logement par une équipe de santé ou une équipe pluridisciplinaire (avec des travailleurs du social et de la santé), cette personne atterrit souvent dans le secteur des maisons d'accueil.

Or, comme je vous l'ai dit, nos équipes se composent uniquement d'éducateurs et d'assistants sociaux. Par exemple, il faut souvent administrer des médicaments vers 21 heures, lorsque tous les services sont fermés. Il arrive donc un moment où nous ne savons plus répondre à la demande.

Certains projets, dont le SMES-B (Santé mentale et exclusion sociale – Belgique) travaillent avec des équipes pluridisciplinaires spécialisées dans le social et la santé. Le SMES-B essaie d'accompagner les équipes sur le terrain, mais il est souvent déjà fermé à 21 heures. Certaines pistes transversales et réflexions sont donc à étudier.

L'idée n'est pas forcément que tous les services soient pluridisciplinaires, mais d'éviter que certaines personnes ne passent à travers les mailles du filet.

S'agissant de maillage, je ne doute pas que la Déclaration de politique régionale nous permettra, d'ici quatre ans et demi, de sortir de la lasagne institutionnelle. Il n'en reste pas moins qu'aujourd'hui, la Commission communautaire française ignore souvent ce que fait la Commission communautaire commune, et vice versa, sans parler de la Commission communautaire flamande (Vlaamse Gemeenschapscommissie, VGC). Quand un service agréé par la Commission communautaire française se trouve à dix mètres d'un service agréé par la Commission communautaire commune ayant les mêmes missions, on peut s'interroger sur l'efficacité et le rapport entre le coût et la réponse aux besoins.

En ce qui concerne le nombre de travailleurs dans les équipes, l'ensemble des services d'aide aux personnes en social-santé devraient – sans doute est-ce un rêve, mais je reste optimiste – avoir la capacité de répondre au plus près des besoins des personnes.

Certaines situations ne demandent qu'un simple accompagnement, d'autres nécessitent un accompagnement plus intensif. De nouveau, l'idée n'est pas forcément de disposer d'un travailleur par personne en difficulté mais, à tout le moins, de réfléchir globalement à ce dont nous avons besoin pour répondre aux problèmes de ces personnes.

Quand un service de 20 ou 22 lits doit remplir une mission de suivi post-hébergement – l'une des revendications que le secteur des maisons d'accueil a portées pendant plus de vingt ans et qui a enfin été satisfaite – avec un mi-temps, c'est peut-être suffisant. Mais quand une maison d'accueil de 115 places – comme il s'en trouve à Bruxelles – doit assurer le même suivi avec un seul mi-temps, il en va tout autrement.

Ce que nous demandons, à tout le moins, mais je pense que d'autres secteurs pourraient faire de même, c'est de disposer d'équipes proportionnelles au nombre d'accompagnements à fournir, quel que soit le degré d'intensité de ces derniers. Cette adaptation des cadres du personnel en fonction des besoins a naturellement un coût, et je ne suis pas certaine que les lignes budgétaires actuelles permettent de le couvrir.

Il n'existe pas de quota de victimes de violences conjugales. Quand les places d'accueil ne sont plus disponibles, il faut trouver des solutions. La grande nouveauté à ce sujet est que, depuis deux ans, on remplit des statistiques genrées qui permettent petit à petit d'y voir un peu plus clair. Leur aspect genré

fournit des informations tant sur les victimes que sur les auteurs. Il serait intéressant de croiser les statistiques au niveau de la Commission communautaire française et de la Région wallonne avec les informations qui ressortiront prochainement de la réflexion sur les violences conjugales que la Commission communautaire commune mettra sur pied – les accords d'Istanbul ne concernent pas que les francophones de Belgique – pour obtenir des chiffres globaux.

Nous identifions, grosso modo, que dans le secteur de l'aide aux sans-abri, quel que soit le type de services (urgences, maisons d'accueil, accompagnement au logement), parmi toutes les femmes que ces services rencontrent, une femme sur deux a été victime de violences conjugales durant son parcours de vie. C'est parfois le motif de demande de prise en charge par notre secteur. Il arrive toutefois qu'on se rende compte au moment de l'hébergement ou en cours d'accompagnement qu'il y a eu violence dans le parcours de vie.

Le sujet reste tout aussi important par rapport aux enfants qui accompagnent ces femmes et qui occupent une place d'hébergement sur trois.

On peut également se demander quel accompagnement mettre en place à destination des auteurs de violences.

M. Alain Willaert (président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé).- Je rejoins ce qui vient d'être dit.

Le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) n'est pas un conseil consultatif, mais un organisme intersectoriel de coordination qui rassemble les diverses fédérations du social et de la santé.

Parmi les constats du dernier rapport intersectoriel figurent, d'une part, l'hypersaturation des services face à l'accroissement de la demande et, d'autre part, la complexité institutionnelle qui constitue parfois un obstacle à la collaboration de deux associations dans un même quartier. Le croisement de ces deux éléments nous amène à évoquer la territorialisation du maillage et de l'action dans le secteur du social-santé.

Les fédérations du social et de la santé présentes au sein du CBCS sont en train de rédiger une note de vision. Cette note reprend une série d'éléments qui leur semblent essentiels pour le maillage des soins en Région bruxelloise. Leur espoir est d'être associées aux futurs États généraux du social et de la santé que le gouvernement a prévu d'organiser dans les semaines ou les mois à venir. La territorialisation occupe une large part des débats.

Mme Christine Vanhessen (présidente de la section « Hébergement »).- Je voudrais aussi tirer mon chapeau à l'administration et au service de l'inspection, dont les équipes agissent transversalement, de manière pluridisciplinaire, dans toutes les matières de la Commission communautaire française. Ces personnes qui travaillent dans l'ombre sont indispensables à nos équipes sur le terrain.

Mme Delphine Chabbert (PS).- Monsieur Willaert, vous parlez d'hypersaturation. Cela vaut-il pour tous les services ?

M. Alain Willaert (président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé).- La saturation est pratiquement générale. Lorsqu'un centre d'action sociale globale téléphone à un service de santé mentale parce qu'il est face à une urgence et qu'on lui répond que le premier rendez-vous possible ne peut être fixé que dans trois semaines, c'est un réel problème.

(Rumeurs)

Ne vous méprenez pas sur l'exemple que je donne, car je tiens en haute considération le secteur de la santé mentale qui abat un travail phénoménal.

Je connais un service de santé mentale qui pleure pour disposer d'un service social renforcé à proximité, voire en son sein. Les demandes sont devenues, en effet, beaucoup plus complexes. Désormais, les problèmes sont multifactoriels, parfois culturels et/ou linguistiques. Leur résolution prend plus de temps. En cas de problème touchant à la santé mentale, la solution peut simplement consister à trouver un logement convenable. Tout est dans tout, et c'est bien là que se situe l'hypersaturation, dans la difficulté de répondre aux demandes. C'est la raison pour laquelle d'aucuns pensent à la création de lignes 05.

Mme Clémentine Barzin (MR).- S'agissant de la saturation de l'hébergement des femmes victimes de violences, disposez-vous de chiffres ?

Mme Christine Vanhessen (présidente de la section « Hébergement »).- Nous ne disposons pas de chiffres agrégés pour l'ensemble de la Région. En effet, chaque service compile ses propres données sous le volet « demandes non satisfaites ».

Si ces données n'ont pas été compilées jusqu'à présent, c'est parce que plusieurs services jugent inutile, sachant qu'ils sont systématiquement saturés, de demander une série d'informations qui permettraient d'éviter les doublons dans les demandes. L'on sait en effet que des personnes téléphonent à plusieurs maisons d'accueil avant de trouver une place. Or il

ne s'agit jamais que d'une seule et même situation. Si nous compilions ces données sans distinction à l'échelle de la Région, elles représenteraient en réalité plusieurs demandes alors qu'elles n'émanent que d'un seul cas.

En outre, certains services estiment que demander des informations personnelles dans le but de créer une clé unique destinée à chaque hébergé potentiel, cela constitue une démarche assez violente. Et ils ne souhaitent pas ajouter cette violence à un vécu déjà pénible pour la personne qui demande de l'aide.

Il n'empêche que chaque service compile effectivement les demandes qui lui sont adressées. Cependant, il est impossible, en l'état actuel, d'exploiter ces données telles quelles. Si elles devaient être complétées, il faudrait collecter davantage d'informations afin de nettoyer les doublons.

2.4. Exposé de M. Michel Duponcelle, président de la section « Services ambulatoires » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé

Mme la présidente.- Je cède la parole à M. Michel Duponcelle pour la section des services ambulatoires.

M. Michel Duponcelle, président de la section « Services ambulatoires », a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Il importait que je suive les premiers intervenants, car je vais aborder plusieurs questions qu'ils ont évoquées.

Je préside la section des services ambulatoires, qui est la plus transversale en matière de social-santé, puisqu'elle recouvre quasiment autant de services reconnus en santé qu'en action sociale. La transversalité y est donc une préoccupation de longue date.

Je voudrais d'abord apporter une précision sur la question de l'inadéquation de l'offre et de la demande des services. Les décrets de la Commission communautaire française ont sensiblement amélioré le subventionnement des centres, dont la plupart relèvent aujourd'hui d'une norme évolutive liée à la masse de travail qu'ils effectuent.

Cependant, faute de moyens, le travail de la plupart des services représente le double des normes d'encadrement pour lesquelles ils sont subventionnés. Voilà qui vous donne une idée du manque d'offre et de personnel subventionné dans ces différents services.

La section des services ambulatoires couvre de très nombreux services à la taille et aux missions extrêmement diverses : santé mentale, aide aux toxicomanes, plannings familiaux, maisons médicales, centres d'action sociale globale, etc.

Dans les années '90, chacun de ces secteurs faisait l'objet d'un décret distinct. Dans une volonté de transversalité, la grande idée a été de fusionner tous ces décrets. Cette fusion fut tellement lourde à porter que ce décret unique fut surnommé «le décret espadon». Il a néanmoins eu le mérite d'obliger tous ces secteurs appliquant des philosophies de travail différentes à se conformer à une approche unique. Cela nous a permis de leur appliquer, au début des années 2000, les accords du secteur non marchand, ce qui a constitué une revalorisation considérable de leur travail.

Ensuite, il a fallu prendre des arrêtés afin de regrouper tous ces secteurs très différents dans un moule plus ou moins unique. Aujourd'hui, cette première étape est considérée comme digérée. Nous sommes désormais dans l'attente d'un nouveau décret qui irait encore plus loin en matière de transversalité. On pourrait d'ailleurs l'appeler « le décret Loch Ness », car on en parle depuis des années sans en voir la couleur.

Pourquoi cette difficulté ? Même si les efforts visent à mettre tout le monde dans la même boîte, ces secteurs abordent des thèmes très différents, qu'il est impossible d'apprécier exactement de la même façon. En outre, les qualifications de leur personnel et le mode d'encadrement de ce personnel ne sont pas du tout les mêmes. Vouloir faire fi de ces différences est un véritable écueil.

J'en veux pour preuve la dernière discussion que nous avons eue. Elle visait pourtant une demande qui, a priori, avait l'air simple : il s'agissait de demander à tous les services subventionnés du secteur d'élaborer une grille commune d'analyse de la demande. Tous les services auraient alors utilisé cette grille unique afin de représenter la demande à laquelle ils sont confrontés.

Cette méthode a montré ses limites. En effet, on s'est vite rendu compte que la question que pouvait poser un assistant social en centre d'action sociale globale était totalement impossible pour l'aide-ménagère des services à domicile et pour le psychiatre en centre de santé mentale. Rien que ce petit exercice d'analyse commune de la demande est rendu compliqué par la diversité des pratiques professionnelles.

À cette situation s'ajoute le fait que ce qui paraît très simple – poser quelques questions aux usagers – prend un temps considérable. Dans la situation ac-

tuelle du manque chronique de personnel dans tous ces services, la question qui se pose est de savoir si cette surcharge de travail allait être subventionnée.

Alain Willaert a dit que tous les services étaient surchargés de travail. Dans la section ambulatoire, c'est le cas de tous les services, sans exception. Il n'y a pas un secteur qui ne croule pas sous la demande, que ce soit en matière médicale ou en matière sociale. Nous atteignons la limite du personnel subventionné, les files d'attente s'allongent, et cela bien avant l'apparition du coronavirus !

Nous avons évoqué la violence faite aux femmes. Aujourd'hui, nos travailleurs sont, eux aussi, confrontés à des situations de violence. En effet, dans cette situation de surcharge de travail, ils ne peuvent répondre immédiatement à la demande des bénéficiaires et se retrouvent dès lors face à des personnes qui ne comprennent pas pourquoi elles ne peuvent pas être prises en charge.

La plupart du temps, cette violence est évidemment et, heureusement, verbale. Dernièrement, nous avons néanmoins dû faire face à des violences physiques. Le personnel à l'accueil subit des violences parce qu'un demandeur ne comprend pas qu'il ne peut pas être reçu immédiatement. Il s'agit là d'une conséquence directe du manque de personnel subventionné dans nos centres, autrement dit de l'augmentation considérable de la demande. ».

2.5. Échange de vues

Mme Delphine Chabbert (PS).- J'entends que vous êtes en sous-effectif. Travaillez-vous prioritairement à un refinancement en vue du renforcement des équipes, ou plutôt à cette mise à plat décrétable tant attendue que crainte ?

M. Michel Duponcelle (président de la section « Services ambulatoires »).- Il est évident qu'il faut toujours chercher à se défaire de vieilles habitudes. Dans certains cas, en rapprochant des services, il est tout à fait possible d'offrir un service plus efficace qui permettrait de réaliser des économies.

Il s'agissait d'une idée dominante à la fin des années '90. Nous étions alors persuadés que nous pourrions créer de grandes maisons multifonctionnelles au sein desquelles on trouverait un service de santé mentale, un centre d'action sociale globale, un planning familial, un centre médical, etc. Nous n'aurions alors besoin que d'une seule personne à l'accueil. En réalité, une telle approche aurait généré d'épouvantables files dans les salles d'attente. En outre, le marché immobilier bruxellois ne nous permettra pas

d'avoir suffisamment d'implantations. *A priori* idyllique, cette solution présentait donc son lot d'écueils.

En définitive, personne n'a la solution miracle. Certaines équipes sont surchargées, des locaux deviennent trop petits et un déménagement est impensable compte tenu de l'importance des loyers à Bruxelles. La multiplication des problèmes est donc due à une demande toujours plus importante combinée à l'inadéquation des lieux d'accueil.

Il faudrait donc des équipes plus grandes pour accueillir ces personnes, mais surtout veiller à ce que ces équipes restent efficaces. Il n'existe pas de solution unique. Des services pourraient se rapprocher, d'autres pas. Le secteur du social et de la santé de la Commission communautaire française repose uniquement sur des initiatives et des services privés, gérés par des personnalités différentes, chacune avec son histoire et son investissement. Il ne sera pas simple de les regrouper au sein d'une institution unique. Ce qui résoudrait notre problème, c'est une diminution de la pauvreté en région bruxelloise.

Mme Delphine Chabbert (PS).- Il me revient qu'il existe des projets de regroupement de services qui permettraient davantage de transversalité et une approche plus globale. Cela éviterait aux citoyens de devoir se déplacer ici et là. J'ignore si de tels projets sont financés ou finançables.

Un autre projet prévoyait le regroupement des acteurs de première ligne dans des domaines comme la toxicomanie, la pauvreté ou l'accueil des publics difficiles tels que les jeunes sans domicile.

M. Michel Duponcelle (président de la section « Services ambulatoires »).- Comme je viens de le dire, avant l'asbl Assoss, des synergies ont été créées en raison du travail réalisé dans le cadre du « décret espadon » et du regroupement de tous ces secteurs dans une même section « conseil consultatif ». Aujourd'hui, les services travaillent en symbiose, dans des entités multifonctionnelles, ou du moins en étroite collaboration. Cela améliore le maillage de l'offre de service. Des expériences sont donc bien menées dans ce cadre.

Pour les nouvelles demandes, la section veille à mener une réflexion pour répartir l'offre sur l'ensemble de la Région et améliorer ainsi son maillage en répartissant mieux les services. Cette réflexion est un élément essentiel du travail de la section. Il y a toutefois de nombreux écueils et pas de panacée. Le premier écueil est d'ordre immobilier. Dire à une institution de ne pas s'installer à un endroit car elle est trop près d'une autre et lui conseiller de s'établir ailleurs, c'est facile. Toutefois, que trouvera-t-elle à cet endroit ? Quel sera le loyer ?

M. Alain Willaert (président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé).- L'asbl Assoss (Association Social Santé) a été créée il y a quelque temps déjà. Elle est constituée de cadres associatifs à titre privé, dont je suis, et de personnes chargées d'un mandat institutionnel.

Cette asbl est née de l'initiative de quelques cadres associatifs qui estimaient qu'il ne fallait pas tout attendre d'un refinancement des pouvoirs publics et qu'il était peut-être possible de proposer des organisations différentes, des initiatives de regroupement et des économies d'échelle.

Le problème que rencontre Assoss est le suivant : de nombreuses idées ont été émises mais, une fois de plus, elles n'ont pas été accompagnées des moyens ni du temps nécessaires.

Néanmoins, des concrétisations ont vu le jour. Par exemple, un marché public a été lancé dans le cadre du secrétariat social, afin de permettre à de petites associations de diminuer les coûts liés aux salaires en se regroupant.

Ce regroupement a été réalisé à partir de la Fédération laïque des centres de planning familial (FLCPF), qui s'est ouverte et qui a externalisé ce service une fois que ce dernier est devenu rentable et autonome. Au moment où tout le monde paniquait face au règlement général sur la protection des données (RGPD) et compte tenu des prix très élevés des journées de formation, un accord a été conclu avec Ideji, organisme subventionné par la Commission communautaire française, pour obtenir des formations à un prix nettement plus adéquat.

Nous avons également demandé à l'Université libre de Bruxelles (ULB) de réfléchir à un regroupement de trésoreries et de proposer une modélisation. Pour ce faire, nous avons obtenu un petit financement en initiative de la Commission communautaire française. Vous savez que les asbl doivent fréquemment recourir à des crédits-ponts car les subventions n'arrivent pas à temps. Les agréments, quant à eux, tombent relativement bien le plus souvent, mais l'initiative coûte parfois fort cher. Dans ce cas, on paie les banques dans l'attente de l'arrivée de l'argent sur les comptes.

L'ULB a donc conçu une modélisation dans laquelle plusieurs associations réunissent leurs trésoreries et se prêtent mutuellement de l'argent, à des taux extrêmement réduits, voire sans intérêt, lorsque le besoin s'en fait ressentir. Une réflexion a été faite dans ce sens. Assoss a fait l'objet de nombreux fantasmes, et ce alors que ce n'est pour l'instant qu'un groupe de réflexion. Pourtant, il a permis – et c'est

sans doute son plus grand fleuron jusqu'à ce jour – à Topaz d'exister. Il s'agit d'un logiciel social-santé, qui est désormais utilisé par de nombreuses maisons médicales, des centres de planning familial, etc.

Certes, ce n'est pas Assoss qui a créé Topaz mais cette asbl a permis la rencontre de toutes les compétences qui lui ont donné naissance. Remarquons d'ailleurs que Assoss ne bénéficie toujours pas d'un financement et aucun permanent n'y est attaché. C'est la bonne volonté des uns et des autres qui permet de la faire fonctionner.

2.6. Exposé de Mme Chantal Pirlot de Corbion, vice-présidente de la section « Personnes handicapées » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé

Mme la présidente.- Nous abordons à présent la section « Personnes handicapées ».

La parole est à Mme Chantal Pirlot de Corbion.

Mme Chantal Pirlot de Corbion (vice-présidente de la section « Personnes handicapées ») a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Bien que nous ne nous soyons pas concertés, je me réjouis que nos exposés présentent des points communs.

Certains d'entre vous étant en fonction depuis peu, je me permets de rappeler le mode de fonctionnement du Conseil consultatif dont je suis la vice-présidente. En l'occurrence, je vous prie de bien vouloir excuser notre président, Michel Magis, qui n'a pas pu être présent aujourd'hui.

Notre Conseil est composé de 24 membres effectifs et suppléants, qui représentent les grands interlocuteurs du secteur : usagers (personnes physiques et handicapées), pouvoirs organisateurs (l'ensemble des institutions d'hébergement), représentants des travailleurs (la partie syndicale) et experts en matière de handicap.

Nous nous réunissons tous les mois et avons comme tâche l'approbation des agréments des institutions, soit une cinquantaine par an. Nous émettons un avis sur des propositions émanant de l'administration et de l'inspection. Cette démarche est souvent très constructive pour toutes les parties.

Des propositions émanent également de nos groupes de travail et nous donnons notre opinion, comme dans les autres conseils, sur les avis, projets de décret et arrêtés d'exécution. L'intérêt et l'utilité de

ce conseil résident dans la forte collaboration entre l'administration et les représentants du cabinet, qui sont toujours présents. Les interlocuteurs sont tous autour de la table et le dialogue est toujours franc et positif.

Le champ d'application de notre mission et de nos réflexions récentes est vaste, et je vais vous en exposer les grands points.

S'agissant des demandes d'agrément en centres de jour et d'hébergement de nuit des jeunes et adultes en situation de handicap, le manque de places est toujours criant. Les listes d'attente restent d'actualité, ce qui pose un problème aux familles souvent obligées de continuer à héberger de grands adultes ou des enfants présentant un handicap lourd.

Cette année, nous bénéficierons d'une augmentation destinée à l'encadrement, mais pas à la création de nouvelles places, ce que nous appelons de nos vœux. Par contre, de nouveaux projets de loisirs inclusifs seront lancés. Il s'agit de petits projets qui répondent totalement à la volonté d'inclure des personnes moins lourdement handicapées par le biais du sport et des loisirs. Ces initiatives ne nécessitent pas de budget trop important, et elles sont très intéressantes.

Notre Conseil est également concerné par les aides matérielles, c'est-à-dire les adaptations de voitures, les aides à la lecture et à l'audition, les aménagements de logements. De telles aides représentent un très petit budget, mais elles sont néanmoins primordiales, car il s'agit d'un facteur d'inclusion tout à fait indispensable. Dans la logique du décret inclusion, nous travaillons, dans le cadre d'un groupe de travail, à l'élaboration d'arrêtés d'application. Concrètement, nous cherchons à identifier les aides qui sont encore utiles et efficaces, ainsi que les budgets qui doivent y être alloués.

Dans la logique selon laquelle des aides matérielles devraient rejoindre la Commission communautaire commune, nous travaillons également avec des représentants d'Iriscare sur ce dossier. Cette collaboration devrait nous permettre d'arriver d'ici deux mois à des conclusions pratiques qui seront ensuite examinées par l'administration, proposées au cabinet et, nous l'espérons, bientôt validées par ce dernier.

Ces dernières années, la formation et l'emploi des personnes handicapées, tant dans le circuit ordinaire que dans les entreprises de travail adapté (ETA), figurent également au centre de nos préoccupations. Dans le circuit ordinaire (le secteur public et le secteur des entreprises classiques), les quotas imposés aux administrations communales et CPAS ont été revus en 2018 et sont passés de 3 % à 2,5 % en Région

de Bruxelles-Capitale à la suite de la récente ordonnance à laquelle nous avons été associés.

À l'époque, nous étions dépités car ces quotas concernant les administrations communales et CPAS n'étaient pas accompagnés de sanctions en cas de non-respect. On nous avait répondu que si une étude venait à démontrer que ces quotas n'étaient pas respectés, cette procédure serait réexaminée. Cette étude a été réalisée par la Région de Bruxelles-Capitale : seules trois communes (Auderghem, Woluwe-Saint-Lambert et Saint-Josse-ten-Noode) ont rempli leurs obligations ...

Nous revenons donc à la charge, et proposons que les communes puissent rencontrer une partie de cette obligation en sous-traitant des marchés publics aux ETA. La proportion tend à s'améliorer dans ce cas de figure.

Le travail en ETA est le deuxième vecteur d'emploi pour les personnes handicapées. Actuellement, douze ETA emploient 1.800 personnes dont 1.450 travailleurs handicapés. D'une part, la réalité des ETA est difficile, la concurrence est forte et les travaux banalisés sont de moins en moins courants. D'autre part, les places manquent en ETA car ces dernières doivent être réservées aux travailleurs les plus faibles, avec pour conséquence que des personnes sont trop handicapées pour les circuits ordinaires et trop peu handicapées pour les ETA.

Un troisième problème qui se pose dans le cadre des ETA, c'est que les personnes handicapées souhaitent travailler à temps partiel ou souffrent d'un vieillissement accéléré beaucoup plus pénible. Il faudrait dès lors calculer le nombre de quotas en ETA non pas sur la base du nombre d'équivalents temps plein (ETP), mais sur la base du nombre de travailleurs. C'est une des grandes négociations que nous espérons mener.

Elle a été partiellement entendue sous la législature précédente, avec la réallocation de douze places sur un quota qui n'avait pas été rempli. Il s'agit à présent de rendre cette réalité structurelle et de modifier l'attribution des quotas.

Je voudrais terminer ce paragraphe sur l'emploi en soulignant à quel point ce dernier constitue le principal moteur d'inclusion des personnes handicapées. Il structure la journée, il est un facteur de liens sociaux, mais il est également un moyen de sortir de la pauvreté. La pauvreté des personnes handicapées est une réalité dont on n'a pas toujours pris la mesure. Leur emploi est très faible en Région bruxelloise. Il l'est également au niveau national, avec un taux de 27 % dont nous ne sommes pas fiers.

Comme dans toutes les matières en Belgique, le secteur du handicap dépend à la fois du niveau fédéral, du niveau régional et du niveau communautaire. Vous n'avez pas toutes les compétences en main pour insuffler la politique que nous souhaiterions tout comme vous. Cependant, vous pouvez être des ambassadeurs à bien des niveaux :

- l'augmentation des places dans les institutions pour les personnes handicapées de grande dépendance, qui est une priorité;
- le développement de logements et de services adaptés aux personnes handicapées;
- l'importance de l'emploi des personnes handicapées.

Plus précisément, dans vos compétences directes, nous sommes très soucieux que les structures consultatives telles que la nôtre se perpétuent dans le cadre des futures évolutions vers la Commission communautaire commune. Comme l'ont déjà dit M. Willaert et M. Duponcelle, il est important, dans le cadre de vos compétences, que vous soyez attentifs à maintenir les personnes handicapées, l'administration, l'inspection et les acteurs du secteur dans des structures de consultation et de décision.

Les membres m'ont adressé une seconde demande, celle de la simplification administrative. Actuellement, nous sommes confrontés à une surcharge administrative en raison du nombre de documents à remplir et d'un manque de coordination entre le gouvernement fédéral et le gouvernement régional, ainsi que, parfois, la Commission communautaire française. Il nous semble important de ne suivre qu'une seule directive et d'obtenir une simplification à ce niveau-là.

Notre troisième suggestion serait d'appliquer le *handistreaming* dans le cadre de vos compétences. Par exemple, pour les matières culturelles et sportives, vous pourriez avoir des référents en handicap qui vous aideraient à préparer les choses en amont et non à les corriger en aval. Nous espérons aussi que vous mènerez une véritable politique d'inclusion de la personne handicapée dans vos structures culturelles, sportives, etc. Ainsi le Gouvernement francophone bruxellois et le Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé seront-ils tous deux gagnants, au profit de l'intégration et de l'inclusion au sens large. ».

(Applaudissements nourris sur tous les bancs)

2.7. Échange de vues

Mme la présidente.- Avant de donner la parole aux autres intervenants, je souhaiterais rappeler la tenue d'un Jeudi de l'hémicycle sur les entreprises de travail adapté (ETA) et sur les enjeux que vous abordez, le 30 avril prochain. Ce sera l'occasion d'étudier ces revendications plus en profondeur avec vous.

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo).- Je suppose que le président a été retenu par la célébration des cent ans de la Ligue Braille, à laquelle nous souhaitons un bon anniversaire.

Mme Chantal Pirlot de Corbion (vice-présidente de la section « Personnes handicapées »).- Je lui transmettrai vos vœux et je vous en remercie.

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo).- En ce qui concerne les entreprises de travail adapté (ETA), un arrêté d'application a-t-il été pris récemment par le Gouvernement francophone bruxellois, qui voulait compenser cette difficulté relative au temps partiel ? C'est en tout cas ce que M. Vervoort semble avoir indiqué.

Selon vous, cette compensation de la moitié des pertes (2,5 %) est-elle la méthode adéquate, ou faut-il passer à des équivalents temps plein (ETP), ce qui permettrait de ne pas perdre ces pourcentages ?

Par ailleurs, les rapports des différents groupes de travail ne sont-ils envoyés qu'au Gouvernement francophone bruxellois ou sont-ils plus largement accessibles ? Vous avez parlé de transversalité. Il y a peu, au niveau du Parlement de la Région de Bruxelles-Capitale, nous avons interpellé le ministre des pouvoirs locaux en lui disant qu'il serait intéressant que le parlement dispose d'un retour sur le travail des différents conseils consultatifs communaux, dans la mesure où ils ne concernent pas uniquement les communes.

Le groupe de travail sur la coordination des conseils consultatifs communaux dispose-t-il de ces informations et les fait-il remonter ?

Par ailleurs, au sujet de la liste centralisée, ce groupe de travail planche-t-il sur l'idée d'un guichet unique, d'un lieu centralisé, principe qui peut aussi s'appliquer aux maisons d'accueil dont nous avons parlé tout à l'heure ?

Pourriez-vous être plus clair quant à la demande de simplification administrative ? Est-elle souhaitée au niveau de la reconnaissance des handicaps ? Quels sont les obstacles récurrents ?

Il s'agit en tout cas d'une demande de l'ensemble des acteurs de terrain, qui sont amenés à rendre des rapports complexes.

Un acteur de la santé parti s'installer en France m'expliquait que les procédures, même si elles présentaient des inconvénients, y étaient beaucoup plus simples. Il y avait obtenu un financement pour un projet transversal.

Comment amorcer cette simplification ?

Mme Chantal Pirlot de Corbion (vice-présidente de la section « Personnes handicapées »).- Au sujet des quotas, la correction de 2,5 % dont nous parlons tout à l'heure représente une étape importante. Si nous avons dû remplacer tous les temps partiels en équivalents de personnes, cela aurait augmenté le chiffre de manière beaucoup plus significative. Il s'agissait donc d'une réponse partielle à une question importante. Nous espérons que les avancées n'en resteront pas là et qu'une réflexion de fond sera menée quant à l'adaptation des horaires de travail aux possibilités des personnes handicapées.

Faisant suite à cette réflexion, un groupe de travail s'est constitué. Il se penche sur la nouvelle attribution de ces places, non plus selon le critère de la bonne santé financière ou celui de la demande des douze entreprises de travail adapté (ETA) elles-mêmes, mais bien en tenant compte de la possibilité pour les travailleurs de trouver leur épanouissement dans certaines fonctions. Cette matière présente donc des avancées.

Par ailleurs, comme vous l'avez signalé, Madame la Présidente, un Jeudi de l'hémicycle consacré aux ETA aura bientôt lieu et vous recevrez dès lors des réponses plus précises et plus complètes à cet égard.

Un groupe de travail se penche actuellement sur les aides matérielles, un autre mène une réflexion sur les mesures de contention. Ce groupe s'est constitué à la suite de l'analyse des documents d'agrément de certaines institutions.

Les mesures de contention dont ces documents faisaient état ont heurté certains membres du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé, bien qu'elles constituent parfois un mal nécessaire. Un travail important est en cours avec les acteurs du secteur et en bonne entente avec l'administration afin de parvenir à un *modus vivendi* qui soit à la fois humain, efficace et sécurisant.

Pour les rapports des autres groupes de travail tels que ceux des conseils communaux, le fait que certains des membres du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé y siègent nous permet d'avoir un retour d'informations. Nous sommes donc au courant de ce qu'il s'y passe. Je vais me renseigner, mais je ne suis pas sûre que nous ayons accès à une information qui soit publique,

c'est plutôt une information interne qui nous permet d'avancer.

Il en est de même concernant la liste centralisée. Nous demandons aux institutions un retour d'informations pour disposer d'une liste centralisée des demandes de places de grande dépendance reprenant les places qui sont remplies et celles qui se libèrent.

S'agissant de la simplification administrative, j'ai repris une demande qui m'a été adressée par l'un de nos membres et nous en avons d'ailleurs beaucoup discuté en conseil. La loi « *only once* » du 5 mai 2014 adoptée au niveau fédéral vise la réutilisation d'une donnée de source authentique.

Depuis lors, en Région bruxelloise, le groupe de travail Easybrussels a proposé une simplification des relations des citoyens et des entreprises avec l'administration ainsi qu'une diminution du coût des documents. Par contre, dans le secteur non marchand qui nous concerne, dans notre section, nous avons dû introduire d'autres données d'une autre façon et parfois sans respecter le protocole de confidentialité que nous souhaitions. Ce sujet a donc provoqué quelques tensions et nous plaçons pour une demande de renseignements administratifs unique et de source fiable.

Mme la présidente.- En tant que députée lors de la législature passée, j'avais du mal à recevoir les avis du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé, qui étaient rarement mis à disposition quand le projet de décret arrivait en commission. Nous demandions à obtenir ces avis et ils arrivaient plus tard. Je me suis souvent demandé pourquoi ils n'étaient pas plus facilement accessibles. Peut-être les agréments ne sont-ils pas publics, mais il serait intéressant d'obtenir les avis sur les projets de décret ou d'ordonnance. Bien sûr, ce point relève également de la responsabilité des ministres, et ce n'est pas arrivé en Commission communautaire française sous cette législature. Vos avis n'intéressent pas que les députés.

M. Alain Willaert (président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé).- Vous posez la question et y répondez en même temps. De notre côté, nous formulons un avis écrit grâce au concours de l'administration, et nous l'envoyons ensuite au Collège de la Commission communautaire française. Nous ne pouvons rien faire de plus. En revanche, les avis que nous émettons restent souvent sans suite.

Mme la présidente.- Nous réfléchissons donc à la manière d'améliorer cette communication, dans un sens comme dans l'autre.

2.8. Exposé de Mme Myriam Dieleman, vice-présidente de la Section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif francophone bruxellois de l'Aide aux personnes et la Santé

Mme la présidente.- Nous abordons à présent la section « Promotion de la santé ».

La parole est à Mme Dieleman.

Mme Myriam Dieleman (vice-présidente de la section « Promotion de la santé »).- a tenu devant les commissaires le discours suivant :

« Je remplace au pied levé le président Jacques Morel, qui ne peut être présent pour des raisons de santé. Je vous prie donc d'excuser mon manque de préparation. J'ai naïvement cru que M. Willaert s'occuperait de toutes les présentations. J'ai préparé quelques points et j'espère qu'ils vous intéresseront.

Vous le savez, le secteur de la promotion de la santé a été transféré à la suite de la dernière réforme de l'État. Cela fait maintenant cinq ans que cette compétence relève de la Commission communautaire française. Jusque-là, un décret de 1997 organisait la promotion de la santé en Communauté française. Je pense que ce secteur est encore influencé par son histoire.

Nous devons toutefois saluer le travail réalisé sous la législature précédente. Il a permis d'absorber cette compétence, de rédiger un décret et d'élaborer un plan pour remettre sur pied un secteur dont la Commission communautaire française a hérité. Ce n'est pas tout à fait le cas en Région wallonne, où une partie du secteur a été transférée à l'Agence pour une vie de qualité (AVIQ).

Pour résumer en une phrase cette matière parfois jugée nébuleuse ou illisible, la promotion de la santé est l'action sur les déterminants des inégalités sociales de santé en vue de leur réduction. La promotion de la santé agit à travers plusieurs stratégies qui lui sont en partie propres et spécifiques. J'en citerai trois : la participation des acteurs, en particulier les publics finaux, l'intersectorialité et le travail communautaire.

On comprendra ainsi que la transversalité évoquée au début de cette réunion est une caractéristique importante et fondatrice de la promotion de la santé. En effet, la quarantaine d'acteurs subventionnés par la Commission communautaire française en promotion de la santé sont tous en contact permanent avec l'ensemble des acteurs de l'aide aux personnes, de l'action sociale, de la famille et de la santé en général.

Par ailleurs, le plan de promotion de la santé est structuré en priorités, les premières étant l'alimentation et le sport. D'autres sont la prévention des infections sexuellement transmissibles (IST), la promotion de la santé sexuelle, l'attention aux publics vulnérables, ainsi que la réduction des risques liés à l'alcool et aux drogues.

Le secteur, en termes de taille et de nombre d'acteurs, est beaucoup plus petit que celui évoqué par Michel Duponcelle en ambulatoire. Cela étant dit, l'hétérogénéité des thèmes abordés et des acteurs est similaire à celle de l'ambulatoire, en comparaison avec d'autres secteurs.

Je ne vois pas grand intérêt à revenir sur le rapport 2018, à moins que vous n'ayez des questions précises à me poser. Je ferai néanmoins un commentaire inspiré de ma relecture dudit rapport qui clôturerait, en quelque sorte, le premier cycle de ce secteur qui venait d'être transféré. De nouveaux opérateurs, services, supports et réseaux venaient alors d'être désignés grâce aux instruments que constituent le décret et le plan. Ce rapport 2018 témoigne de la fin de cette étape de remise d'avis sur ces nouveaux opérateurs.

En 2020, le secteur est sur les rails et de nouvelles questions se posent.

D'abord, le thème de la transversalité, porté par M. Alain Willaert, le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS) et le Bureau du Conseil de manière générale. La promotion de la santé est traversée par ces questions de transversalité. Nous cherchons à savoir quelles seront les opportunités créées sous la nouvelle législature pour renforcer les liens, notamment institutionnels, entre les secteurs et favoriser la transversalité dans le domaine de la promotion de la santé.

La question peut également être posée en ce qui concerne le décret ambulatoire. Lorsque le secteur de la promotion de la santé a été transféré, s'est posée la question de savoir si nous allions greffer le futur décret sur ledit décret ambulatoire. Cette option a été rapidement abandonnée, car il s'agissait d'un décret déjà dense, complexe et mobilisant de nombreux acteurs. Un décret spécifique a été élaboré, avec un nouveau secteur. Nous avons créé une section supplémentaire au sein du Conseil consultatif, bien que la promotion de la santé ne participe pas directement à l'ambulatoire, ni même à l'aide aux personnes stricto sensu.

La question se pose à nouveau face à l'éventuelle réforme du décret ambulatoire ou l'ambition de fusionner les plans bruxellois social-santé, pauvreté, etc. Il existe aussi un plan de promotion de la santé.

Leur articulation fera partie de notre travail des prochaines années.

Cela pose des questions plus larges sur la santé dans toutes les politiques. Où plaçons-nous la promotion de la santé ? Comment la politique publique de santé et d'aide aux personnes peut-elle contribuer à réduire les inégalités sociales dans ce domaine et à agir sur les déterminants de la santé ? Personne n'a de réponse toute faite à ces questions. Cela vaut la peine de s'interroger.

M. Duponcelle plaisantait un peu en demandant comment réduire la pauvreté. Je pourrais dire la même chose en ce qui concerne les inégalités sociales de santé. Cinq ans ne suffiront probablement pas, mais c'est notre horizon.

Une autre question sera celle d'un dispositif global, d'un secteur spécialisé dans la promotion de la santé. Dans notre section, nous abordons ces articulations de fond.

Nous entrons dans la troisième année du plan. Tous les acteurs de la promotion de la santé sont appelés à évaluer leur propre programme d'action et sont convoqués à un entretien auprès des services de l'administration. C'est évidemment très intéressant. L'an prochain, l'instance de pilotage se penchera sur l'évaluation du plan lui-même, et donc de la politique publique.

Plusieurs questions émergent à ce sujet. L'une de celles qui sont régulièrement posées par les acteurs porte sur la temporalité. En effet, les acteurs sont reconnus pour trois années, additionnées de deux. Il s'agit donc d'un plan quinquennal assez réaliste.

Les acteurs sont reconnus pour trois ans, à l'exception des acteurs des services de support qui, eux, sont désignés pour cinq ans. Pourquoi cette temporalité ? Pourquoi ne pas reconnaître directement les acteurs pour une durée de cinq ans, tout en continuant à mettre en œuvre un dispositif d'évaluation à mi-parcours ? Ces questions ont du sens, pour autant que des changements ne fragilisent pas l'ensemble du dispositif.

L'autre point qui fera probablement l'objet de vos discussions est la manière dont le futur plan stratégique de promotion de la santé devra voir le jour dans deux ans. Quels sont les nouveaux besoins ? Parmi ces besoins, quels sont ceux qu'il conviendrait d'intégrer dans ce futur plan ? De nouvelles subventions seront-elles allouées aux nouveaux besoins éventuels ? Un besoin chassera-t-il l'autre ? Je n'en suis pas certaine, car les besoins actuels ne sont pas près de disparaître.

D'autres besoins émergeront encore. Comment allons-nous les traiter ? Je vous cite quelques thèmes faisant déjà l'objet de discussions : le vieillissement (qui ne constitue pas une priorité dans le plan de santé actuel), la santé environnementale (qui ne figure pas dans le plan, alors que ce thème préoccupe tout le monde) ou encore les violences basées sur le genre. À cet égard, il existe un réseau, à savoir l'asbl Femmes & Santé, mais ses moyens sont limités.

Toutes ces questions restent ouvertes.

Mon ami Abder Chafi vient de me suggérer d'aborder une autre question dont nous avons parlé en section, tandis qu'un courrier a été écrit en ce sens à l'attention de la ministre : le secteur de la promotion de la santé n'est pas dans les clous de l'accord des secteurs non marchands. Il n'a jamais été reconnu sur cette base. Le problème est connu de longue date, le secteur non marchand fait l'objet de discussions depuis 20 ans, mais cette situation peut entraîner une dévalorisation salariale. En outre, il existe certainement des différences de reconnaissance au sein d'une même équipe pouvant disposer de plusieurs sources de financement.

Le secteur demande simplement d'être reconnu dans le cadre de l'accord. La promotion de la santé a longtemps été et reste considérée comme un secteur quelque peu à part, ce qui n'est pas très cohérent. ».

(Applaudissements)

2.9. Échange de vues

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo). - Je vous rejoins sur la question du vieillissement, qui est un enjeu dont on ne tient pas encore suffisamment compte. Ainsi, à Bruxelles, 2.600 personnes meurent chaque année des suites d'une chute. Force est de constater que certaines réalités inquiétantes passent donc sous le radar. Pourtant, les pays voisins tels que la France mettent en place de vraies politiques à cet égard. Certains groupes de travail se penchent-ils sur le vieillissement comme d'autres se penchent sur le handicap ?

Par ailleurs, de manière générale, pourquoi avez-vous choisi de nous présenter le rapport de 2018 plutôt que celui de 2019 ? Ce décalage relève-t-il de la difficulté de produire un rapport au mois de mars ?

S'agissant du volet environnement et santé, comment faites-vous l'articulation entre la Commission communautaire française et la Région de Bruxelles-Capitale ? En effet, ce problème est souvent abordé au niveau régional et des moyens y sont

consacrés, notamment dans la lutte contre la pollution intérieure.

Concernant le travail sur les futurs plans de santé, comment comptez-vous articuler les avis que vous donnerez pour accompagner le monde politique ? Comme vous l'avez dit, de nombreuses discussions ont lieu à ce propos.

Sur le plan pratique, comment envisagez-vous les prochains mois ? Nous espérons que vous nous donnerez un avis commun et qu'il n'y aura qu'un seul plan.

Mme Delphine Chabbert (PS).- S'agissant de la question de genre dans la promotion de la santé, il est important de parler de la santé des femmes. En effet, la promotion de la santé diffère selon que l'on s'adresse à des hommes ou à des femmes.

Une question a d'ailleurs récemment été posée à la ministre-présidente sur la prise en compte systématique du genre dans les politiques de promotion de la santé. Dans sa réponse, la ministre-présidente a évoqué l'existence d'un réseau Femmes & santé, qui est véritablement mobilisé sur de telles questions.

Les professionnels chargés de la promotion de la santé sont-ils personnellement formés à ces questions de genre et de santé ? La façon de s'exprimer et le travail sur l'impact de tel ou tel comportement sur les hommes ou les femmes sont des aspects qui méritent une attention particulière.

Mme Myriam Dieleman (vice-présidente de la section « Promotion de la santé »).- En ce qui concerne la question sur le rapport de 2019, je laisse aux institutions le soin d'y répondre.

L'articulation de la Région bruxelloise concernant l'environnement et la santé dépend des acteurs. Dans le secteur de la promotion de la santé, une quarantaine d'acteurs travaillent sur des priorités relativement différentes. Aujourd'hui, tous les acteurs subventionnés de ce secteur ont répondu à un appel d'offres, lui-même basé sur le plan de promotion de la santé.

Ainsi que l'ont précisé les femmes qui travaillent à l'administration de la Commission communautaire française en promotion de la santé, cette priorité ne figure pas dans le plan. Dès lors, on peut difficilement demander aux acteurs de faire des choses pour lesquelles ils ne sont pas reconnus. Il faudrait donc avant tout adapter le plan en conséquence. C'est une question d'articulation logique.

Selon moi, un acteur qui travaille dans le domaine de la littérature en santé (autrement dit l'accessibilité

de l'information et l'activation des compétences pour les personnes plus éloignées de l'écriture) peut aborder des thèmes liés à l'environnement et le fait probablement avec une série de partenaires adéquats.

La question de l'articulation avec la Région doit se poser en priorité dans les relations interministérielles et les accords entre les entités.

Pour ce qui est des futurs plans, la question de savoir comment nous allons émettre nos avis est prématurée. Le cabinet ministériel participe aux réunions de la section en tant qu'invité permanent, au même titre que l'administration. Dans ce cadre, Mme Papazoglou, membre du cabinet, nous a récemment présenté les prémices de leur méthode de travail, qui n'est pas encore complètement aboutie. Nous allons simplement nous articuler sur le travail mis en place, en espérant y être associés. Je suis sûre que cette section aura la capacité de mener une réflexion la plus large et la plus ample possible.

Nous conserverons comme toile de fond la simplification ainsi qu'un maximum d'intersectorialité et de connexions. La représentante de la ministre disait, sans doute à juste titre, que le futur plan ne remplacera pas tous les plans existants. À l'échelle de cinq ans, nous conserverons probablement des secteurs structurés par des plans propres à leur matière. La question sera d'articuler ces plans et de les intégrer au maximum à l'échelle d'une région, qui est toute petite. Telle est la direction que nous prenons.

La formation des acteurs en matière de genre est une excellente question. Il n'existe actuellement pas de formation spécifique et subventionnée en tant que telle par le plan de promotion de la santé. Néanmoins, des opérateurs tels que la Fédération laïque de centres de planning familial (FLCPF), le réseau Femmes & Santé et probablement d'autres opérateurs de formation qui sont au corps-à-corps avec les questions de genre proposent des formations avec les moyens dont ils disposent.

Cela reste de la formation ponctuelle, continuée, pour des acteurs professionnels déjà en fonction. Or, l'enjeu réside également dans la formation initiale. Nous plaçons pour que ces questions traversent l'ensemble du champ social de la formation, y compris initiale, que ce soit pour les assistants sociaux, les infirmiers, les éducateurs ou les enseignants. En l'occurrence, au-delà du champ d'application et du secteur lui-même, une politique de promotion de la santé ambitieuse devrait nous permettre d'aller aussi loin.

Par ailleurs, l'Institut Repère, qui fait office de service de support du plan de promotion de la santé, est un organisme chargé de la formation des acteurs qui

propose également l'un ou l'autre module de formation sur la question du genre.

À ce stade, il s'agit encore d'initiatives prises de bonne volonté, mais non encore intégrées de façon structurelle. Le champ est donc encore ouvert à ce niveau-là.

M. Alain Willaert (président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé).- Le fait d'être invité ici au mois de mars est tout à fait exceptionnel (nous le sommes généralement en novembre) mais, vu les circonstances – la mise en place du nouveau Collège et celle des commissions – il est assez normal que nous le soyons maintenant. Ceci dit, vous avez raison : si discuter en novembre d'un rapport datant de l'année précédente peut revêtir un certain intérêt, celui-ci est tout de même quelque peu émoussé.

D'autre part, il existe une réelle différence entre les échanges que nous avons ici et la rédaction du rapport. En effet, c'est un rapport administratif qui est demandé à l'administration : le nom des membres des différentes sections, le nombre de réunions qui se sont tenues, le nombre d'avis émis, etc. Le rapport ne s'intéresse pas au fond du sujet, contrairement à la discussion que nous avons aujourd'hui.

Une de nos recommandations consiste à accorder davantage de moyens à l'administration pour que les travaux du conseil consultatif soient mieux encadrés. Pour l'instant, chaque section dispose d'un(e) secrétaire attitré(e) qui a pour tâche de rédiger les procès-verbaux des réunions, d'assurer le suivi des avis, etc. Toutefois, cette personne a de nombreuses autres tâches à effectuer et il n'existe pas de cellule qui encadre nos travaux.

Il n'est donc pas rare que le rapport administratif du Bureau nous parvienne seulement en juin ou en septembre de l'année suivante. Je rejoins donc les propos de Mme Vanhessen, selon lesquels le rapport avec l'administration était efficient. Nous entretenons effectivement de bonnes relations avec la Commission communautaire française, mais l'encadrement du Conseil consultatif pourrait s'avérer utile. N'oublions pas que nous sommes tous quasiment bénévoles et que nous prenons sur notre temps de travail.

Mme la présidente.- Je peux en tout cas vous assurer que nous vous inviterons chaque année sous cette législature. Nous déciderons de la période la plus appropriée.

Des députés souhaitent-ils être davantage informés sur la cohésion sociale ou sur l'aide et les soins à domicile ?

Je propose que nous reportions ces interventions à la prochaine séance.

En outre, je vous annonce que nous envisageons d'inviter également l'administration de la Commission communautaire française à venir présenter son travail et son mode de fonctionnement en commission réunie. Nous sommes actuellement en discussion avec eux.

M. Michel Duponcelle (président de la section « Services ambulatoires »).- La section de l'aide et des soins à domicile est distincte de la section ambulatoire que je préside pour des raisons historiques plus que fonctionnelles. Nous dépendons en réalité du même décret et des mêmes arrêtés d'application. Mes propos concernant la section ambulatoire s'appliquent dès lors à la section de l'aide et des soins à domicile. Nous participons d'ailleurs souvent à des réunions communes étant donné que nous travaillons sur les mêmes textes. Nous avons en outre remis plusieurs fois des avis en commun.

La question du paiement de l'ancienneté des travailleurs est toutefois propre à leur section. Il s'agit en fait d'un problème majeur. Ces services sont en effet subventionnés à l'heure prestée. Il est très compliqué de tenir compte de l'ancienneté de l'aide-ménagère ou de l'aide familiale dans un calcul qui intègre des heures de l'aide sociale.

Concernant la section de la cohésion sociale, la législation précédente s'est clôturée de manière un peu particulière. Le Collège précédent a remis en chantier le décret général d'encadrement et de subventionnement de la cohésion sociale. Ce décret a été reçu fraîchement par la section, tout comme l'arrêté.

Concernant la publicité de nos avis, vous disposez de nos avis sur les textes législatifs puisqu'ils sont intégrés aux documents décrétaux qui vous parviennent, au même titre que l'avis du Conseil d'État.

Mme la présidente.- Vous soulevez un problème, mais nous allons veiller à ce que cela soit le cas à partir de maintenant.

M. Michel Duponcelle (président de la section « Services ambulatoires »).- Sachez en tout cas que le Conseil d'État nous donne souvent raison. L'avis sur l'arrêté a été l'un des plus longs et circonstanciés de l'histoire du Conseil consultatif. En effet, il comprenait plus de pages que le texte de l'arrêté !

Il y a donc eu un vrai malaise que le nouveau Collège a pris à bras-le-corps. Nous sommes en quelque sorte en attente que ce dernier « digère » le texte qui sera discuté. La section de la cohésion sociale se réunit donc mais n'a pour l'instant pas grand-chose à

se mettre sous la dent. Par exemple, nous devons remettre un avis sur les plans communaux de cohésion sociale.

M. Alain Willaert (président du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé).- Le décret de 1997 instituant un Conseil consultatif précise clairement que les avis sont à destination du Collège. Il vous appartient à vous, parlementaires, de faire le nécessaire pour changer la législation. Cela ne relève pas de nos compétences.

Mme la présidente.- Je vais clarifier mon propos. Il est arrivé par le passé que, lorsque nous présentions un projet de décret en commission, nous ne disposions pas de l'avis du Conseil consultatif. Nous le demandions, il était fourni, mais seulement entre la commission et la séance plénière.

Dès lors, j'estime personnellement que nous le recevons tardivement et que nous devrions le recevoir avant la commission. Nous veillerons donc, lors de projets de décret, à disposer de l'ensemble du dossier, dont l'avis du Conseil consultatif, sans quoi nous n'examinerons pas le texte en commission.

M. Michel Duponcelle (président de la section « Services ambulatoires »).- Il faut savoir que nous donnons notre avis avant que le texte n'aille au Conseil d'État, autrement dit entre les première et deuxième lectures du Collège. Normalement, le texte est directement disponible.

Mme la présidente.- Y a-t-il d'autres remarques ou propositions, ou pouvons-nous en rester là et donner toute notre confiance au rapporteur ?

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo).- Je salue la qualité des présentations, qui est pour nous un aspect essentiel car il alimente notre réflexion. Le fait que vous saluiez le travail de l'administration est à souligner car celle-ci est souvent critiquée. Le fait que des acteurs de terrain reconnaissent aujourd'hui la qualité du travail de nos administrations est important, selon moi.

3. Approbation du rapport

La commission plénière accorde sa confiance à la présidente et au rapporteur pour l'élaboration du rapport.

Le Rapporteur,

Ahmed MOUHSSIN

La Présidente,

Magali PLOVIE

