

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



14 septembre 2023

---

SESSION ORDINAIRE 2022-2023

---

**PROJET DE DÉCRET ET ORDONNANCE CONJOINTS**

**de la Commission communautaire française et  
de la Commission communautaire commune  
relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois**

**SOMMAIRE**

1. Exposé des motifs .....	3
2. Commentaire des articles.....	5
3. Projet de décret.....	9
4. Annexe 1 : Avis du Conseil d'État du 16 juin 2023.....	14
5. Annexe 2 : Avant-projet de décret (modifié).....	21
6. Annexe 3 : Avis du Conseil d'État du 27 octobre 2022 .....	26
7. Annexe 4 : Avant-projet de décret.....	33
8. Annexe 5 : Analyse de l'impact de l'accord sur la situation respective des femmes et des hommes.....	38
9. Annexe 6 : Analyse de l'impact de l'accord sur la situation des personnes handicapées .....	43
10. Annexe 7 : Avis du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.....	48

## EXPOSÉ DES MOTIFS

---

Le présent décret et ordonnance conjoints vise à mettre en œuvre l'adoption d'un Plan social santé intégré bruxellois. Par intégré, nous entendons tant l'intégration des différentes matières qui relèvent de la politique du social et de la santé y compris la promotion de la santé, que l'amélioration de la coordination avec les politiques menées par les différentes autorités compétentes pour le territoire bruxellois.

L'intégration des différentes matières relevant de la politique social santé en une politique commune et cohérente est une nécessité afin d'améliorer la qualité des services prestés dans ce secteur. En effet, il est très fréquent qu'un problème relevant d'une politique trouve son origine dans ou ait une conséquence sur une autre politique. Actuellement, ces différentes politiques sont organisées de façon trop cloisonnées et ce cloisonnement restreint la collaboration entre les acteurs relevant de ces différentes politiques. L'absence de collaboration structurelle et organique est un réel obstacle qui aboutit régulièrement à des incohérences dans l'organisation de la politique social santé bruxelloise.

Par ailleurs, la région bruxelloise connaît de plusieurs autorités publiques compétentes pour une même matière. Cette multiplicité d'autorités compétentes est susceptible de générer des incohérences dans les politiques menées ainsi que des politiques parallèles peu lisibles pour les acteurs.

L'élaboration d'un PSSI vise dès lors à donner une vision et des objectifs clairs à la politique social santé bruxelloise et à développer une politique aussi cohérente que possible.

L'intention est de renforcer l'harmonisation des politiques social santé au niveau bruxellois. Cela se passe à deux niveaux différents. Le premier niveau est celui des politiques Commission communautaire française-Commission communautaire commune pour lequel un plan commun doit être adopté et un suivi des politiques de ces deux institutions doivent obligatoirement être instauré. Le second niveau vise à prendre en considération la politique des autres entités compétentes sur le sol bruxellois lors de l'élaboration des politiques de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française. En d'autres termes, ce n'est pas parce que ces autres entités ne sont pas parties au présent document que les politiques de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française peuvent en faire abstraction. Les points 4) et 5) visent dès lors à ce que la Commission communau-

taire commune et à la Commission communautaire française prennent en considération l'ensemble des politiques social santé sur le sol bruxellois afin d'élaborer leur propre politique. Cela ressort notamment des articles 8, § 4 et 9, § 2. Les entités visées sont donc la Commission communautaire française, la Commission communautaire commune et la Vlaamse Gemeenschapscommissie si cette dernière le souhaite puisqu'elle est invitée aux différentes instances. Pour les autres entités, d'autres modes de coopération sont envisagés et sont actuellement en cours de discussion.

Le choix a été fait d'œuvrer à une collaboration très rapprochée des politiques Commission communautaire française et Commission communautaire commune. L'élaboration de ce PSSI doit dès lors dessiner une politique social santé commune pour ces deux institutions compétentes sur le seul territoire bruxellois. Il s'agit bien d'un choix stratégique et pragmatique visant à permettre la réalisation d'une harmonisation aussi poussée que possible, tout en étant conscient que cette harmonisation ne peut être que partielle dans l'organisation institutionnelle actuelle de ces matières.

Cependant, il existe différentes possibilités de collaboration avec les politiques social santé menées par les autres entités communautaires compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Tout d'abord, il existe de nombreuses collaborations, asymétriques ou non, avec ces entités relatives à des thèmes bien précis. Ces collaborations sont notamment rendues possibles par le fait qu'elles visent une coopération sur certains aspects précis d'une politique. Cette collaboration mutuelle peut se concrétiser dans des accords de coopération tels que celui, en cours de révision, relatif à l'accueil des primo-arrivants. Les concertations avec la Communauté flamande ont également confirmé la possibilité d'élaborer des accords de coopération comme celui, en cours d'élaboration, relatif à l'organisation de la première ligne d'aide et de soins et celui relatif à la médecine préventive.

Une coopération et une concertation structurelle sur les différents domaines du PSSI ont été proposées à la Vlaamse Gemeenschap.

En ce qui concerne la Communauté française, une coopération lui a également été proposée.

Par ailleurs, le présent décret et ordonnance conjoints impose la prise en considération des politiques menées par toutes les entités compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. On vise ici tant la Communauté française et la Communauté flamande que la Commission communautaire flamande et la Région de Bruxelles-Capitale, dont les politiques ont un impact significatif sur la politique social santé bruxelloise.

La Commission communautaire française et la Commission communautaire commune s'engagent formellement à tenir compte autant que possible des politiques développées par ces entités et ce, dans un souci de développer une politique social santé aussi cohérente que possible pour tous les Bruxellois.

Le présent décret et ordonnance conjoints constitue donc une forme de collaboration parmi d'autres. Tant la Commission communautaire commune que la Commission communautaire française visent les collaborations les plus adéquates et réalistes afin d'exercer au mieux leurs compétences.

Enfin, il convient de souligner qu'en harmonisant ses politiques avec la Commission communautaire française (et inversement), la Commission communautaire commune n'altère en rien ses obligations de bilinguisme. L'intention est en effet uniquement d'harmoniser le développement de l'offre tant Commission communautaire commune que Commission communautaire française sur la base d'une vision politique commune. En d'autres termes, le PSSI a uniquement pour vocation de créer un fondement théorique et politique permettant de développer une offre cohérente.

Le présent décret et ordonnance conjoint organise également la mise en œuvre du PSSI.

La gouvernance de cette mise œuvre est confiée au comité de pilotage, lequel pourra s'appuyer sur une instance d'avis.

L'objectif est ici d'assurer une mise en œuvre effective du PSSI appuyée sur des constatations

scientifiques et de terrain. Ainsi, il sera remarqué que l'Observatoire de la santé et du social jouera un rôle majeur dans le cadre de l'élaboration de la politique social santé et qu'un rôle décisif de conseil est donné aux acteurs de terrain concerné par les politiques social santé bruxelloises.

La mise en œuvre du référentiel du PSSI sera traduite par des plans opérationnels.

La Commission communautaire française et la Commission communautaire commune décideront d'un commun accord les mesures qu'ils souhaitent décider conjointement et donc reprendre dans le plan opérationnel conjoint.

Si l'intention est d'harmoniser autant que possible la politique social santé en région bruxelloise, le PSSI n'est pas une réforme institutionnelle. Afin de pouvoir surmonter tous les obstacles pratiques, juridiques et institutionnels, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française pourront mettre en œuvre le référentiel du PSSI par le biais de mesures propres. Toutefois, afin de garantir la cohérence et la complémentarité des mesures adoptées séparément, la prévision de ces mesures devra faire l'objet d'un plan opérationnel propre qui devra être concerté au sein du comité de pilotage.

L'ensemble des mesures prises séparément par la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne pourront bien évidemment pas entrer en contradiction avec le référentiel du PSSI. En effet le PSSI constitue une forme d'engagement de la Commission communautaire commune vis-à-vis de la Commission communautaire française et inversement de mettre en œuvre sa politique conformément au prescrit du PSSI.

Tel est par exemple le cas du Plan de promotion de la santé de la Commission communautaire française.

Enfin, il doit également être souligné que le présent projet vise à donner une part plus importante à la participation citoyenne lors de la révision du PSSI.

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

---

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

Cet article ne nécessite pas de commentaire.

### *Article 2*

Cet article reprend diverses définitions d'ordre technique.

Le PSSI comporte un référentiel, un plan opérationnel conjoint, le plan opérationnel propre de la Commission communautaire commune et le plan opérationnel propre de la Commission communautaire française.

En ce qui concerne le référentiel, ce dernier a pour objectif de fixer le socle du PSSI afin de fournir un cadre stable et une vision long terme de la politique social santé à Bruxelles.

Les plans opérationnels ont pour rôle de concrétiser les principes et objectifs repris dans le référentiel.

Comme déjà dit, la liberté est laissée à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française de déterminer quelle partie de l'exécution du référentiel sera décidée de façon conjointe, nécessitant donc l'accord des deux collègues, et quelle partie sera décidée en toute autonomie, pouvant donc être adopté sans l'approbation des deux collègues mais nécessitant toutefois une concertation au sein du comité de pilotage comme précisé à l'article 17.

### *Article 3*

Cet article indique les compétences dans lesquelles s'inscrit le PSSI. Il s'agit des compétences de la santé et de l'action sociale, telles que prévues à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I et II de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles et à l'article 3, 6°, du décret du 4 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française et à la politique de l'aide aux personnes en ce compris les infrastructures sociales qui y sont liées à l'exception des politiques prévues à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, II, 3° et 4°, de la loi spéciale institutionnelles du 8 août 1980 et à l'exception des infrastructures de crèches, de crèches parentales, préguardiens, maisons communales d'accueil de l'enfance et services d'accueil spécialisés.

Dès lors que la Commission communautaire française n'est pas compétente pour les matières exclues de son champ de compétence sur la base de l'article 3, 6° et 7°, du décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 (à savoir, les matières ONE, les hôpitaux universitaires etc.), il va de soi que, pour ce qui concerne la Commission communautaire française, ces matières ne tombent pas sous le champ d'application de la Commission communautaire française.

### *Article 4*

Le paragraphe premier de cet article précise les objectifs principaux de la politique social santé qui doivent être visés par le PSSI.

Ces objectifs constituent le cœur de la politique social santé bruxelloise.

Le paragraphe second fixe les principes qui doivent être pris en considération afin d'œuvrer à atteindre les objectifs fixés au paragraphe premier.

Le principe de promotion de la santé cherche à développer une politique de santé publique qui vise à un état complet de bien-être physique, mental et social des personnes.

L'intégration et le décloisonnement doit quant à lui chercher à améliorer la collaboration entre les différents services afin d'agrandir l'effectivité des politiques menées et garantir une approche globale des problèmes à résoudre.

La territorialisation doit permettre une meilleure organisation de l'offre basée sur les besoins d'un territoire donné.

La responsabilité populationnelle vise à ce que l'ensemble des acteurs concernés puissent s'organiser afin d'améliorer le bien-être de la population se trouvant sur le territoire sur lequel ils exercent leur activité.

L'approche genrée vise à accentuer la prise en considération du genre dans les politiques menées.

L'universalisme proportionné vise à développer des politiques qui prennent en considération le degré de précarité d'une population afin d'adapter l'intensité des mesures à prendre à celui-ci.

L'importance de l'accès aux droits à l'aide et aux soins doit orienter les politiques afin de garantir une meilleure effectivité de ces droits.

Enfin, les politiques doivent se développer sur la base de connaissances académiques, professionnelles et expérientielles.

#### *Articles 5 et 6*

Ces articles ne nécessitent pas de commentaire.

#### *Article 7*

Tant le référentiel que les plans opérationnels doivent être communiqués aux assemblées.

#### *Article 8*

L'adoption du PSSI ne suffit pas en soi, il est nécessaire de le doter d'un comité de pilotage qui sera le garant de sa bonne mise en œuvre.

Ce comité sera composé des représentants des ministres et des administrations compétentes, offrant ainsi tant une vision politique que technique.

Par ailleurs, l'Observatoire sera également l'un des membres permanent de ce comité dans le but notamment d'assurer la pertinence des actions adoptées d'un point de vue scientifique.

Pour des raisons techniques et juridiques, il n'est pas possible d'organiser dans le présent texte la présence structurelle de représentants d'autres gouvernements. Toutefois, comme déjà dit, l'intention est de prendre autant que possible en considération les politiques menées par les autres entités compétentes pour le territoire bruxellois. Ainsi, l'une des façons de traduire cette volonté est d'inviter les représentants de ces entités à participer au comité de pilotage chaque fois que leur présence peut s'avérer utile et pertinente.

Afin d'assurer la cohérence des politiques menées par les différentes entités compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, cette invitation est permanente en ce qui concerne le membre de la Vlaamse Gemeenschapscommissie compétent pour la politique du bien-être et de la santé.

Enfin, des organisations expertes dans le domaine de la santé et du social permettront d'amener un apport du terrain dans les décisions à prendre. Les organisations visées sont notamment la structure d'appui à la première ligne et le CBCS, qui ont un rôle

reconnu sur base d'une ordonnance ou d'un décret ou des services piliers de promotion de la santé. Cela vise également les organisations plus spécialisées telles que Bruss'Help et le New Samu Social pour les matières qui les concernent ou encore des experts indépendants. Il sera veillé au pluralisme de l'expertise.

#### *Article 9*

Le comité de pilotage est d'une part, une instance de concertation entre les diverses institutions compétentes pour la politique social santé sur le territoire bruxellois et d'autre part, l'institution garante de l'effectivité et de la concrétisation du PSSI.

#### *Article 10*

Cette instance d'avis sera composée de représentants d'acteurs de la politique social santé bruxelloises. Elle doit permettre de rassembler en un lieu des représentants des conseils consultatifs Commission communautaire française et Commission communautaire commune, et commissions techniques d'Iriscare, désignés en leur sein.

En ce qui concerne les sections des conseils consultatifs et les commissions techniques, seules les sections relevant de l'action sociale et de la santé seront représentées.

Dans le cadre de l'exécution du PSSI, seule cette instance d'avis sera concertée. Ainsi, les conseils consultatifs de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française ne seront pas consultés en cas de révision du PSSI, tant en ce qui concerne le référentiel que les plans opérationnels. Seule l'instance d'avis accompagnera ce processus.

Une fois de plus, l'importance de la prise en considération de la politique d'autres entités est ici traduite en rendant possible l'invitation de représentants d'acteurs de terrain de ces autres entités au sein de l'instance d'avis.

Tout comme pour le comité de pilotage, l'invitation d'un organe relevant de la Vlaamse Gemeenschapscommissie est permanente.

#### *Article 11*

L'intention du PSSI est de donner à l'Observatoire un rôle de coordination en matière de recueil de données et d'élaboration de tableaux de bord utiles au débat public et à l'évaluation des politiques sociales

et de santé dont il garantira également la méthodologie.

#### *Articles 12 à 16*

Les articles 12 à 16 organisent l'élaboration d'un rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé ainsi que le Plan de lutte contre la pauvreté. Le rapport constitue le volet scientifique, de ce qui était précédemment organisé par l'ordonnance du 20 juillet 2006. Le volet politique est le PSSI complété de la synthèse des mesures des autres entités concernées par la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé en région bruxelloise.

Le rapport sera élaboré tous les trois ans et composé du baromètre social annuel, d'un rapport thématique sur les précarités, d'un rapport thématique sur les inégalités sociales de santé ainsi que d'une synthèse de la table ronde organisé avec les acteurs concernés par la lutte contre la pauvreté.

Le rapport comprendra un volet supplémentaire spécifique relatif aux inégalités sociales de santé.

Le baromètre social annuel comprendra également désormais des indicateurs spécifiques relatifs aux inégalités sociales de santé.

Les thématiques du rapport peuvent concerner l'ensemble des matières régionales, Vlaamse Gemeenschapscommissie, Commission communautaire française, Commission communautaire commune, qui ont un lien avec la pauvreté et les inégalités sociales et de santé.

Afin de favoriser la cohérence du PSSI avec celles prévues par d'autres entités compétentes pour la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé à Bruxelles, les collègues sont chargés d'inviter les entités concernées à leur transmettre une synthèse des mesures contribuant à cet objectif. On pense en particulier à la Région bruxelloise qui adopte un nombre important de mesures déterminantes.

Les différentes entités visées sont libres de transmettre à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française la synthèse de ces mesures.

#### *Article 17*

Actuellement, l'expertise en matière de promotion de la santé est plus développée du côté des acteurs qui relèvent de la Commission communautaire française. La promotion de la santé est un des principes structurant du PSSI. La volonté est en effet d'axer

le développement des politiques social santé en accentuant l'importance des principes de promotion de la santé. Afin d'assurer l'extension de l'expertise en matière de promotion de la santé, des collaborations pourront être mises en place entre les acteurs et les autorités publiques relevant de la Commission communautaire française et ceux relevant de la Commission communautaire commune.

#### *Articles 18 et 19*

Comme déjà dit, le référentiel sera concrétisé d'une part par un plan opérationnel conjoint et d'autre part, par un plan opérationnel propre à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française.

Le plan opérationnel conjoint reprend les mesures qui sont décidées conjointement. Dès lors qu'elles sont décidées conjointement, l'éventuelle révision de ces mesures ne pourrait se faire que moyennant l'accord des deux collègues.

En ce qui concerne les plans opérationnels propres à chaque entité, ces derniers devront faire l'objet d'une concertation au sein du comité de pilotage afin de garantir autant que possible la cohérence et la complémentarité des mesures envisagées.

Toutefois, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française gardent leur autonomie quant à la décision d'adapter ou non leur plan opérationnel propre en fonction des remarques de l'autre entité.

#### *Articles 20 à 23*

Le PSSI ou, en fonction des nécessités, l'une de ses parties doit être révisé dans un délai qui va de trois à cinq ans après sa date d'adoption.

Cette marge de 2 ans s'explique par la nécessité de laisser une certaine souplesse parfois nécessaire en fonction du besoin.

En poursuivant une volonté de développer la participation citoyenne dans l'élaboration des politiques publiques et de renforcer les fondements scientifiques de ces politiques, le rapport d'évaluation doit se baser sur une analyse de l'Observatoire et d'un panel citoyen.

Dès lors que le comité de pilotage est le garant de la bonne évaluation du PSSI, il lui revient d'organiser la mise en place du panel citoyen, en collaboration avec l'instance d'avis.

Le panel citoyen a non seulement pour vocation d'évaluer la mise en œuvre du PSSI mais également de formuler des propositions d'adaptation du PSSI.

Le panel citoyen sera établi en tenant compte des principes suivants :

- une information claire : les citoyens devront être informés sur le cadre et le mandat qui est le leur du processus et leur fournir de l'information de qualité et diversifiée sur l'enjeu sur lequel ils devront s'exprimer;
- un principe d'inclusion : le panel doit être représentatif de la diversité bruxelloise pour que les recommandations soient à l'image des besoins de tous les Bruxellois;
- délibération : la délibération doit être assurée par un facilitateur qui permette l'inclusion et qui permette de dégager des conclusions en se basant sur l'intelligence collective et dans le respect de tous les avis.

Il ne convient par ailleurs pas de dégager des règles d'organisation plus précises pour le panel citoyen (nombre de participants, règles de délibération, ...) car les évaluations pouvant varier dans l'ampleur de leur objet (d'une petite partie du PSSI à l'ensemble de celui-ci), le panel citoyen doit pouvoir prendre la forme la plus adaptée au sujet de l'évaluation.

Quelle que soit la forme de panel citoyen retenue par le comité de pilotage, sa mise en place respectera bien évidemment les contraintes juridiques, en ce compris en ce qui concerne le principe d'égalité et la protections des données.

Il revient au comité de pilotage de remettre un rapport d'évaluation du PSSI aux collègues. Ce rapport doit tenir compte du contenu de l'avis du panel citoyen et de l'analyse de l'Observatoire.

Le rapport d'évaluation sera également publié sur le site de l'Observatoire de la santé et du social.

Le Conseil d'État préconise d'organiser au sein même du présent texte diverses modalités relatives à la mise en place du panel citoyen. Une telle précision n'est toutefois pas nécessaire. En effet, la seule intention et portée de l'article 21 est d'imposer qu'un panel citoyen soit organisé et qu'il revienne au comité de pilotage d'en assurer la mise en place. Cette mise en place respectera bien évidemment les contraintes

juridiques, en ce compris en ce qui concerne le principe d'égalité et la protections des données.

#### *Articles 24 et 25*

L'article 24 organise la révision du référentiel et/ou du plan opérationnel sur base de l'évaluation. Comme déjà indiqué, le référentiel constitue le socle du PSSI et fixe un cadre stable ainsi qu'une vision long terme de la vision politique social santé à Bruxelles. L'objectif est donc d'éviter une révision à répétition du référentiel tout en laissant la possibilité d'une révision ouverte en fonction de l'évolution de la politique social santé.

En raison du caractère politique de cette partie du PSSI, l'initiative de sa révision est laissée uniquement au comité de pilotage. La décision de révision doit cependant nécessairement être concertée avec l'instance d'avis.

Le comité de pilotage peut proposer des révisions tant du référentiel et du plan opérationnel conjoint que des plans opérationnels propres. En effet, bien qu'il s'agisse de politique propre, le comité de pilotage peut estimer qu'une révision du plan opérationnel propre de la Commission communautaire commune ou de la Commission communautaire française s'avère nécessaire. La Commission communautaire commune et la Commission communautaire française, chacun pour ce qui le concerne, restent ensuite libre de décider si oui ou non elles souhaitent envisager de procéder à ces modifications.

Enfin en cas de proposition de révision par le comité de pilotage, il revient aux collègues d'envisager s'il souhaite y donner suite ou non et le cas échéant de la modifier.

#### *Article 26*

Cet article prévoit l'abrogation de l'ordonnance du 20 juillet 2006 relative à l'élaboration du rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale, dont l'objet est remplacé par le présent décret et ordonnance conjoints.

Le membre du Collège, en charge de l'Action sociale et de la Santé,

Alain MARON

## PROJET DE DÉCRET ET ORDONNANCE CONJOINTS

### de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois

#### CHAPITRE 1<sup>ER</sup>

##### Dispositions générales

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

Le présent décret et ordonnance conjoints règle une matière visée aux articles 128, 135 et 138 de la Constitution.

###### Article 2

Pour l'application du présent décret et ordonnance conjoints, il faut entendre par :

- 1° assemblées : Assemblée réunie de la Commission communautaire commune et Assemblée de la Commission communautaire française;
- 2° collèges : le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune;
- 3° conseils consultatifs : le conseil consultatif visé par l'ordonnance du 17 juillet 1991 portant création d'un Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes de la Commission communautaire commune et le conseil consultatif visé par le décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé;
- 4° PSSI : Plan social santé intégré composé d'un référentiel, d'un plan opérationnel conjoint, du plan opérationnel propre de la Commission communautaire commune et du plan opérationnel propre de la Commission communautaire française;
- 5° référentiel : ensemble structuré de principes, définitions et objectifs stratégiques du plan, constituant un cadre de référence commun aux acteurs bruxellois actifs dans le domaine du social et de la santé en ce compris de la promotion de la santé;
- 6° plan opérationnel : ensemble des actions visant à mettre en œuvre, sur une base pluriannuelle, les principes et les objectifs stratégiques du référentiel;

7° plan opérationnel propre : plan opérationnel adopté par le Collège réuni et le Collège de la Commission communautaire française chacun pour ce qui le concerne;

8° plan opérationnel conjoint : plan opérationnel adopté conjointement par les collèges.

#### CHAPITRE 2

##### PSSI

###### Article 3

Les collèges adoptent un PSSI relatif à la politique de la santé et de l'aide aux personnes visées à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I et II de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles à l'exception des matières visées à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, II, 3° et 4°, de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches.

###### Article 4

Le PSSI vise à :

- 1° améliorer la qualité de vie et la santé des citoyens et réduire les inégalités sociales et de santé;
- 2° améliorer l'accès de tout citoyen aux droits sociaux et aux services d'aide et de soins;
- 3° améliorer la structure et la coordination de l'offre des services d'aide et de soins;
- 4° renforcer l'harmonisation, la simplification et la coordination entre les entités compétentes pour le social et la santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale;
- 5° développer une politique du social et de la santé cohérente sur l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Afin de mettre en œuvre les objectifs visés au paragraphe 1<sup>er</sup>, le PSSI se base sur les principes suivants :

- 1° la promotion de la santé;

- 2° l'intégration et le décloisonnement des différents secteurs du social et de la santé;
- 3° l'approche territorialisée;
- 4° la responsabilité populationnelle;
- 5° une approche genrée;
- 6° l'universalisme proportionné;
- 7° l'accès aux droits, à l'aide et aux soins;
- 8° l'appui et l'évaluation des politiques par les connaissances académiques, professionnelles et expérientielles.

#### *Article 5*

Le PSSI précise les thématiques, secteurs, publics cibles et objectifs visés.

#### *Article 6*

Le PSSI fait l'objet d'évaluations et de révisions conformément aux dispositions visées au chapitre 4.

#### *Article 7*

Une fois adopté, les membres compétents des collèges présentent le PSSI aux assemblées.

### CHAPITRE 3 Mise en œuvre du PSSI

#### SECTION 1<sup>RE</sup>

##### *Du comité de pilotage et de l'instance d'avis*

#### *Article 8*

§ 1<sup>er</sup>. – Un comité de pilotage est chargé d'organiser la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PSSI. Les collègues en désignent les membres.

§ 2. – Les collègues fixent les modalités de fonctionnement du comité de pilotage par arrêté d'exécution conjoint.

§ 3. – Le comité de pilotage est composé de représentants des institutions et organisations suivantes :

- 1° les membres des collèges compétents pour les matières visées à l'article 3;

- 2° les administrations de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française compétentes pour les matières visées à l'article 3, en ce compris Iriscare;

- 3° l'Observatoire de la santé et du social.

Le membre du Collège de la Commission communautaire flamande compétent pour les matières visées à l'article 3 est invité au comité de pilotage. Il peut être accompagné d'un expert de son administration.

§ 4. – Afin d'assurer la prise en considération des politiques menées par toutes les entités compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, tel que visé à l'article 9, alinéa 2, le comité de pilotage peut inviter des représentants de ces entités lors de ses réunions.

Le comité de pilotage peut inviter à ses réunions des représentants d'organisations expertes dans le domaine de la politique du social et de la santé.

#### *Article 9*

Le comité de pilotage a pour missions :

- 1° de fixer les directives relatives à la mise en œuvre du PSSI;
- 2° d'organiser les différentes étapes de mise en œuvre du PSSI;
- 3° de coordonner l'évaluation et la révision du PSSI visées au chapitre 4;
- 4° de veiller à la prise en considération du PSSI lors de la mise en œuvre des politiques visées à l'article 3 de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française;
- 5° de veiller à la coordination avec les politiques de bien-être et de santé, ou qui ont impact sur le bien-être et la santé, de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Commission communautaire flamande, de la Communauté flamande et de la Communauté française en ce qui concerne leurs compétences dans le domaine du bien-être et de la santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Dans le cadre de l'exercice de ses missions, le comité de pilotage prend en considération les politiques menées par toutes les entités compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale dans les matières visées à l'article 3.

## Article 10

§ 1<sup>er</sup>. – Une instance d’avis est chargée de conseiller le comité de pilotage dans l’exercice de ses missions, d’initiative ou sur demande de celui-ci. Les collèges en désignent les membres par arrêté d’exécution conjoint.

L’instance d’avis est composée des représentants des institutions et organisations suivantes :

- 1° les sections pertinentes des conseils consultatifs;
- 2° les commissions techniques pertinentes d’Iriscaire;
- 3° la fédération des CPAS bruxellois.

Un représentant du Conseil consultatif de la Commission communautaire flamande compétent pour les matières visées à l’article 3 et des membres de centres de recherches académiques ou universitaires sont invités à participer à l’Instance d’avis.

§ 2. – Les collègues peuvent fixer les modalités de fonctionnement de l’instance d’avis.

§ 3. – Afin d’assurer la prise en considération des politiques menées par d’autres entités compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale dans les matières visées à l’article 3, des représentants des organes d’avis des entités concernées peuvent être invités à participer à l’instance d’avis.

## SECTION 2

### *Observatoire de la santé et du social*

#### Article 11

Dans le cadre de la mise en œuvre du PSSI, l’Observatoire de la santé et du social a pour mission de concevoir et d’organiser le recueil des données pertinentes pour la mise en œuvre du PSSI, ainsi que d’établir leur présentation opérationnelle dans un tableau de bord.

L’Observatoire de la santé et du social détermine la méthodologie des évaluations visées à la section 1<sup>re</sup> du chapitre 4.

## SECTION 3

### *Rapport sur l’état de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé et synthèse des mesures en matière de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé*

#### Article 12

Les collègues élaborent tous les trois ans, par l’intermédiaire de l’Observatoire de la santé et du social, un rapport sur l’état de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Ce rapport comprend le baromètre social annuel, le rapport thématique sur les précarités, le rapport thématique sur les inégalités sociales et de santé ainsi que la synthèse de la table ronde.

Le rapport est présenté aux assemblées qui peuvent émettre des recommandations concernant la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé.

#### Article 13

Le baromètre comprend les données de base relatives à la situation socioéconomique de la population ainsi que les indicateurs relatifs à la pauvreté et aux inégalités sociales et de santé.

#### Article 14

Les rapports thématiques comprennent chacun les deux parties suivantes :

- 1° des contributions relatives aux caractéristiques de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale;
- 2° un rapport thématique de recherche à la rédaction duquel les associations actives dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et les citoyens en situation de pauvreté sont associés.

#### Article 15

Les collègues organisent tous les trois ans une table ronde avec tous les acteurs concernés, identifiés par l’Observatoire du social et de la santé en vue de débattre des résultats obtenus et des actions concertées à mener pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et en élabore une synthèse.

*Article 16*

§ 1<sup>er</sup>. – Les constats du rapport visé à l'article 12 sont pris en considération pour l'élaboration du PSSI.

§ 2. – Afin de favoriser la cohérence entre le PSSI et les mesures prises par les autres entités compétentes pour la lutte contre la pauvreté sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, les collègues invitent les entités concernées à leur transmettre les mesures qu'elles ont adoptées visant à lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé.

L'ensemble des mesures sont jointes au PSSI et forment la synthèse des mesures en matière de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé.

## SECTION 4

*Collaboration en matière de promotion de la santé**Article 17*

Les services désignés ou agréés par la Commission communautaire française dans le domaine de la promotion de la santé mettent leur expertise en matière de promotion de la santé à la disposition des services qui relèvent de la compétence de la Commission communautaire commune.

## SECTION 5

*Plans opérationnels**Article 18*

Les collègues regroupent, chacun pour ce qui le concerne, dans un plan opérationnel propre, l'ensemble des mesures qu'ils comptent prendre afin de mettre en œuvre les principes et objectifs stratégiques du référentiel.

Les plans opérationnels propres portent sur une durée allant de trois à cinq ans.

Ces mesures sont concertées au sein du comité de pilotage afin de veiller à leur cohérence et à leur complémentarité, en fonction du référentiel.

*Article 19*

Les collègues élaborent un plan opérationnel conjoint visant à mettre en œuvre les principes et objectifs stratégiques du référentiel.

Le plan opérationnel conjoint porte sur une durée allant de trois à cinq ans.

## CHAPITRE 4

**Évaluation et révision du PSSI**SECTION 1<sup>RE</sup>*Évaluation**Article 20*

À intervalles réguliers, qui ne peuvent être inférieurs à trois ans et supérieurs à cinq ans à partir de la date d'adoption du plan, le comité de pilotage, après consultation de l'instance d'avis, établit un rapport d'évaluation relatif à la mise en œuvre du PSSI. Ce rapport a pour objet l'ensemble du PSSI ou uniquement une partie de ce dernier.

*Article 21*

Le rapport d'évaluation se base sur les connaissances académiques, professionnelles et expérientielles coordonnées par l'Observatoire de la santé et du social ainsi que sur le rapport visé à l'article 12. Il s'appuie également sur une analyse réalisée par un panel citoyen.

Le comité de pilotage organise ce panel citoyen en collaboration avec l'instance d'avis.

Le panel citoyen est organisé en veillant à diffuser une information préalable claire, à respecter le principe d'inclusion et à s'assurer que la délibération permette de dégager des conclusions en se basant sur l'intelligence collective et dans le respect de tous les avis.

Dans le cadre de l'établissement du rapport d'évaluation, le comité de pilotage tient compte de l'analyse réalisée par le panel citoyen et justifie, le cas échéant, les raisons pour lesquelles il s'écarte des résultats de cette analyse. Le comité de pilotage en informe les membres du panel.

*Article 22*

L'analyse du panel citoyen peut comprendre des propositions d'adaptation du PSSI.

*Article 23*

Le comité de pilotage remet son rapport aux collègues qui le transmettent, après approbation, aux assemblées.

SECTION 2  
*Révision du référentiel et  
du plan opérationnel conjoint*

*Article 24*

Après consultation de l'instance d'avis et en prenant en considération le rapport d'évaluation et les recommandations des assemblées, le comité de pilotage peut proposer aux collèges une révision du référentiel et/ou des plans opérationnels propres ainsi que du plan opérationnel conjoint. Il propose dans tous les cas une révision du plan opérationnel conjoint à l'issue de la durée de ce dernier.

*Article 25*

À la suite des propositions du comité de pilotage, les collèges peuvent procéder, dans la limite des crédits budgétaires disponibles, aux révisions du référentiel et/ou des plans opérationnels propres ainsi que du plan opérationnel conjoint.

CHAPITRE 5  
**Dispositions modificatives,  
finales et abrogatoires**

*Article 26*

L'ordonnance du 20 juillet 2006 relative à l'élaboration du rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale est abrogée.

Bruxelles, le 7 juillet 2023.

Le Membre du Collège, en charge de l'Action sociale et de la Santé,

Alain MARON

**ANNEXE 1****AVIS N° 73.285/VR DU CONSEIL D'ÉTAT DU 16 JUIN 2023**

Le Conseil d'État, section de législation, saisi par le Ministre, membre du Collège de la Commission Communautaire française, chargé de l'Action sociale et de la Santé, le 20 mars 2023, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours prorogé à quarante-cinq jours (\*) sur un avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune « relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois », a donné l'avis suivant :

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois « sur le Conseil d'État », coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation limite son examen au fondement juridique de l'avant-projet, à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, l'avant-projet appelle les observations suivantes.

**PORTÉE DE L'AVANT-PROJET**

1. L'avant-projet de décret et ordonnance conjoints vise à déterminer le régime d'adoption du « plan social santé intégré » (en abrégé « PSSI ») par le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune, ainsi qu'à déterminer les procédures de mise en oeuvre du PSSI. Le PSSI, selon la définition prévue à l'article 2, 4<sup>o</sup>, de l'avant-projet, se compose d'un référentiel, d'un plan opérationnel conjoint, du plan opérationnel propre de la Commission communautaire commune et du plan opérationnel propre de la Commission communautaire française.

**PORTÉE DE L'EXAMEN**

2. Une version antérieure de l'avant-projet a donné lieu à l'avis n° 71.902/VR, rendu le 27 octobre 2022.

---

(\*) Cette prorogation résulte de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois « sur le Conseil d'État », coordonnées le 12 janvier 1973, qui dispose que le délai de trente jours est prorogé à quarante-cinq jours dans le cas où l'avis est donné par les chambres réunies en application de l'article 85bis.

L'avant-projet a été adapté à la suite de cet avis et sa rédaction a été clarifiée.

Sauf en cas de modification du contexte juridique, le Conseil d'État, section de législation, ne donne en règle générale pas de nouvel avis sur des dispositions qui ont déjà été examinées précédemment ou qui ont été modifiées à la suite d'observations formulées dans des avis antérieurs.

En l'espèce, l'avis n° 71.902/VR a formulé des observations fondamentales et a conclu :

« 14. La section de législation se doit de constater que les auteurs de l'avant-projet devront se pencher sur les objections essentielles formulées ci-dessus. Compte tenu de ce qui précède, l'examen de l'avant-projet ne sera pas poursuivi plus avant par la section de législation. ».

Il s'ensuit que le présent avis ne formule plus d'observations en ce qui concerne les adaptations qu'a subies l'avant-projet à la suite de l'avis n° 71.902/VR. Il poursuit en revanche l'examen de l'ensemble du texte de l'avant-projet.

**EXAMEN DU TEXTE****Observations générales**

3. L'exposé des motifs énonce :

« La Commission communautaire française et la Commission communautaire commune décideront d'un commun accord les mesures qu'ils souhaitent décider conjointement et donc reprendre dans le plan opérationnel conjoint [...] comme par exemple les mesures liées à la programmation des soins de santé et de l'aide aux personnes. Le plan opérationnel conjoint est un texte de nature réglementaire.

[...]

Le plan opérationnel propre est un document de synthèse de nature informative.

[...]

L'ensemble des mesures prises séparément par la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne pourront donc pas

entrer en contradiction avec le référentiel du PSSI. En effet le PSSI constitue une forme d'engagement de la Commission communautaire commune vis-à-vis de la Commission communautaire française et inversement de mettre en œuvre sa politique conformément au prescrit du PSSI ».

À la question de savoir si le PSSI, le Rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé et le Plan bruxellois de lutte contre la pauvreté ont ou non une portée normative, la déléguée des Membres des collèges a répondu ce qui suit :

« [...] les différentes composantes du PSSI n'ont pas de visée normative mais constituent des plans dont l'exécution pourrait nécessiter des modifications ultérieures sur le plan législatif et réglementaire ».

En ce qui concerne le « rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales [et] de santé » mentionné à l'article 12 de l'avant-projet, il s'agit, selon la déléguée, « d'un document informatif et descriptif. Les mesures visées à l'article 16, § 2, sont celles qui sont prises par d'autres entités dans un autre cadre ». De même, le Plan bruxellois de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé mentionné à l'article 16, § 2, de l'avant-projet, « n'a pas de portée normative » selon la déléguée.

Le présent avis est rendu en se basant sur cette confirmation de l'absence de portée normative de chacune des composantes du PSSI.

4. L'avant-projet de décret et ordonnance conjoints charge l'Observatoire de la Santé et du Social – qui relève des services du Collège réuni de la Commission communautaire commune <sup>(1)</sup> – de missions dans le cadre de la mise en œuvre du PSSI (articles 8, § 3, alinéa 1<sup>er</sup>, c), 11 et 12, alinéa 1<sup>er</sup>).

De même, l'article 17 de l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints dispose que les services agréés sur la base du décret de la Commission communautaire française du 18 février 2016 « relatif à la promotion de la santé » et les services du Collège de la Commission communautaire française compétents en matière de promotion de la santé, mettent leur expertise à disposition des services qui relèvent de la compétence de la Commission communautaire commune.

Par la voie d'un décret et ordonnance conjoints, les autorités concernées peuvent non seulement décider de créer une institution commune, mais elles peuvent

aussi choisir de recourir aux services et institutions de l'une d'entre elles dans le cadre de l'exercice conjoint de compétences propres. Il est toutefois rappelé que dans ce cas, les parties doivent veiller à ce que chacune des parties concernées participe aux charges financières de ces services et institutions, de manière proportionnelle à la mise en œuvre de ses compétences matérielles concrétisées par l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints.

## Observations particulières

### *Intitulé*

5. Eu égard à l'article 92bis/1, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, de la loi spéciale du 8 août 1980 « de réformes institutionnelles », l'intitulé mentionnera la dénomination de toutes les entités qui adoptent les décret et ordonnance conjoints.

On écrira dès lors « Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune ... ».

### *Article 2*

6. L'article 2, 5<sup>o</sup>, de l'avant-projet dispose que le référentiel constitue un cadre de référence commun aux acteurs bruxellois actifs dans le domaine du social et de la santé.

À la question de savoir ce qu'il y a lieu d'entendre par les « acteurs bruxellois actifs dans le domaine du social et de la santé », la déléguée a répondu comme suit :

« Le référentiel a pour vocation de donner le cadre de la vision de la politique social santé de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française. Mais l'objectif étant que le PSSI prenne en considération, autant que possible, toutes les politiques social santé menées sur le sol bruxellois, l'intention est que le référentiel constitue le cadre de référence pour l'ensemble des acteurs social santé bruxellois, indépendamment de leur appartenance institutionnelle ».

La Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne sont pas compétentes pour adopter un référentiel, même s'il n'a pas de portée normative (voir l'observation formulée au point 3), qui s'appliquerait à tous les acteurs actifs dans le domaine du social et de la santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, donc y compris aux acteurs ressortissant à d'autres autorités qui exercent aussi des compétences en matière de santé et de bien-être dans cette région linguistique ou qui

(1) Article 4, 6<sup>o</sup>, de l'arrêté du Collège réuni du 5 juin 2008 « portant le statut administratif et pécuniaire des fonctionnaires et stagiaires des Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale ».

y exercent des compétences susceptibles d'avoir un impact sur la santé et le bien-être (comme c'est le cas pour la Région de Bruxelles-Capitale, voir ci-après le point 13).

La disposition doit être lue conformément aux règles répartitrices de compétences, de sorte qu'elle ne concerne que les acteurs qui relèvent de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française. Par ailleurs, le référentiel fait partie du PSSI qui, selon l'article 3 de l'avant-projet, ne porte que sur la politique de la santé et de l'aide aux personnes relevant de la compétence de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française.

### Article 3

7. À l'article 3 de l'avant-projet, seules les matières visées à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, II, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup>, de la loi spéciale du 8 août 1980 sont exceptées, et pas toutes les matières qui sont exclues de la compétence de la Commission communautaire française en vertu de l'article 3, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>, du décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 <sup>(2)</sup> et de l'article 3, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup>, du décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 <sup>(3)</sup>.

La déléguée s'en explique comme suit :

« La Commission communautaire française ne s'est en effet pas vu attribuer les matières visées aux articles 3, 6<sup>o</sup> et 7<sup>o</sup> du décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 « relatif au transfert de l'exercice des compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française ». Ces matières ne sont dès lors jamais entrées dans son champ de compétences. Nous ne les avons donc pas incluses de [...] manière explicite. Cette précision peut toutefois apparaître au sein de l'exposé des motifs si vous l'estimez nécessaire. L'exception visant l'article 5, § 1<sup>er</sup>, II, 3<sup>o</sup> et 4<sup>o</sup> est quant à elle d'un autre ordre. En effet, ces matières relèvent bien du champ de compétence des institutions concernées. L'exclusion de ces matières, n'étant pas automatique mais issue d'un choix politique, nécessite d'être précisée ».

Dans un souci de clarté, il serait préférable que les matières figurant à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I et II, de la loi

(2) Décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 « relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française ».

(3) Décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 « relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française ».

spéciale du 8 août 1980 pour lesquelles la Commission communautaire française n'est pas compétente, soient aussi expressément exceptées. Il en est d'autant plus ainsi que les articles 8, § 3, 9, § 1<sup>er</sup>, d), et § 2, et 10, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, font référence aux matières visées à l'article 3.

### Article 4

8. À l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 4), de l'avant-projet, on écrira dans le texte néerlandais « in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad », comme dans le texte français, au lieu de « in het Gewest ».

9. Il a été demandé à la déléguée quelles sont les entités visées à l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 4), de l'avant-projet par les mots « les entités compétentes pour le social et la santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale » et quelles sont les entités dont la politique du social et de la santé est visée à l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 5), de l'avant-projet.

La déléguée a répondu :

« L'intention est de renforcer l'harmonisation des politiques social santé au niveau bruxellois. Cela se passe à deux niveaux différents. Le premier niveau est celui des politiques Commission communautaire française-Commission communautaire commune pour lequel un plan commun doit être adopté et un suivi des politiques de ces deux institutions doivent obligatoirement être instauré. Le second niveau vise à prendre en considération la politique des autres entités compétentes sur le sol bruxellois lors de l'élaboration des politiques de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française. En d'autres termes, ce n'est pas parce que ces autres entités ne sont pas partie au présent DOC que les politiques de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française peuvent en faire abstraction. Les points 4) et 5) visent dès lors à imposer à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française la prise en considération de l'ensemble des politiques social-santé sur le sol bruxellois afin d'élaborer leur propre politique. Cela ressort notamment des articles 8, § 4 et 9, § 2. Les entités visées sont donc la Commission communautaire française, la Commission communautaire commune et la VGC si cette dernière le souhaite puisqu'elle est invitée aux différentes instances. Pour les autres entités, d'autres modes de coopération sont envisagés et sont actuellement en cours de discussion. C'est le cas de la VG et de la Communauté française avec lesquelles des accords de coopération sont en cours de rédaction ».

Ces précisions gagneraient à figurer dans l'exposé des motifs.

### Article 6

10. Il résulte du chapitre 4 de l'avant-projet que, en principe, c'est l'ensemble du PSSI qui fait l'objet d'une évaluation, en ce compris les plans opérationnels propres. L'article 6 sera dès lors revu afin de garantir la cohérence du dispositif.

### Article 8

11. L'article 8, § 2, de l'avant-projet dispose que les collèges fixent les modalités de fonctionnement du comité de pilotage.

D'après la déléguée, l'intention est que les collèges déterminent les règles de fonctionnement du comité de pilotage par « un arrêté réglementaire conjoint ».

L'article 92bis/1, § 3, de la loi spéciale du 8 août 1980 dispose :

« Sans préjudice de la possibilité dont disposent les Gouvernements pour, chacun en ce qui le concerne, exécuter séparément les décrets conjoints, un décret conjoint peut prévoir que tout ou partie de son exécution sera assurée par des arrêtés d'exécution conjoints.

Ces arrêtés d'exécution conjoints sont adoptés par chacun des Gouvernements concernés, après qu'ils se soient accordés sur leur contenu. Ils ont pour intitulé « arrêté d'exécution conjoint » suivi de la dénomination des Gouvernements concernés et de l'intitulé des décrets qu'ils exécutent ».

Par conséquent, l'avant-projet doit disposer explicitement que les collèges fixent les modalités de fonctionnement du comité de pilotage par arrêté d'exécution conjoint.

### Article 9

12. À l'article 9, alinéa 1<sup>er</sup>, e), de l'avant-projet, les mots « les politiques de bien-être et de santé des gouvernements régional bruxellois » visent, selon la déléguée, « par exemple [les politiques] en matière de logement, d'emploi, d'environnement, de mobilité, autant de déterminants qui ont un impact sur la santé et le bien être des personnes ».

Le dispositif sera clarifié, en faisant mention, pour qualifier les politiques visées, « des politiques de bien-être et de santé, ou qui ont impact sur le bien-être et la santé, des gouvernements (...) ».

13. Les textes néerlandais et français de l'article 9, alinéa 1<sup>er</sup>, e), de l'avant-projet ne sont pas en tous

points concordants. Le texte français vise la politique « des gouvernements », tandis que le texte néerlandais mentionne uniquement le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale.

Étant donné que la politique visée n'est pas seulement celle des gouvernements respectifs (et que, du reste, la Commission communautaire flamande ne dispose pas d'un gouvernement), il est préférable de mentionner l'alignement sur les politiques de santé et de bien-être de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Commission communautaire flamande, de la Communauté flamande et de la Communauté française, et ce dans les deux versions linguistiques du dispositif.

### Article 10

14. L'article 10, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, d), de l'avant-projet prévoit que l'instance d'avis est notamment composée de « représentants » des « centres de recherche académiques ou universitaires ».

Le principe de l'autonomie respective de l'État fédéral, des communautés et des régions, en ce compris la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune, s'oppose à ce que l'une de ces autorités prévienne la participation obligatoire d'une autorité relevant d'un autre niveau de pouvoir dans la composition des organes ou instances d'avis qu'elle institue. L'avant-projet méconnaît ce principe en prévoyant que l'instance d'avis sera obligatoirement composée de membres « représentant » des centres de recherches académiques ou universitaires (dont l'organisation relève de la compétence des Communautés).

Une telle représentation obligatoire ne pourrait être envisagée que moyennant le respect de l'un des mécanismes de coopération prévus à cet effet par le titre IVbis de la loi spéciale du 8 août 1980.

En l'espèce, il pourrait être fait application de l'article 92ter, alinéa 2<sup>(4)</sup>, de la loi spéciale du 8 août 1980 pour ce qui concerne la représentation des centres de recherches des institutions académiques et universitaires organisées par les communautés et qui n'ont pas de personnalité juridique distincte de celle de la Communauté dont ils relèvent. Il en résulterait que la

(4) Cette disposition est applicable au Collège réuni de la Commission communautaire commune en vertu de l'article 63 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 « relative aux Institutions bruxelloises » et est applicable au Collège de la Commission communautaire française agissant dans le cadre des compétences qui lui sont dévolues sur la base des articles 128 et 138 de la Constitution en vertu de l'article 4 du décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 « relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française ».

désignation des représentants concernés devrait faire l'objet d'un arrêté des collègues, adopté avec l'accord des gouvernements des communautés concernées. En revanche, pour les représentants des centres de recherches des institutions académiques et universitaires organisées par les communautés, mais qui disposent d'une personnalité juridique propre, un accord de coopération au sens de l'article 92*bis* de la loi spéciale du 8 août 1980 est requis. En effet, comme la section de législation l'a déjà relevé <sup>(5)</sup>, l'article 92*ter* ne concerne que la représentation des communautés en tant que telles et non d'institutions qui en relèvent et qui ont une personnalité juridique distincte.

Les observations qui précèdent concernant les représentants des centres de recherches des institutions académiques et universitaires au sein de l'instance d'avis découlent du fait que l'article 10 de l'avant-projet semble considérer les membres issus de ces centres de recherches comme des représentants des institutions universitaires et académiques dont ils dépendent. Toute autre serait la situation si ces personnes n'étaient pas considérées comme des représentants de leurs institutions mais bien comme des membres en tant que tels <sup>(6)</sup>. Il pourrait, par exemple, être prévu que les membres concernés sont issus du personnel académique ou de recherche des institutions universitaires et académiques et sont désignés par un arrêté conjoint, sans préciser qu'ils agissent en qualité de représentants des institutions au sein desquelles ils exercent des fonctions académiques ou de recherche. La disposition ainsi reformulée ne porterait pas atteinte, pour ce qui concerne les membres concernés, au principe de l'autonomie des entités dont ces institutions relèvent <sup>(7)</sup>.

(5) Voir l'avis n° 32.166/2/V donné le 12 septembre 2001 sur un avant-projet devenu la loi du 22 mars 2002 « portant modification de la loi du 21 mars 1991 portant réforme de certaines entreprises publiques économiques », *Doc. parl.* Chambre, 2000-2001, n° 50-1422/1, pp. 33 et 34.

(6) Voir l'avis n° 39.847/VR-39.848/VR donné le 8 février 2006 sur une proposition de loi « portant création d'un Conseil consultatif fédéral des seniors » et une proposition de loi « instituant un Comité consultatif fédéral pour le secteur des seniors », *Doc. parl.*, Sénat, 2005-2006, n° 3-1027/3, p. 4 et l'avis n° 47.567/VR donné le 19 janvier 2010 sur un avant-projet (titre VIII – Politique scientifique) devenu la loi du 28 avril 2010 « portant des dispositions diverses », *Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, n° 52-2423/1 et 52-2424/1, pp. 154 et 155.

(7) Avis n° 49.794/VR/3 donné le 28 juin 2011 sur une proposition devenue la loi du 23 mai 2013 « réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes », *Doc. parl.* Sénat, 2010, n° 5-62/2. Voir également l'avis n° 59.592/2 donné le 18 juillet 2016 sur avant-projet devenu le décret de la Région wallonne du 16 février 2017 « modifiant le décret du 6 novembre 2008 portant rationalisation de la fonction consultative et diverses dispositions relatives à la fonction consultative », *Doc. parl.* Parl. w., 2016-2017, n° 601/1, pp. 26 à 35.

À défaut, de telles représentations ne sont admissibles, au vu du principe de l'autonomie des entités précitées, qu'à la condition que cette représentation soit purement facultative, ce qui implique non seulement que le membre de l'entité concernée ne dispose pas d'une voix délibérative mais également qu'il soit mentionné que la circonstance qu'il ne soit pas proposé de représentant ou que ce dernier n'assiste pas aux réunions de l'instance d'avis, n'ait pas de répercussion sur le fonctionnement de celle-ci ni sur la validité des actes qu'elle pose <sup>(8)</sup>.

#### Article 14

15. À l'article 14, 2, de l'avant-projet, on écrira : « un rapport thématique de recherche à la rédaction duquel les associations actives dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et les citoyens en situation de pauvreté sont associés ».

#### Article 16

16. Le Plan bruxellois de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé comprend non seulement des mesures que la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française entendent mettre en œuvre, mais aussi les mesures qui « sont adoptées visant à lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé » par les autres autorités.

Même si ni le plan ni le PSSI n'ont une portée normative, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne peuvent pas élaborer de « Plan bruxellois » reprenant des mesures de toutes les autorités compétentes.

En effet, l'appellation « Plan bruxellois de lutte contre la pauvreté » et le fait que ce document est joint au PSSI laissent à penser que ces mesures, adoptées unilatéralement par les différentes autorités compétentes, auraient fait l'objet d'une collaboration ou résulteraient d'une action concertée afin d'aboutir à l'élaboration d'un « plan », ce qui n'est pas le cas et n'entre pas dans les compétences des seules Commission communautaire française et Commission communautaire commune. L'auteur de l'avant-projet est bien sûr autorisé à s'astreindre à une démarche informative. Le document qui en résulte doit cependant avoir une dénomination en accord avec sa portée.

(8) En ce sens, voir l'avis n° 49.794/VR/3.

### Article 17

17. L'article 17 de l'avant-projet vise les « services agréés sur la base du décret du 18 février 2016 relatif à la promotion de la santé ». Selon la déléguée, on entend par là les services du titre 4, article 6, du décret de la Commission communautaire française du 18 février 2016. Conformément à ce décret, ces services ne sont pas agréés mais désignés. Il conviendra d'adapter le texte.

En outre, il y a d'autres services qui sont désignés dans ce décret. Il y a donc lieu de déterminer quels sont les services qui sont précisément concernés et par quels articles du décret ils sont visés.

### Article 20

18. Dans la dernière phrase de l'article 20 de l'avant-projet, il est fait référence à « l'alinéa 1 ». Il convient de corriger cette référence, dès lors que l'article ne contient pas plusieurs alinéas.

### Article 21

19. L'article 21, alinéa 2, de l'avant-projet confie au comité de pilotage le soin d'organiser le panel citoyen chargé de l'évaluation du PSSI.

Interrogée sur la portée de cette délégation, la déléguée précise :

« L'organisation du panel citoyen par le comité de pilotage n'est qu'une organisation pratique. L'intention n'est pas que le comité de pilotage détermine une procédure fixe relative à l'organisation, mais uniquement de confier au comité de pilotage la mission d'organiser d'un point de vue pratique la mise en place du panel citoyen ».

Il est pris acte de l'absence de caractère réglementaire de cette délégation. Cela étant, il n'est pas admissible de ne pas préciser plus avant les règles et principes qui sous-tendront la mise en place du panel citoyen.

À défaut de plus amples précisions, cela permettrait en effet de vider de toute portée l'obligation imposée par l'article 21 de l'avant-projet de s'appuyer sur une analyse réalisée par un panel citoyen (cette dernière notion n'étant par ailleurs pas définie).

En outre, et plus fondamentalement encore, la constitution d'un panel citoyen impliquera inévitablement des traitements de données à caractère personnel qui doivent être réglés par l'avant-projet, dans le

respect du principe de légalité garanti par l'article 22 de la Constitution <sup>(9)</sup>.

Enfin, la composition d'un tel panel implique des droits et obligations imposés à des tiers qu'il convient d'encadrer dans l'avant-projet, dans le respect des principes d'égalité et de non-discrimination.

L'article 21, alinéa 2, de l'avant-projet sera dès lors revu au regard de cette observation.

### Article 23

20. Dans la version française, le mot « adoption » sera remplacé par le mot « approbation ».

### Article 25

21. L'article 25 de l'avant-projet dispose que les collèges peuvent procéder « dans la limite des crédits budgétaires disponibles » aux révisions du référentiel ou des plans opérationnels propres ainsi que du plan opérationnel conjoint.

On n'aperçoit pas clairement la signification de cette disposition, étant donné que l'avant-projet en tant que tel ne prévoit pas l'octroi de subventions ou d'une aide financière.

La déléguée précise :

« L'objectif est de préciser que la révision du référentiel et/ou des plans doit prendre en compte l'incidence budgétaire des décisions prises ».

Il est singulier de disposer de la sorte pour la révision du référentiel, des plans opérationnels propres ou du plan opérationnel conjoint et pas pour les versions originales de ceux-ci.

La cohérence du dispositif sur ce plan sera assurée.

Quoi qu'il en soit de cette précision, les plans ne pourront en tout état de cause être mis en oeuvre que si le budget général des dépenses prévoit des moyens suffisants pour l'exécution des ordonnances (et des décrets) ainsi que des arrêtés d'exécution qui seront nécessaires pour concrétiser les plans opérationnels révisés.

(9) Voir en ce sens l'avis n° 71.651/AG donné le 15 juillet 2022 sur un avant-projet devenu la loi du 2 mars 2023 « établissant les principes du tirage au sort des personnes physiques pour les commissions mixtes et les panels citoyens organisés à l'initiative de la Chambre des représentants », observation n° 6, *Doc. parl.* Chambre, 2022-2023, n° 55-2944/1, pp. 40 à 57.

## OBSERVATION FINALE

22. Il faut vérifier l'avant-projet en ce qui concerne l'emploi correct des paragraphes et du signe « § ». Aux articles 4, 9 et 11 de l'avant-projet, mieux vaut abandonner la division en paragraphes, dès lors que les paragraphes 1<sup>er</sup> et 2 ne comportent chaque fois qu'un seul alinéa.

Dans le texte néerlandais des articles 20 et 23 de l'avant-projet, on omettra le signe « § ».

Les chambres réunies étaient composées de

Monsieur M. VAN DAMME, président de  
chambre, président,

Madame M. BAGUET, président de  
chambre,

Messieurs L. CAMBIER,  
B. BLERO,  
W. PAS,

Madame I. VOS, Conseillers d'État,

Messieurs M. TISON,  
C. BEHRENDT,  
J. ENGLEBERT,  
J. PUT, assesseurs,

W. GEURTS,  
C.-H. VAN HOVE, greffiers,

Le rapport a été présenté par M. R. THIELEMANS,  
premier auditeur et Mme P. LAGASSE, auditeur.

*Le Greffier,*

*Le Président,*

C.-H. VAN HOVE

M. VAN DAMME

## ANNEXE 2

### AVANT-PROJET DE DÉCRET ET ORDONNANCE CONJOINTS

#### relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois (modifié)

Le Collège de la Commission communautaire française,

Sur la proposition des Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune et des membres du Collège de la Commission communautaire française, compétents pour la politique de la santé et de l'action sociale,

Après délibération,

ARRÊTE :

Les Membres du Collège de la Commission communautaire commune et les membres du Collège de la Commission communautaire française, compétents pour la politique de la santé et de l'action sociale, sont chargés de présenter, au nom du Collège réuni et du Collège, à l'Assemblée réunie et à l'Assemblée le projet d'ordonnance dont la teneur suit :

#### CHAPITRE 1<sup>ER</sup>

##### Dispositions générales

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

Le présent décret et ordonnance conjoints règle une matière visée aux articles 128, 135 et 138 de la Constitution.

###### Article 2

Pour l'application du présent décret et ordonnance conjoints, il faut entendre par :

- 1° assemblées : Assemblée réunie de la Commission communautaire commune et Assemblée de la Commission communautaire française;
- 2° collèges : le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune;
- 3° conseils consultatifs : le conseil consultatif visé par l'ordonnance du 17 juillet 1991 portant création d'un Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes de la Commission communautaire com-

mune et le conseil consultatif visé par le décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé;

- 4° PSSI : plan social santé intégré composé d'un référentiel, d'un plan opérationnel conjoint, du plan opérationnel propre de la Commission communautaire commune et du plan opérationnel propre de la Commission communautaire française;
- 5° référentiel : ensemble structuré de principes, définitions et objectifs stratégiques du plan, constituant un cadre de référence commun aux acteurs bruxellois actifs dans le domaine du social et de la santé en ce compris de la promotion de la santé;
- 6° plan opérationnel : ensemble des actions visant à mettre en œuvre, sur une base pluriannuelle, les principes et les objectifs stratégiques du référentiel;
- 7° plan opérationnel propre : plan opérationnel adopté par le Collège réuni et le Collège de la Commission communautaire française chacun pour ce qui le concerne;
- 8° plan opérationnel conjoint : plan opérationnel adopté par les collèges conjointement.

#### CHAPITRE 2

##### PSSI

###### Article 3

Les collèges adoptent un PSSI relatif à la politique de la santé et de l'aide aux personnes visées à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I et II de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles à l'exception des matières visées à l'article 5 §1<sup>er</sup>, II, 3° et 4° de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches.

###### Article 4

§ 1<sup>er</sup>. – Le PSSI vise à :

- 1) Améliorer la qualité de vie et la santé des citoyens et réduire les inégalités sociales de santé;

- 2) Améliorer l'accès de tout citoyen aux droits sociaux et aux services d'aide et de soins;
- 3) Améliorer la structure et la coordination de l'offre des services d'aide et de soins;
- 4) Renforcer l'harmonisation, la simplification et la coordination entre les entités compétentes pour le social et la santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale;
- 5) Développer une politique du social et de la santé cohérente sur l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

§ 2. – Afin de mettre en œuvre les objectifs visés au paragraphe 1<sup>er</sup>, le PSSI se base sur les principes suivants :

- La promotion de la santé;
- L'intégration et le décloisonnement des différents secteurs du social et de la santé;
- L'approche territorialisée;
- La responsabilité populationnelle;
- Une approche genrée;
- L'universalisme proportionné;
- L'accès aux droits, à l'aide et aux soins;
- L'appui et l'évaluation des politiques par les connaissances académiques, professionnelles et expérientielles.

#### Article 5

Le PSSI précise les thématiques, secteurs, publics cibles et objectifs visés.

#### Article 6

Le référentiel et le plan opérationnel conjoint font l'objet d'évaluations et de révisions conformément aux dispositions visées au chapitre 4.

#### Article 7

Une fois adopté, les collèges transmettent le PSSI aux assemblées.

## CHAPITRE 3 Mise en œuvre du PSSI

### SECTION 1<sup>RE</sup> Du comité de pilotage et de l'instance d'avis

#### Article 8

§ 1<sup>er</sup>. – Un comité de pilotage est chargé d'organiser la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PSSI. Les collègues en désignent les membres.

§ 2. – Les collègues fixent les modalités de fonctionnement du comité de pilotage.

§ 3. – Le comité de pilotage est composé de représentants des institutions et organisations suivantes :

- a. des ministres de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française compétents pour les matières visées à l'article 3;
- b. des administrations de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française compétentes pour les matières visées à l'article 3;
- c. de l'Observatoire de la santé et du social;

Le membre du Collège de la Commission communautaire flamande compétent pour les matières visées à l'article 3 est invité au comité de pilotage. Il peut être accompagné d'un expert de son administration.

§ 4. – Afin d'assurer la prise en considération des politiques menées par toutes les entités compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, tel que visé à l'article 9, § 2, le comité de pilotage peut inviter des représentants de ces entités lors de ses réunions.

Le Comité de pilotage peut inviter à ses réunions des représentants d'organisations expertes dans le domaine de la politique du social et de la santé.

#### Article 9

§ 1<sup>er</sup>. – Le comité de pilotage a pour missions :

- a) de fixer les directives relatives à la mise en œuvre du PSSI;
- b) d'organiser les différentes étapes de mise en œuvre du PSSI;
- c) de coordonner l'évaluation et la révision du PSSI visées au chapitre 4;

d) de veiller à la prise en considération du PSSI lors de la mise en œuvre des politiques visées à l'article 3 de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française;

e) de veiller à la coordination avec les politiques de bien-être et de santé des gouvernements régional bruxellois, de la Commission communautaire flamande, de la Communauté flamande et de la Communauté française en ce qui concerne leurs compétences dans le domaine du bien-être et de la santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

§ 2. – Dans le cadre de l'exercice de ses missions, le comité de pilotage prend en considération les politiques menées par toutes les entités compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale dans les matières visées à l'article 3.

#### Article 10

§ 1<sup>er</sup>. – Une instance d'avis est chargée de conseiller le comité de pilotage dans l'exercice de ses missions, d'initiative ou sur demande de celui-ci. Les collèges en désignent les membres.

L'instance d'avis est composée des représentants des institutions et organisations suivantes :

- a) des sections pertinentes des conseils consultatifs;
- b) des commissions techniques pertinentes d'Iriscare;
- c) de la fédération des CPAS bruxellois;
- d) de centres de recherches académiques ou universitaires.

Un représentant du Conseil consultatif de la Commission communautaire flamande compétent pour les matières visées à l'article 3 est invité à participer à l'instance d'avis.

§ 2. – Les collèges peuvent fixer les modalités de fonctionnement de l'instance d'avis.

§ 3. – Afin d'assurer la prise en considération des politiques menées par d'autres entités compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale dans les matières visées à l'article 3, des représentants des organes d'avis des entités concernées peuvent être invités à participer à l'instance d'avis.

## SECTION 2

### *Observatoire de la santé et du social*

#### Article 11

§ 1<sup>er</sup>. – Dans le cadre de la mise en œuvre du PSSI, l'Observatoire de la santé et du social a pour mission de concevoir et d'organiser le recueil des données pertinentes pour la mise en œuvre du PSSI, ainsi que leur présentation opérationnelle dans un tableau de bord.

§ 2. – L'Observatoire de la santé et du social détermine la méthodologie des évaluations visées à la section 1 du chapitre 4.

## SECTION 3

### *Rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé et plan bruxellois de lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé*

#### Article 12

Les collègues élaborent tous les trois ans, par l'intermédiaire de l'Observatoire de la santé et du social, un rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Ce rapport comprend le baromètre social annuel, le rapport thématique sur les précarités, le rapport thématique sur les inégalités sociales de santé ainsi que la synthèse de la table ronde.

Le rapport est transmis aux Assemblées qui peuvent émettre des recommandations concernant la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé.

#### Article 13

Le baromètre comprend les données de base relatives à la situation socio-économique de la population ainsi que les indicateurs relatifs à la pauvreté et aux inégalités sociales de santé.

#### Article 14

Les rapports thématiques comprennent chacun les deux parties suivantes :

1. des contributions relatives aux caractéristiques de la pauvreté et des inégalités sociales de santé sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale;

2. un rapport thématique de recherche impliquant les associations actives dans le domaine de la lutte contre la pauvreté et les citoyens en situation de pauvreté.

#### *Article 15*

Les collèges organisent tous les trois ans une table ronde avec tous les acteurs concernés en vue de débattre des résultats obtenus et des actions concertées à mener pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale et en élabore une synthèse.

#### *Article 16*

§ 1<sup>er</sup>. – Les constats du Rapport visé à l'article 12 sont pris en considération pour l'élaboration du PSSI.

§ 2. – Afin de favoriser la cohérence entre le PSSI et les mesures prises par les autres entités compétentes pour la lutte contre la pauvreté sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, les collèges invitent les entités concernées à leur transmettre une synthèse des mesures prises visant à lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé.

Cette synthèse est jointe au PSSI et forme le Plan bruxellois de Lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales et de santé.

### SECTION 4

#### *Collaboration en matière de promotion de la santé*

#### *Article 17*

Les services agréés sur la base du décret du 18 février 2016 relatif à la promotion de la santé et les services du Collège de la Commission communautaire française compétents en matière de promotion de la santé mettent leur expertise en matière de promotion de la santé à disposition des services qui relèvent de la compétence de la Commission communautaire commune.

### SECTION 5

#### *Plans opérationnels*

#### *Article 18*

Les collèges regroupent, chacun pour ce qui le concerne, dans un plan opérationnel propre, l'ensemble des mesures qu'ils comptent prendre afin de mettre en œuvre les principes et objectifs stratégiques du référentiel.

Les plans opérationnels propres portent sur une durée allant de trois à cinq ans.

Ces mesures sont concertées au sein du comité de pilotage afin de veiller à leur cohérence et leur complémentarité, en fonction du référentiel.

#### *Article 19*

Les collèges élaborent un plan opérationnel conjoint visant à mettre en œuvre les principes et objectifs stratégiques du référentiel.

Le plan opérationnel conjoint porte sur une durée allant de trois à cinq ans.

## CHAPITRE 4

### **Évaluation et révision du PSSI**

#### SECTION 1

#### *Évaluation*

#### *Article 20*

À intervalles réguliers qui ne peuvent être inférieurs à trois ans et supérieurs à cinq ans à partir de la date d'adoption du plan, le comité de pilotage établit un rapport d'évaluation relatif à la mise en œuvre du PSSI. Ce rapport a pour objet l'ensemble du PSSI ou uniquement une partie de ce dernier.

#### *Article 21*

Le rapport d'évaluation se base sur les connaissances académiques, professionnelles et expérientielles coordonnées par l'Observatoire de la santé et du social ainsi que sur le Rapport visé à l'article 12. Il s'appuie également sur une analyse réalisée par un panel citoyen.

Le comité de pilotage organise ce panel citoyen en collaboration avec l'instance d'avis.

#### *Article 22*

L'analyse du panel citoyen peut comprendre des propositions d'adaptation du PSSI.

#### *Article 23*

Le comité de pilotage remet son rapport aux collèges qui le transmettent, après adoption, aux assemblées.

SECTION 2  
*Révision du référentiel et  
du plan opérationnel conjoint*

*Article 24*

Après consultation de l'instance d'avis et en prenant en considération le rapport d'évaluation et les recommandations des assemblées, le comité de pilotage peut proposer aux collèges une révision du référentiel et/ou des plans opérationnels propres ainsi que du plan opérationnel conjoint. Il propose dans tous les cas une révision du plan opérationnel conjoint à l'issue de la durée de ce dernier.

*Article 25*

Suite aux propositions du comité de pilotage, les collèges procèdent aux révisions du référentiel et/ou des plans opérationnels propres ainsi que du plan opérationnel conjoint.

CHAPITRE 5  
**Dispositions modificatives,  
finales et abrogatoires**

*Article 26*

L'ordonnance du 20 juillet 2006 relative à l'élaboration du rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale est abrogée.

Bruxelles le

Le membre du Collège, en charge de l'Action sociale et de la Santé,

Alain MARON

## ANNEXE 3

## AVIS N° 71.908/VR DU CONSEIL D'ÉTAT DU 27 OCTOBRE 2022

Le Conseil d'État, section de législation, saisi par le Ministre, membre du Collège de la Commission communautaire française, chargé de l'Action sociale et de la Santé, le 13 juillet 2022, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours prorogé à quarante-cinq jours (\*) sur un avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française « relatif à l'adoption et à la mise en œuvre concertée du plan social santé intégré Bruxellois », a donné l'avis suivant :

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois « sur le Conseil d'État », coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation limite son examen au fondement juridique de l'avant-projet (\*\*), à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, l'avant-projet appelle les observations suivantes.

## PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

1. L'avant-projet de décret et d'ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune vise à déterminer le régime d'adoption du « plan social santé intégré » (en abrégé « PSSI ») par le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune, ainsi qu'à déterminer les procédures de mise en œuvre du PSSI. Selon la définition prévue à l'article 2, 8<sup>o</sup> et 9<sup>o</sup>, de l'avant-projet, le PSSI contient un référentiel pour « [les] acteurs bruxellois actifs dans le domaine de la santé en ce compris de la promotion de la santé et du social ».

(\*) Cette prorogation résulte de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, des lois « sur le Conseil d'État », coordonnées le 12 janvier 1973, qui dispose que le délai de trente jours est prorogé à quarante-cinq jours dans le cas où l'avis est donné par les chambres réunies en application de l'article 85bis.

(\*\*) S'agissant d'un avant-projet de décret et d'ordonnance conjoints, on entend par « fondement juridique » la conformité aux normes supérieures.

## FORMALITÉS PRÉALABLES

2. L'article 21, § 3, de l'avant-projet, habilite le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune à fixer le montant et les conditions d'octroi des subventions forfaitaires octroyées au centre de référence. Ce faisant, il est créé une possibilité de subventionnement, de sorte que l'avant-projet a une incidence budgétaire. Il n'est par ailleurs pas exclu que d'autres dispositions de l'avant-projet aient une incidence budgétaire, tels les articles 6 à 8, 9, et 11 à 12, qui prévoient la création d'un comité de pilotage, d'une instance d'avis et de groupes de travail (par exemple s'il s'agit d'accorder des indemnités aux membres de ces organes). L'article 13 impose une mission à l'Observatoire, ce qui peut entraîner des dépenses supplémentaires pour ce dernier, qui a été créé au sein des services du Collège réuni. L'article 19 fait mention du support et de l'accompagnement des services socio-sanitaires de première ligne, ce qui pourrait impliquer que des subventions ou d'autres formes de soutien financier sont accordées aux acteurs de première ligne ou aux services conjoints d'accompagnement et de support.

Par conséquent, l'avis de l'Inspection des Finances et l'accord budgétaire doivent être sollicités et donnés conformément aux articles 5 et 14 de l'arrêté du Collège de la Commission communautaire française du 23 juillet 1996 « relatif au contrôle administratif et budgétaire ».

3. Conformément à l'article 3, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, du décret du 21 juin 2013 « portant intégration de la dimension de genre dans les lignes politiques de la Commission communautaire française », le membre du Collège compétent doit réaliser un « test genre » pour l'avant-projet à l'examen.

Il ne ressort pas du dossier communiqué à la section de législation que cette formalité a été accomplie.

Il sera veillé au bon accomplissement de cette formalité.

4. Conformément à l'article 4, § 3, du décret du 15 décembre 2016 « portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire française », le membre du Collège compétent doit évaluer tout projet d'acte législatif au regard du principe de *handistreaming*.

Il ne ressort pas du dossier communiqué à la section de législation que cette formalité a été accomplie.

À cet égard, il peut être relevé que l'avant-projet concerne la politique de santé (article 5, § 1<sup>er</sup>, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 « de réformes institutionnelles ») et la politique d'aide aux personnes (article 5, § 1<sup>er</sup>, II, de la même loi spéciale). La politique de santé présente un intérêt pour les personnes handicapées, tout comme (à tout le moins) la politique des handicapés, qui relève de l'aide aux personnes. L'avant-projet peut donc effectivement avoir une incidence pour les personnes handicapées.

Il sera veillé au bon accomplissement de cette formalité.

### EXAMEN DE L'AVANT-PROJET

5. L'avant-projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune constitue, conjointement avec l'avant-projet de décret de la Commission communautaire française, un avant-projet de décret et ordonnance conjoints au sens de l'article 92*bis*/1 de la loi spéciale du 8 août 1980 (1).

Des décrets et ordonnances conjoints peuvent porter notamment sur la création et la gestion conjointes de services et institutions communs, sur l'exercice conjoint de compétences propres, ou sur le développement d'initiatives en commun.

6. Selon l'exposé des motifs, l'avant-projet vise l'organisation d'« un processus continu de collaboration entre les pouvoirs publics bruxellois et avec les acteurs du social et de la santé ». Pour délimiter son champ d'application, l'avant-projet fait référence aux « acteurs bruxellois actifs dans le domaine de la santé et du social » (article 2, 8° et 9°, de l'avant-projet).

Interrogé sur les compétences que les auteurs des avant-projets entendent ainsi mobiliser, le délégué des Membres des Collèges a précisé :

« Les compétences visées sont celles des ministres signataires des présents projets conformément à l'arrêté du Collège de la Commission communautaire française du 19 juillet 2019 fixant la répartition des compétences entre les membres du Collège de la Commission communautaire française (articles 2

et 5) et à l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 22 juillet 2019 fixant la répartition des compétences entre les membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune (article 3).

Il s'agit dès lors :

- en ce qui concerne les compétences Commission communautaire commune, de l'ensemble de la politique de l'aide aux personnes visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, II
- en ce qui concerne les compétences Commission communautaire française, de la politique de l'aide aux personnes à l'exception de la politique des personnes handicapées et des infrastructures de crèches, crèches parentales, prégardienats, maisons communales d'accueil de l'enfance et services d'accueil spécialisés ».

7. En ce qui concerne ces compétences matérielles, qui relèvent des matières personnalisables, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne sont pas seules compétentes à l'égard de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

En effet, il résulte de l'article 128, § 2, de la Constitution qu'en ce qui concerne les matières personnalisables, à moins qu'une loi à majorité spéciale n'en dispose autrement, les Communautés française et flamande sont compétentes à l'égard des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté. En application de l'article 135 de la Constitution, combiné avec l'article 63 de la loi spéciale du 12 janvier 1989, la Commission communautaire commune est compétente sur le territoire de la région bilingue pour les matières personnalisables qui ne sont pas dévolues aux communautés en vertu de l'article 128, § 2, de la Constitution.

En exécution de l'article 138 de la Constitution, la Commission communautaire française exerce certaines compétences de la Communauté française. L'article 3 du décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 et l'article 3 du décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014, chacun « relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française », habilite en principe la Commission communautaire française pour « la politique de santé, visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, de la loi spéciale » et « l'aide aux personnes, visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, II, de la loi spéciale », et ce à l'égard des institutions qui, en raison de leur organisation, doivent être considé-

(1) Qui, eu égard à l'article 138 de la Constitution, s'applique à la Commission communautaire française et, conformément à l'article 63 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 « relative aux Institutions bruxelloises », à la Commission communautaire commune.

rées comme appartenant exclusivement à la Communauté française. Sont toutefois exceptées des compétences dont l'exercice est transféré, respectivement, « a) [les] hôpitaux universitaires; b) [les] conventions de revalidation conclues avec les hôpitaux visés au point a); c) [...] l'Académie royale de médecine de Belgique; d) [...] l'agrément et [le] contingentement des professions des soins de santé; e) [les] activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants; f) [...] ce qui relève des missions confiées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE); g) [le] contrôle médico-sportif; h) [...] la Société scientifique de médecine générale » et « a) [...] ce qui relève des missions confiées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance; b) [les] services « Espaces-Rencontres »; c) [...] l'aide sociale aux justiciables; d) [...] la protection de la jeunesse; e) [...] l'aide sociale aux détenus; f) [...] l'aide juridique de première ligne ». La Communauté française reste compétente pour ces matières.

Des compétences en matière de politique de la santé et de l'aide aux personnes sont donc également exercées sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-capitale, par la Communauté française et par la Communauté flamande <sup>(2)</sup>.

8. L'avant-projet de décret et ordonnance conjoints associe uniquement la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française à la coopération visée. Selon le délégué des Membres des Collèges, en conformité avec ce qui précède, il faut d'ailleurs entendre par la notion d'« acteurs bruxellois actifs dans le domaine de la santé et du social » « uniquement des acteurs relevant de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune ».

9.1. Cependant, il semble pouvoir se déduire de plusieurs dispositions de l'avant-projet qu'un référentiel intégré et un plan opérationnel sont envisagés pour l'ensemble de la politique de santé et de bien-être bruxelloise, qui s'appuient sur un processus continu de collaboration entre tous les pouvoirs publics bruxellois et les acteurs du social et de la santé.

9.2. Cette constatation est confirmée par le fait qu'à différents endroits de l'avant-projet, des institutions d'autres autorités sont associées à cette collaboration. Ainsi, l'article 6, § 2, d), de l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints, dispose que le comité de pilotage est également composé d'un « membre du Collège de la Commission communautaire flamande ». En vertu de l'article 8, e), de l'avant-pro-

jet, ce comité de pilotage a entre autres pour mission « d'assurer la coordination avec les politiques de bien-être et de santé [du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, du Collège réuni de la Commission communautaire commune, du Collège de la Commission communautaire française et du Collège de la Commission communautaire flamande] et de la Communauté flamande et de la Communauté française en ce qui concerne leurs compétences dans le domaine du bien-être et de la santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ». L'article 9 de l'avant-projet confie aux Collèges le soin de créer une instance d'avis, comprenant notamment un « représentant du Conseil consultatif pour le bien-être et la santé de la Commission communautaire flamande ». En vertu de l'article 16 de l'avant-projet, les collèges de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française remettent le Plan d'Action bruxellois de Lutte contre la Pauvreté et les inégalités sociales de santé aux Assemblées. Ce plan reprend notamment « les contributions complémentaires [du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et du Collège de la Commission communautaire flamande] ». En vue de la mise en œuvre de ce plan, les collèges de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française, « de l'accord [du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et du Collège de la Commission communautaire flamande] », organisent un groupe de travail interministériel. Il est demandé à ces deux institutions « d'élaborer une synthèse des mesures prises pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé ».

10. En principe, il n'y a pas d'objection à conclure des accords de coopération asymétriques ni à nouer une coopération asymétrique <sup>(3)</sup>. En ce qui concerne la Commission communautaire commune, il n'est en principe pas exclu que, dans l'exercice de ses compétences propres, la Commission communautaire commune collabore avec une seule communauté ou région, sans qu'y soient associées les autres commu-

(2) La Commission communautaire flamande, réglée dans le livre III de la loi spéciale du 12 janvier 1989, ne dispose pas de compétences législatives et constitue un pouvoir subordonné de la Communauté flamande.

(3) Avis n° 61.026/VR donné le 5 avril 2017 sur un avant-projet devenu la loi du 30 juin 2017 « portant assentiment à l'accord de coopération entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne relatif à la gestion du service pour la régularisation des impôts régionaux et des capitaux fiscalement prescrits non scindés et à la mise en place d'un système de régularisation des capitaux fiscalement prescrits non scindés et à l'accord de coopération entre l'État fédéral et la Région flamande relatif à la régularisation des montants non scindés », *Doc. parl.*, Chambre, 2016-2017, n° 2473/1, <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/61026.pdf>.

nautés ou les autres régions à qui ont été attribuées les mêmes compétences matérielles <sup>(4)</sup>.

Il peut en principe être admis que, dans le cadre de l'exercice d'une compétence, la Commission communautaire commune juge souhaitable d'harmoniser l'exercice de ces compétences avec d'autres autorités. La spécificité de la région bilingue de Bruxelles-Capitale implique précisément que la Commission communautaire commune doive nécessairement tenir compte de politiques éventuellement différentes menées par les deux communautés concernées dans le domaine de la santé et du bien-être <sup>(5)</sup>.

11. Il n'y a donc pas en tant que telle d'objection du point de vue des règles répartitrices de compétences au procédé décrit au point 8.

Néanmoins, la Commission communautaire commune doit, lors de la mise en œuvre de la coopération, tenir compte des principes constitutionnels d'égalité et de loyauté fédérale. Cela signifie également que la Commission communautaire commune se doit, sur le plan de la coopération, de traiter les deux communautés en manière telle que les institutions qui relèvent de chaque Communauté et, par voie de conséquence, les personnes qu'elles desservent, puissent bénéficier des effets de la coordination avec les politiques menées par la Commission communau-

taire commune <sup>(6)</sup>. Cela signifie que si, comme dans l'avant-projet à l'examen (voir le point 9), la Commission communautaire commune poursuit un objectif général d'harmonisation, de coordination ou d'intégration générale de la politique du bien-être et de la santé, elle doit tout mettre en œuvre – ce qui suppose que la Commission communautaire commune doit avoir fait une tentative réelle et effective <sup>(7)</sup> – pour parvenir à une coopération avec les différentes autorités compétentes pour la politique du bien-être et de la santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, et ce aux fins de prévenir ou de réduire au maximum les différences de traitement entre personnes qui résulteraient d'une asymétrie entre les coopérations menées <sup>(8)</sup>.

Certes, eu égard à l'autonomie respective des autres autorités, la Commission communautaire commune ne peut pas obliger ces autres autorités à nouer une coopération. En conséquence, il est possible que la Commission communautaire commune ne parvienne pas, dans le cadre de la mise en œuvre de ses compétences propres qu'elle souhaiterait exercer conjointement avec les autres autorités matériellement compétentes, à s'assurer que chacune de ces autorités participe à une réglementation ou politique intégrée ou commune. Un tel refus de coopérer ne pourrait pas avoir pour conséquence que la Commission communautaire commune ne puisse pas nouer une coopération avec des autorités qui souhaitent effectivement s'engager dans une certaine forme de coopération.

La répartition constitutionnelle des compétences applicable dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, combinée avec les principes constitutionnels d'égalité et de loyauté fédérale, implique cependant l'obligation pour la Commission communautaire commune d'avoir fait une tentative réelle et effective en vue de mettre en place une coopération et coordination similaires avec les autres autorités compétentes (via une autre forme de coopération, menée le cas échéant de manière asymétrique, ou via une association de ces autres autorités au processus normatif conjoint).

Le dossier joint à la demande d'avis ne permet pas à la section de législation de déterminer s'il a été satisfait à cette obligation.

- (4) Avis nos 57.456/AG et 57.670/AG donné le 22 juin 2015 sur une proposition de décret et ordonnance conjoints de la Communauté française, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française, « instituant un délégué général aux droits de l'enfant commun à la Communauté française, à la Région wallonne, à la Région de Bruxelles-Capitale, à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française », *Doc. parl.*, Ass. Comm. comm. fr., 2014-2015, n° 18/1, <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/57456.pdf> et sur une proposition de décret et ordonnance conjoints de la Communauté française, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française « instituant un délégué général aux droits de l'enfant commun à la Communauté française, à la Région wallonne, à la Région de Bruxelles-Capitale, à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française », *Doc. parl.*, Parl. w., 2014-2015, n° 157/1, <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/57670.pdf>.
- (5) Avis n° 51.192/VR donné le 24 mai 2012 sur un avant-projet de décret de la Commission communautaire française « portant assentiment à l'Accord de coopération entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire française concernant les politiques croisées « emploi-formation » », *Doc. parl.*, Ass. Comm. comm. fr., 2012-13, n° 75/1, <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/51192.pdf>, avec renvoi à l'avis n° 43.794/1 donné le 29 novembre 2007 sur un avant-projet devenu l'ordonnance du 27 novembre 2008 « relative au soutien des missions locales pour l'emploi et des « lokale werkwinkels » », *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2007-2008, A-453/1, pp. 34-38, <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/43794.pdf>.

- (6) Avis n° 68.632/1 donné le 29 janvier 2021 sur un avant-projet devenu l'ordonnance du 2 décembre 2021 « portant assentiment à l'accord de coopération entre la Communauté flamande, la Région flamande et la Région de Bruxelles-Capitale portant sur l'articulation de la politique du marché du travail, de la formation et de la promotion de la mobilité des chercheurs d'emploi », *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2021-2022, n° A-409/1, <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/68632.pdf>.
- (7) Voir ci-après.
- (8) Avis n° 61.026/VR.

12. Même s'il a été satisfait à l'obligation précitée, il convient de garder à l'esprit que la possibilité de principe de coopérer et de coordonner la politique uniquement avec la Commission communautaire française n'empêche pas que la Commission communautaire commune doit toujours exercer ses compétences en conformité avec le bilinguisme consacré par la Constitution et avec le principe constitutionnel d'égalité. Cela signifie entre autres que, lorsqu'elle exerce ses compétences propres, la Commission communautaire commune doit veiller à ne pas faire exclusivement appel à des organismes unilingues d'une seule Communauté <sup>(9)</sup>.

13. Sans préjudice des observations qui précèdent, force est de constater que l'avant-projet présente un problème de cohérence interne. Si, d'une part, l'avant-projet concrétise la coopération uniquement entre deux des autorités compétentes en matière de santé et de bien-être dans la région bilingue, il inclut, d'autre part, structurellement dans sa réglementation, des institutions d'autres autorités compétentes.

En ce qui concerne les cas évoqués au point 9.2., il convient de rappeler que des décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française ne peuvent imposer d'obligations à d'autres entités. Selon le délégué des Membres des Collèges, telle n'est pas l'intention poursuivie par les dispositions en projet. Il y a lieu d'observer toutefois que cette intention ne ressort pas avec suffisamment de clarté de la formulation des dispositions mentionnées.

Même la participation volontaire des autres autorités à la coopération envisagée ne résout cependant pas le problème de cohérence interne évoqué. D'une part, il est question dans l'avant-projet d'un « plan social santé intégré » auquel la Commission communautaire flamande est associée, par le biais du comité de pilotage et de l'instance d'avis, ainsi qu'un « Plan d'Action bruxellois de Lutte contre la Pauvreté et les inégalités sociales de santé » auquel le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire flamande sont associés. D'autre part, l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints établit uniquement une coopération entre la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française.

(9) Avis n° 67.555/1 donné le 12 juin 2020 sur un projet devenu l'arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale de pouvoirs spéciaux (lire : arrêté de pouvoirs spéciaux du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale) n° 2020/043 du 18 juin 2020 « modifiant l'arrêté royal du 7 juin 2007 concernant le fonds de formation titres-services », [www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/67555.pdf](http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/67555.pdf). Voir également les avis n°s 57.456/AG et 57.670/AG.

14.1. Enfin, il convient de relever que l'avant-projet ne permet pas de comprendre clairement quel sera le contenu du PSSI <sup>(10)</sup>.

14.2. En effet, l'article 2, 8°, de l'avant-projet définit le PSSI comme étant « composé d'une part d'un référentiel commun aux acteurs bruxellois actifs dans le domaine de la santé en ce compris de la promotion de la santé et du social et d'autre part un plan opérationnel visant à mettre en oeuvre les principes et les objectifs stratégiques du référentiel ».

L'article 3 de l'avant-projet se limite à préciser que le PSSI est adopté par les Collèges sur la base des principes qu'il énumère et que « le PSSI est composé d'un référentiel et d'un plan opérationnel ».

Le « référentiel » est lui-même défini par l'article 2, 9°, de l'avant-projet, comme étant « un ensemble structuré de principes, définitions et objectifs stratégiques du plan, constituant un cadre de référence commun aux acteurs bruxellois actifs dans le domaine du sociale et de la santé, en ce compris de la promotion de la santé ».

Le « plan opérationnel » est, quant à lui, défini par l'article 2, 10°, de l'avant-projet, comme « un ensemble des actions visant à mettre en oeuvre, sur une base pluriannuelle, les principes et les objectifs stratégiques du référentiel ».

L'article 2, 11°, de l'avant-projet précise ensuite que le « plan de promotion de la santé » est « un volet du plan opérationnel présentant l'ensemble des objectifs, des programmes et des approches stratégiques et opérationnelles prioritaires en promotion de la santé ». Le plan de promotion de la santé n'est ensuite plus évoqué par l'avant-projet si ce n'est en ce qui concerne son évaluation (article 22, § 3, de l'avant-projet).

La suite de l'avant-projet évoque, dans le cadre du chapitre consacré à la mise en oeuvre du PSSI, « un rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé » auquel est joint un « Plan d'Action bruxellois de Lutte contre la Pauvreté et les inégalités sociales de santé » sans que l'avant-projet permette de comprendre clairement quel est le contenu de ce plan, qui l'adopte et quelle est la place qu'il occupe par rapport au PSSI.

(10) Il doit être souligné que l'adoption du PSSI, en ce qu'elle s'inscrit dans le cadre de l'exercice de la politique de la santé, en ce compris la promotion de la santé, et de l'aide aux personnes, relève de l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution, qui consacre un principe de légalité. Sur la portée de ce principe, voir e.a. l'avis n° 70.716/1 donné le 11 février 2022 sur le projet devenu le décret de la Communauté germanophone du 27 juin 2022 « relatif à l'allocation de soins pour personnes âgées », <http://www.raadvst-consetat.be/dbx/avis/70716.pdf>.

Les articles 20 et 21 de l'avant-projet évoquent, par ailleurs, des « programmes de médecine préventive » qui doivent être adoptés par les Collèges sans que le lien entre ces programmes et le plan de promotion de la santé, ou plus largement avec le PSSI, ne soit explicité. La section 6 « Des programmes de médecine préventive » s'inscrit cependant dans le cadre du Chapitre 3 « Mise en oeuvre du PSSI ».

Les auteurs de l'avant-projet restent enfin en défaut d'expliquer comment la politique conjointe en matière de santé et d'aide aux personnes qu'ils entendent mettre en place par le biais du PSSI s'articulera concrètement avec les politiques développées jusqu'ici de manière non conjointe par, d'une part, la Commission communautaire française et, d'autre part, la Commission communautaire commune<sup>(11)</sup>. Ils ne précisent pas dans quelle mesure les ordonnances et décrets existants de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française réglant l'aide aux personnes et la politique de la santé – à l'exception de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 20 juillet 2006 « relative à l'élaboration du rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale » – sont complétés ou abrogés par l'avant-projet ni comment les dispositions éventuellement subsistantes de ces décrets et ordonnances s'articuleront avec celles de l'avant-projet.

14.3. Interrogé sur la portée que les auteurs de l'avant-projet entendent donner au « plan opérationnel » et au « plan de promotion de la santé » du PSSI, et sur l'articulation de la politique conjointe organisée par les avant-projets avec les politiques existantes, le délégué des Membres des Collèges a précisé :

« Le volet opérationnel reprend l'ensemble des actions que chaque entité compte mettre en oeuvre dans le cadre de ses compétences en visant leur meilleure articulation possible avec les actions de l'autre entité, sur base du référentiel que les deux entités ont adopté conjointement. Le comité de pilotage sera le lieu d'échange des informations et de discussion permettant cette meilleure articulation.

Le plan de promotion de la santé visé par le décret du 18 février 2016 sera en ce sens repris dans le volet opérationnel du PSSI.

(11) À titre d'exemple, la question se pose de l'articulation du plan de promotion de la santé du PSSI et des programmes de médecine préventive imposés par l'article 20 de l'avant-projet avec le décret de la Commission communautaire française du 18 février 2016 « relatif à la promotion de la santé » qui organise l'adoption d'un plan de promotion de la santé et de programmes de médecine préventive en lien avec ce dernier, ainsi qu'avec l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 19 juillet 2007 « relative à la politique de prévention en santé » qui prévoit l'adoption par le Collège réuni d'un plan pluriannuel.

De façon générale, il doit être considéré que le PSSI est un plan qui reprend l'ensemble de la politique social/santé Commission communautaire française/Commission communautaire commune. Cela n'exclut toutefois pas que certaines thématiques nécessitent une approche spécifique et, le cas échéant, un plan distinct. Ces plans spécifiques ne pourront toutefois pas entrer en contradiction avec le PSSI, mais uniquement le compléter chacun pour l'entité qui le concerne. Tel pourrait être le cas du plan de prévention santé visé par l'ordonnance du 19 juillet 2007 ».

Il résulte de ces explications que, si l'adoption du référentiel du PSSI concrétise l'exercice conjoint de compétences propres au sens de l'article 92*bis*/1 de la loi spéciale du 8 août 1980, cela n'apparaît pas clairement en ce qui concerne le « plan opérationnel ».

Le plan opérationnel, dès lors qu'il vise à « reprendre l'ensemble des actions que chaque entité compte mettre en oeuvre dans le cadre de ses compétences », semble avant tout être un document informatif de synthèse qui reprendrait l'ensemble des actions décidées de manière non conjointe par la Commission communautaire française, d'une part, et par la Commission communautaire commune, d'autre part, en matière d'aide aux personnes et de santé. Le fait que « le plan de promotion de la santé visé par le décret du 18 février 2016 sera [...] repris dans le volet opérationnel du PSSI » et semble constituer en réalité le « plan de promotion et de santé » dudit plan opérationnel au sens de l'article 2, 11°, de l'avant-projet, confirme cette analyse. L'élaboration d'un tel document de synthèse ne relève pas en tant que tel de l'adoption d'une politique réglementaire conjointe par les auteurs des avant-projets en matière d'aide aux personnes et de santé. Elle se limite à traduire une politique conjointe d'informations en matière d'aide aux personnes et de la santé. La politique conjointe qui est ainsi développée se place à un niveau tout à fait différent.

Ces deux hypothèses doivent être clairement distinguées.

Le plan opérationnel – qui est un document de portée réglementaire – doit se limiter à reprendre les actions qui seraient décidées conjointement par les Collèges sur la base du référentiel et des principes spécifiques énoncés à l'article 3.

Comme évoqué ci-dessus, par le biais de décret et ordonnance conjoints, les autorités concernées peuvent s'obliger, dans l'exercice de leurs compétences, à tenir compte de la manière selon laquelle les autres parties au processus conjoint ou d'autres autorités exerceront leurs. En l'espèce, l'objectif d'assurer la meilleure articulation possible entre les

actions des auteurs des avant-projets relève de la mission de coordination assignée au comité de pilotage par l'article 8. Dans ce cadre, les auteurs des avant-projets peuvent décider de l'élaboration d'un document informatif de synthèse qui reprendrait l'ensemble des actions en matière d'aide aux personnes et de la santé décidées de manière non conjointe par la Commission communautaire commune, d'une part, et par la Commission communautaire française, d'autre part. Il s'agit cependant alors d'un document dépourvu de portée réglementaire. Seule l'obligation d'établir un tel document aurait une portée normative et témoignerait de la mise en place d'une politique conjointe.

Par conséquent, il convient de clarifier la portée réelle du plan opérationnel et de limiter celui-ci aux seules actions décidées conjointement par les Collèges. Tout élément informatif sur la politique en matière de santé et d'aide aux personnes appliquée par la Commission communautaire française et par la Commission communautaire commune doit faire l'objet d'un document distinct dont la portée purement informative doit apparaître clairement. En ce sens, le « plan de promotion de la santé » de la Commission communautaire française, adopté sur la base du décret du 18 février 2016, ne peut pas constituer « le plan de promotion de la santé » au sens de l'article 2, 11°, de l'avant-projet, dès lors qu'il a été adopté de manière non conjointe par la Commission communautaire française et qu'il ne s'applique qu'à celle-ci.

La signification de la distinction que les auteurs de l'avant-projet entendent faire entre le « plan de promotion de la santé » de la Commission communautaire française adopté sur la base du décret du 18 février 2016 et le « plan de prévention santé » qui serait adopté sur la base de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 19 juillet 2007, n'apparaît pas clairement. Chacun de ces plans devra en effet respecter le référentiel commun adopté en vertu de l'avant-projet. Dans les deux cas il s'agit d'outils de médecine préventive adoptés de manière non conjointe par les auteurs des avant-projets. Si l'objectif est d'élaborer un document de synthèse qui reprendrait l'ensemble des actions menées par la Commission communautaire française et par la Commission communautaire commune dans les matières de l'aide aux personnes et de la santé, rien ne justifie

que le plan adopté par la Commission communautaire commune ne soit pas repris dans ce document de synthèse.

Dans l'hypothèse où un plan opérationnel conjoint serait effectivement adopté, il convient de clarifier la façon dont celui-ci s'articule avec les actions existantes dans les matières de l'aide aux personnes et de la santé, décidées de manière non conjointe par la Commission communautaire commune, d'une part, et par la Commission communautaire française, d'autre part.

15. La section de législation se doit de constater que les auteurs de l'avant-projet devront se pencher sur les objections essentielles formulées ci-dessus. Compte tenu de ce qui précède, l'examen de l'avant-projet ne sera pas poursuivi plus avant par la section de législation.

Les chambres réunies étaient composées de

Monsieur	M. VAN DAMME,	président de chambre, président,
Mesdames	M. BAGUET,	président de chambre,
Messieurs	C. BAMPS, L. CAMBIER, B. BLERO, W. PAS,	Conseillers d'État,
	S. VAN DROOGHENBROECK, J. PUT,	assesseurs,
Mesdames	A.-C. VAN GEERSDAELE, G. VERBERCKMOES,	greffiers,

Le rapport a été présenté par M. R. THIELEMANS, premier auditeur et Mme P. LAGASSE, auditeur.

*Le Greffier,*

*Le Président,*

A.-C. VAN GEERSDAELE

M. VAN DAMME

## ANNEXE 4

### AVANT-PROJET DE DÉCRET ET ORDONNANCE CONJOINTS

#### relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois

Le Collège de la Commission communautaire française,

Sur la proposition des Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune et des membres du Collège de la Commission communautaire française, compétents pour la politique de la santé et de l'action sociale,

Après délibération,

ARRÊTE :

Les Membres du Collège de la Commission communautaire commune et les membres du Collège de la Commission communautaire française, compétents pour la politique de la santé et de l'action sociale, sont chargés de présenter, au nom du Collège réuni et du Collège, à l'Assemblée réunie et à l'Assemblée le projet d'ordonnance dont la teneur suit :

#### CHAPITRE 1<sup>ER</sup>

##### Dispositions générales

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

Le présent décret et ordonnance conjoints règle une matière visée aux articles 39, 135 et 135bis de la Constitution, ainsi qu'aux articles 127 et 128 de la Constitution en vertu de l'article 138 de celle-ci.

###### *Article 2*

Pour l'application du présent décret et ordonnance conjoints, il faut entendre par :

- 1° Assemblées : Assemblée réunie de la Commission communautaire commune et Assemblée de la Commission communautaire française;
- 2° Collège : le Collège de la Commission communautaire française,
- 3° Collège réuni : le collège réuni de la Commission communautaire commune;

4° Collèges : le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune;

5° Gouvernements : le Gouvernement régional, les Collèges et le Collège de la Commission communautaire flamande;

6° Observatoire : observatoire de la santé et du social visé par l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 5 juin 2008 portant le statut administratif et pécuniaire des fonctionnaires et stagiaires des Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale;

7° conseils consultatifs : conseil consultatif visé par l'ordonnance du 17 juillet 1991 portant création d'un Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes de la Commission communautaire commune et conseil consultatif visé par le décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé;

8° PSSI : plan social santé intégré composé d'une part d'un référentiel commun aux acteurs bruxellois actifs dans le domaine de la santé en ce compris de la promotion de la santé et du social et d'autre part un plan opérationnel visant à mettre en œuvre les principes et les objectifs stratégiques du référentiel;

9° référentiel : ensemble structuré de principes, définitions et objectifs stratégiques du plan, constituant un cadre de référence commun aux acteurs bruxellois actif dans le domaine du social et de la santé en ce compris de la promotion de la santé;

10° plan opérationnel : ensemble des actions visant à mettre en œuvre, sur une base pluriannuelle, les principes et les objectifs stratégiques du référentiel;

11° le plan de promotion de la santé : volet du plan opérationnel présentant l'ensemble des objectifs, des programmes et des approches stratégiques et opérationnelles prioritaires en promotion de la santé;

12° comité de pilotage : comité chargé d'organiser la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PSSI;

13° instance d'avis : instance qui a pour mission de conseiller le comité de pilotage du PSSI dans l'exercice de ses missions, d'initiative ou sur demande de celui-ci;

14° instance de coordination : instance de coordination visée à l'article 4 du décret du 18 février 2016 relatif à la promotion de la santé tel que modifié par le présent document.

## CHAPITRE 2 PSSI

### Article 3

§ 1<sup>er</sup>. – Les Collèges adoptent le PSSI en se basant sur les principes spécifiques suivants :

- 1) La promotion de la santé;
- 2) L'intégration et le décloisonnement;
- 3) L'approche territorialisée;
- 4) La responsabilité populationnelle;
- 5) Une approche genrée;
- 6) L'universalisme proportionné;
- 7) L'accès aux droits, à l'aide et aux soins;
- 8) L'appui et l'évaluation des politiques par les savoirs académiques, professionnels et expérimentiels.

§ 2. – Le PSSI est composé d'un référentiel et d'un plan opérationnel.

### Article 4

Le référentiel et le plan opérationnel font l'objet d'évaluations et de révisions conformément aux dispositions visées au chapitre 4.

### Article 5

§ 1<sup>er</sup>. – Une fois adopté, les Collèges transmettent le PSSI aux Assemblées.

## CHAPITRE 3 Mise en œuvre du PSSI

### SECTION 1<sup>RE</sup> Du comité de pilotage

#### Article 6

§ 1<sup>er</sup>. – Les Collèges créent un comité de pilotage chargé d'organiser la mise en œuvre, l'évaluation et la révision du PSSI et en désigne les membres.

§ 2. – Le comité de pilotage est composé de représentants des institutions et organisations suivantes :

- a. des ministres de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française compétents pour la politique de la santé (en ce compris la promotion de la santé) et d'action sociale;
- b. des administrations de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française compétentes pour la politique de la santé et d'action sociale;
- c. de l'Observatoire;
- d. du Membre du Collège de la Commission communautaire flamande compétent pour le bien-être et la santé, avec une voix consultative. Celui-ci peut être accompagné d'un expert de son administration.

Le Comité de pilotage peut inviter à ses réunions des représentants d'organisations expertes dans le domaine de la santé (en ce compris de la promotion de la santé) et du social.

#### Article 7

Les Collèges précisent les modalités de fonctionnement du comité de pilotage.

#### Article 8

Le comité de pilotage a pour missions :

- a) de fixer les directives relatives à la mise en œuvre et à l'opérationnalisation du PSSI;
- b) d'organiser les différentes étapes relatives à la mise en œuvre du PSSI conformément aux dispositions des présents décrets et ordonnances conjoints et de leurs arrêtés d'exécution;
- c) de coordonner l'évaluation et la révision du PSSI visées au chapitre 4;

- d) de veiller à la prise en considération du PSSI lors de la mise en œuvre de la politique de la santé, (en ce compris de la promotion de la santé) et l'action sociale de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française;
- e) d'assurer la coordination avec les politiques de bien-être et de santé des gouvernements tels que définis à l'article 2, 5°, et de la Communauté flamande et de la Communauté Française en ce qui concerne leurs compétences dans le domaine du bien-être et de la santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale;
- f) de coordonner l'élaboration du Rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé visé à la section 4.

#### *Article 9*

Les Collèges créent une instance d'avis et en désignent les membres.

L'instance d'avis est composée des représentants des institutions et organisations suivantes :

- a) des sections pertinentes des conseils consultatifs;
- b) les commissions techniques pertinentes d'Iriscare;
- c) les groupes de travail visés à la section 2;
- d) la fédération des CPAS bruxellois;
- e) des centres de recherches académiques ou universitaires désignés par les Collèges;
- f) un représentant du Conseil consultatif pour le bien-être et la santé de la Commission communautaire flamande.

#### *Article 10*

L'instance d'avis a pour mission de conseiller le comité de pilotage dans l'exercice de ses missions, d'initiative ou sur demande de celui-ci.

### SECTION 2 *Groupes de travail*

#### *Article 11*

Dans le cadre de la mise en œuvre et de l'opérationnalisation du PSSI, les Collèges peuvent créer des groupes de travail chargés du suivi d'un ou plusieurs volets du plan opérationnel. Ces groupes de

travail sont composés d'acteurs compétents pour le ou les volets dont ils ont la charge.

#### *Article 12*

§ 1<sup>er</sup>. – Selon les volets visés, les groupes de travail peuvent être constitués à partir des conseils consultatifs et des commissions techniques d'Iriscare ou de façon spécifique en dehors de ces conseils et commissions.

§ 2. – Les Collèges fixent la composition et les modalités de fonctionnement des groupes de travail, après avis de l'Instance d'avis. Ils en désignent les membres.

### SECTION 3 *Observatoire*

#### *Article 13*

§ 1<sup>er</sup>. – Dans le cadre de la mise en œuvre du PSSI et compte tenu des principes repris à l'article 3, § 1<sup>er</sup>, l'Observatoire a pour mission de concevoir et d'organiser le recueil des données pertinentes pour la mise en œuvre du PSSI, ainsi que leur présentation opérationnelle dans un tableau de bord.

§ 2. – L'Observatoire détermine la méthodologie des évaluations visées à la section 1<sup>re</sup> du chapitre 4.

### SECTION 4 *Rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé*

#### *Article 14*

Les Collèges élaborent tous les trois ans le rapport sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé sur le territoire de la région de Bruxelles-Capitale. Ce rapport comprend le baromètre social annuel, le rapport thématique, ainsi que la synthèse de la table ronde. Le Plan d'Action bruxellois de Lutte contre la Pauvreté et les inégalités sociales de santé est joint à ce rapport.

#### *Article 15*

Les Collèges remettent un rapport thématique aux Assemblées. Ce rapport comprend deux parties :

1. des contributions relatives aux caractéristiques de la pauvreté et des inégalités sociales de santé sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale;

2. un rapport sur un thème choisi par les Collèges et établi en concertation avec les associations où les personnes en situation de pauvreté prennent la parole.

#### *Article 16*

Les Collèges remettent le Plan d'Action bruxellois de Lutte contre la Pauvreté et les inégalités sociales de santé aux Assemblées. Celui-ci reprend les mesures concernées du PSSI ainsi que les contributions complémentaires des gouvernements bruxellois.

À cet effet, les Collèges, de l'accord des gouvernements bruxellois, organisent un groupe de travail interministériel chargé de rassembler les contributions budgétisées des gouvernements bruxellois au Plan d'action bruxellois et d'en assurer le suivi.

À cette fin, ils demandent également aux gouvernements bruxellois d'élaborer une synthèse des mesures prises pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé.

#### *Article 17*

Les Collèges organisent tous les trois ans une table ronde avec tous les acteurs publics et privés concernés en vue de débattre des résultats obtenus et des actions concertées à mener pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Les Collèges élaborent une synthèse de cette table ronde et la transmettent aux Assemblées.

Les Assemblées émettent des recommandations concernant la lutte contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé, sur la base du rapport tel que prévu à l'article 14.

#### *Article 18*

Chaque année, à l'ouverture de la nouvelle session parlementaire, les Collèges remettent le baromètre social aux Assemblées. Ce baromètre comprend les données de base relatives à la situation socio-économique de la population ainsi que les indicateurs relatifs à la pauvreté et aux inégalités sociales de santé.

### SECTION 5

#### *Des services conjoints d'accompagnement et support*

#### *Article 19*

Des services conjoints d'accompagnement et de support peuvent être désignés par les Collèges en

vue de soutenir et d'accompagner les services socio-sanitaires de première ligne.

### SECTION 6

#### *Des programmes de médecine préventive*

#### *Article 20*

§ 1<sup>er</sup>. – Les Collèges fixent, pour une durée de cinq ans renouvelable, des programmes de médecine préventive.

Les services visés à l'article 19 sont associés à l'accompagnement de ces programmes.

#### *Article 21*

§ 1<sup>er</sup>. – Les programmes de médecine préventive sont pilotés par un centre de référence intégré désigné par les Collèges. Celui-ci peut prendre la forme d'une personne morale de droit public ou privé sans but lucratif.

§ 2. – Les Collèges fixent la procédure et les conditions de désignation du centre de référence.

§ 3. – Les Collèges fixent le montant et les conditions d'octroi des subventions forfaitaires octroyées au centre de référence pour la mise en œuvre des programmes de médecine préventive.

### CHAPITRE 4

#### **Évaluation et révision du PSSI**

### SECTION 1<sup>RE</sup>

#### *Évaluation*

#### *Article 22*

§ 1<sup>er</sup>. – À intervalles réguliers qui ne peuvent être inférieurs à trois ans à partir de la date d'adoption du plan, le comité de pilotage organise en collaboration avec l'instance d'avis une évaluation de la mise en œuvre du PSSI. Cette évaluation a pour objet l'ensemble du PSSI ou uniquement une partie de ce dernier.

§ 2. – Le Comité de pilotage peut, en collaboration avec l'instance d'avis, organiser des évaluations spécifiques en collaboration avec les groupes de travail.

§ 3. – Une évaluation spécifique du plan de promotion de la santé est réalisée, par l'intermédiaire de l'Observatoire, sur base des modalités prévues dans le Décret du 18 février 2016 relatif à la promotion de la santé.

*Article 23*

L'évaluation visée à l'article 18, § 1<sup>er</sup>, se compose d'une part d'une analyse scientifique réalisée par l'Observatoire et d'autre part de l'analyse d'un panel citoyen.

Le comité de pilotage organise ce panel citoyen en collaboration avec l'instance d'avis.

*Article 24*

L'avis du panel citoyen peut comprendre des propositions d'adaptation du PSSI.

*Article 25*

§ 1<sup>er</sup>. – Sur la base de l'avis du panel citoyen et de l'analyse de l'Observatoire, le comité de pilotage remet aux Collèges un rapport d'évaluation.

§ 2. – Le rapport visé au paragraphe 1<sup>er</sup> est transmis aux Assemblées, lesquelles peuvent remettre des recommandations aux Collèges.

**SECTION 2**

*Révision du référentiel et du plan opérationnel*

*Article 26*

Sur base du rapport d'évaluation et/ou des recommandations visés à l'article 22, le comité de pilotage peut proposer aux Collèges, après consultation de l'Instance d'avis, une révision du référentiel et/ou du plan opérationnel.

*Article 27*

Outre la révision visée à l'article 23, le Comité de pilotage peut proposer aux Collèges, sur base des

évaluations spécifiques visées à l'article 18, § 2, et après avis du ou des groupe(s) de travail concerné(s) et de l'Instance d'avis, des révisions du plan opérationnel.

Il propose également aux Collèges, sur base de l'évaluation visée à l'article 18, § 3, et sur proposition de l'instance de coordination, la révision du plan de promotion de la santé.

*Article 28*

Les Collèges décident des révisions proposées sur base de la présente section.

En cas de désaccord entre les Collèges, une réunion conjointe des Collèges est organisée. Si le désaccord persiste, les Collèges décident seuls, chacun pour leurs propres compétences.

**CHAPITRE 5**

**Dispositions modificatives,  
finales et abrogatoires**

*Article 29*

L'ordonnance du 20 juillet 2006 relative à l'élaboration du rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale est abrogée.

Bruxelles le

Le membre du Collège, en charge de l'Action sociale et de la Santé,

Alain MARON

## ANNEXE 5

## Analyse de l'impact de l'accord sur la situation respective des femmes et des hommes

## Partie I. Informations générales

## A. Informations sur l'auteur du projet de réglementation

Membre du gouvernement compétent :

Alain MARON Le membre du Collège, chargé de l'action sociale et de la santé
--

Contact auprès du cabinet du gouvernement :

Nom	Julie PAPAZOGLU Sarah Tournay
E-mail	<a href="mailto:jpapazoglou@gov.brussels">jpapazoglou@gov.brussels</a> <a href="mailto:stournay@gov.brussels">stournay@gov.brussels</a>
Tél.	0472/70 64 15

Administration compétente :

Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-capitale
---

Contact auprès de l'administration :

Nom	
E-mail	
Tél.	

## B. Informations sur le projet de réglementation

Domaine :

Santé et Action sociale
-------------------------

Titre du projet de réglementation :

Avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois.
--

Analyse d'impact déjà réalisée à un autre niveau politique (belge ou international) :

Oui - Veuillez joindre une copie ou indiquer la référence du document :

Non
-----

Décrivez brièvement le projet de réglementation en mentionnant les éléments suivants : origine, objectif poursuivi et modalités d'exécution

Il s'agit d'un avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois Ce décret et ordonnance conjoints porte sur des éléments entrant dans le champ des compétences de la Commission communautaire française, à savoir la Santé ;

Il y a donc lieu de le soumettre à l'assentiment du Parlement francophone bruxellois.

## Partie II. Questionnaire

### 1. Informations sur le projet de réglementation

#### 1.1 Description

Avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois.

#### 1.2 Liens avec des objectifs d'égalité dans le secteur d'application du texte:

Le projet a-t-il pour objectif de contribuer spécifiquement à plus d'égalité entre hommes et femmes dans le secteur concerné ?

Oui

Non

Si oui, quelles sont les actions prévues par le projet en lien avec l'égalité des sexes ?

### 2. Analyse de la situation des femmes et des hommes

2.1. Quelles sont les **personnes** (directement et/ou indirectement) concernées par le projet de réglementation et quelle est la composition sexuée de ce groupe de personnes ?

Les bénéficiaires directs sont l'ensemble de la population bruxelloise.

*Utilisez si possible des statistiques sexuées pour identifier les différences entre hommes et femmes.*

La Région de Bruxelles-Capitale compte 1.108.726 habitants au 1<sup>er</sup> janvier 2018, dont 612.101 femmes (51%) et 586.625 hommes (49%). Sources de 2019: « Le genre en Région de Bruxelles-Capitale – un état des lieux en chiffres », Equal Brussels.

2.2. Certaines de ces différences limitent-elles l'**accès aux ressources** ou l'**exercice des droits fondamentaux** des femmes ou des hommes (différences problématiques) ?

Oui

Non

*Justifiez votre réponse*

### **3. Evaluation de l'impact du projet de réglementation**

**Compte tenu des réponses aux questions précédentes, le projet de réglementation aura-t-il un impact dans les domaines suivants :**

3.1 Le projet de réglementation aura-t-il un impact direct ou indirect sur la participation à la prise de décision des hommes ou des femmes ?

Oui

Non

*Expliquez votre réponse*

Le décret et ordonnance conjoints ne porte pas sur une quelconque prise de décision des hommes et des femmes.

3.2 Le projet de réglementation aura-t-il un impact direct ou indirect sur la situation socio-économique des hommes ou des femmes ?

Oui

Non

*Expliquez votre réponse*

Etant donné que ce décret et ordonnance conjoints n'a aucun impact différent entre les hommes et les femmes, direct ou indirect, il ne peut y avoir d'impact socio-économique sur la situation respective des hommes et des femmes.

3.3 Le projet de réglementation aura-t-il un impact direct ou indirect sur des hommes ou des femmes (notamment dans les secteurs suivants : accès à l'emploi, accès à la santé, qualité de l'enseignement, accès aux espaces publics, accès à l'information) ?

Oui

Non

*Expliquez votre réponse*

Le décret et ordonnance conjoints n'aura pas d'impact différent direct ou indirect sur la situation respective des hommes et les femmes dans les secteurs sus-mentionnés.

#### 4. Conclusions

4.1. Compte tenu des réponses aux questions précédentes (cf. accès aux ressources et exercice des droits fondamentaux), l'**impact** du projet de réglementation sur l'égalité des femmes et des hommes sera-t-il **positif/neutre/négatif** ?

*Expliquez votre réponse*

Le décret et ordonnance conjoints aura une influence neutre sur l'égalité des femmes et des hommes.

4.2. Si le projet de réglementation risque d'avoir un impact négatif sur l'égalité des femmes et des hommes, comment avez-vous essayé de **limiter cet impact ou de prévoir des mesures compensatoires** lors de l'établissement du projet de réglementation ?

Ne s'applique pas

### **5. Quels sont les indicateurs utilisés pour mesurer l'impact de la réglementation sur les hommes et les femmes ?**

Une modification/création **d'indicateurs** est-elle envisagée dans le cadre de l'évaluation ?

Néant

### **6. Sources**

Quelles sont les **sources** auxquelles vous avez eu recours pour répondre aux questions qui précèdent?

Le décret et ordonnance conjoints et l'exposé des motifs.

## ANNEXE 6

### Analyse de l'impact de l'accord sur la situation des personnes handicapées

#### Partie I. Informations générales

##### A. Informations sur l'auteur du projet de réglementation

Membre du gouvernement compétent :

Alain MARON Le membre du Collège, chargé de l'action sociale et de la santé
--

Contact auprès du cabinet du gouvernement :

Nom	Julie PAPAZOGLU et Sarah TOURNAY
E-mail	<a href="mailto:jpapzoglou@gov.brussels">jpapzoglou@gov.brussels</a> et <a href="mailto:stournay@gov.brussels">stournay@gov.brussels</a>
Tél.	0472/70 64 15

Administration compétente :

Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-capitale
---

Contact auprès de l'administration :

Nom	
E-mail	
Tél.	

##### B. Informations sur le projet de réglementation

Domaine :

Santé et Action sociale
-------------------------

Titre du projet de réglementation :

Avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois
---

Analyse d'impact déjà réalisée à un autre niveau politique (belge ou international) :

- Oui  
 Non

--

Décrivez brièvement le projet de réglementation en mentionnant les éléments suivants : origine, objectif poursuivi et modalités d'exécution

Il s'agit d'un avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois Ce décret et ordonnance conjoints porte sur des éléments entrant dans le champ des compétences de la Commission communautaire française, à savoir la Santé ;

Il y a donc lieu de le soumettre à l'assentiment du Parlement francophone bruxellois.

## Partie II. Questionnaire

### 1. Informations sur le projet de réglementation

#### 1.1 Description

Avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois.

#### 1.2 Liens avec des objectifs d'égalité dans le secteur d'application du texte:

Le projet a-t-il pour objectif de contribuer spécifiquement à améliorer la situation des personnes handicapées ?

Oui

Non

Si oui, quelles sont les actions prévues par le projet en lien avec l'amélioration de la situation des personnes handicapées ?

### 2. Analyse de la situation des personnes handicapées

2.1. Quelles sont les **personnes** (directement et/ou indirectement) concernées par le projet de réglementation et quelle est la composition sexuée de ce groupe de personnes ?

La population bruxelloise.

*Utilisez si possible des statistiques pour identifier les différences entre les personnes qui sont ou ne sont pas en situation de handicap*

La Région bruxelloise compte 16.387 bénéficiaires d'une allocation aux personnes handicapées, soit 1,4 % de la population dont 8.453 hommes (soit 51,6 %) et 7.934 femmes (soit 48,4 %).  
Par ailleurs, la Région bruxelloise compte 112.575 personnes âgées de 70 ans et plus, soit 0,09 % de la population.  
Source : Institut Bruxellois de Statistique et d'Analyse

2.2. Certaines de ces différences limitent-elles l'**accès aux ressources** ou l'**exercice des droits fondamentaux** des personnes handicapées (différences problématiques) ?

Oui

Non

*Justifiez votre réponse*

Le projet ne limite pas l'accès aux ressources et aux droits fondamentaux des personnes handicapées.

### **3. Evaluation de l'impact du projet de réglementation**

**Compte tenu des réponses aux questions précédentes, le projet de réglementation aura-t-il un impact dans les domaines suivants :**

3.1 Le projet de réglementation aura-t-il un impact direct ou indirect sur la participation à la prise de décision des personnes handicapées ?

Oui

Non

*Expliquez votre réponse*

Le décret et ordonnance conjoints ne prévoit aucune mesure impliquant la participation à la prise de décision des personnes handicapées.

3.2 Le projet de réglementation aura-t-il un impact direct ou indirect sur la situation socio-économique des personnes handicapées ?

Oui

Non

*Expliquez votre réponse*

Le décret et ordonnance conjoints est neutre quant à la situation socio-économique des personnes handicapées.

3.3 Le projet de réglementation aura-t-il un impact direct ou indirect sur les personnes handicapées (notamment dans les secteurs suivants : accès à l'emploi, accès à la santé, qualité de l'enseignement, accès aux espaces publics, accès à l'information) ?

*Oui*

*Non*

*Expliquez votre réponse*

Le décret et ordonnance conjoints ne prévoit pas de mesures spécifiques à destination des personnes en situation de handicap.

#### 4. Conclusions

4.1. Compte tenu des réponses aux questions précédentes (cf. accès aux ressources et exercice des droits fondamentaux), l'**impact** du projet de réglementation sur l'égalité des femmes et des hommes sera-t-il **positif/neutre/négatif** ?

*Expliquez votre réponse*

Le décret et ordonnance conjoints aura une influence neutre sur la situation des personnes handicapées.

4.2. Si le projet de réglementation risque d'avoir un impact négatif sur l'égalité des femmes et des hommes, comment avez-vous essayé de **limiter cet impact ou de prévoir des mesures compensatoires** lors de l'établissement du projet de réglementation ?

Ne s'applique pas

#### 5. Quels sont les indicateurs utilisés pour mesurer l'impact de la réglementation sur les hommes et les femmes ?

Une modification/création d'**indicateurs** est-elle envisagée dans le cadre de l'évaluation ?

Néant

#### 6. Sources

Quelles sont les **sources** auxquelles vous avez eu recours pour répondre aux questions qui précèdent ?

Le décret et ordonnance conjoints et son exposé des motifs.

## ANNEXE 7

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

Service Public Francophone Bruxellois

Votre correspondant :  
J-Charles Houzeau  
Attaché  
t 02 800 83 96  
jchouzeau@spfb.brussels

**Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone  
de l'Aide aux Personnes et de la Santé****Jeudi 30 juin 2022****Avis définitif du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé concernant le référentiel et le plan opérationnel du Plan Social Santé Intégré (PSSI) ainsi que l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à la mise en œuvre de ce dernier.****Préambule****Le présent avis remplace et annule l'avis intermédiaire envoyé mardi 28 juin 2022.**

En date du 12 mai 2022 et faisant suite au vote en première lecture du PSSI par le Gouvernement, le Collège a décidé :

- de soumettre le référentiel et le plan opérationnel pour avis au bureau du conseil consultatif de l'aide aux personnes et de la santé; l'avis de celui-ci est attendu pour fin juin 2022 au plus tard.
- de soumettre le présent avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à la mise en œuvre du PSSI pour avis au bureau du conseil consultatif de l'aide aux personnes et de la santé. L'avis est attendu pour fin juin 2022 au plus tard.

Le Gouvernement prévoit le passage en deuxième lecture de ces documents début juillet.

Par mail adressé à leurs présidences, le président du bureau demande que chaque section tienne un débat sur ces textes lors des réunions de juin afin de nourrir l'avis du bureau.

Afin de permettre aux différentes sections de se réunir, la réunion du bureau initialement prévue le 13 juin est reportée au 27 juin.

Le Plan Social Santé Intégré ambitionne de définir la vision à long terme de la politique social-santé à Bruxelles. **Une telle vision politique à long terme amorce une réforme structurelle d'envergure pour les acteurs social-santé. L'ensemble des sections déplorent d'autant plus le peu de temps laissé au Conseil consultatif, instance d'avis mise en place et légitimée par décret, pour émettre un avis en bonne connaissance et circonstancié.**

Des circonstances particulières et compréhensibles (vacance de la présidence, ordre du jour chargé et dossier éloigné des compétences de la section), ont fait que la section Cohésion sociale n'a pas pu mettre le point à l'ordre du jour de sa réunion de juin et n'a donc pas débattu des textes. La présidence de la section étant vacante depuis le 4 mai, aucune suite n'a pu être donnée.

La section Personnes handicapées a pris connaissance des remarques émises par un membre, l'asbl Inclusion. Ces remarques font l'objet d'un document ci-annexé.

La section Hébergement a mis le point à l'ordre du jour de sa réunion de juin, a débattu des textes mais a déploré l'absence à celle-ci d'un représentant du Gouvernement pour répondre aux questions. Un document ci-annexé synthétise le débat.

La section Services Ambulatoires a mis le point à l'ordre du jour de sa réunion de juin et a débattu des textes. Six documents ci-annexés synthétisent les débats et positions.

La section Aide et Soins à domicile a mis le point à l'ordre du jour de sa réunion de juin et a débattu des textes. Un document ci-annexé synthétise le débat.

La section Promotion de la santé a mis le point à l'ordre du jour de sa réunion de juin et a débattu des textes. La section a déposé un avis d'initiative ci-annexé.

Les débats du 27 juin ont été tenus en l'absence des représentants de la section Aide et Soins à domicile. Le bureau a été convoqué avec le même ordre du jour le 30 juin pour entériner l'avis.

## Avis

**L'ensemble des documents en annexe du présent avis font partie intégrante du présent avis et doivent être lus dans cette optique. Ainsi, toutes les remarques et réflexions ne se retrouvant pas dans le corps du texte du présent avis mais énoncées dans l'un des documents annexés font parties du présent avis.**

**Le manque de temps laissé par le Gouvernement, la précipitation des débats et les zones grises et questions laissées sans réponse n'ont pas permis au bureau d'émettre un avis positif ou négatif sur les textes.**

Tout d'abord, le bureau souligne que le PSSI a le mérite d'exister et que définir la vision à long terme de la politique social-santé à Bruxelles est nécessaire et attendue depuis longtemps, notamment par les fédérations sectorielles.

**Le bureau ne peut se prononcer sur les référentiels au vu des zones grises et des questions restées sans réponses. La section Promotion de la santé estime cependant que le texte oriente l'attention sur l'aide et le soin, au détriment des actions sur les déterminants de santé non-médicaux et le développement de l'empowerment individuel et collectif, chers au secteur.** Pour le secteur, si la visée du PSSI est une réduction des inégalités sociales de santé sur le territoire, alors il est indispensable de fixer attentions et moyens en priorité sur les causes (les déterminants de santé et de l'équité), plutôt que sur les symptômes (la maladie).

Par ailleurs, le bureau estime qu'à plusieurs endroits du texte, des imprécisions existent qui peuvent être sujettes à interprétations contradictoires. Nous renvoyons aux documents en annexes à ce sujet.

**Le Bureau regrette que le plan opérationnel n'est ni hiérarchisé, ni budgétisé.**

**Le Bureau renvoie aux différentes notes et annexes** des sections en ce qui concerne le décret et ordonnance conjoints.

**En conséquence, le bureau déplore que les sections ad hoc du Conseil consultatif n'aient pas été associées à l'élaboration du dispositif et demande une meilleure information sur les aboutissants et la mise en œuvre de cette ambitieuse réforme.**

**Pour le reste, le bureau demande la prise en compte des remarques et réflexions contenues dans les annexes du présent avis.**

A handwritten signature in black ink, consisting of a stylized monogram followed by the name 'willaert' written in a cursive, lowercase font.

Alain Willaert

Président du bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé



**CONSEIL CONSULTATIF BRUXELLOIS FRANCOPHONE DE L'AIDE AUX PERSONNES ET DE LA SANTÉ DE LA  
COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE DE LA RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE**

**SECTION PROMOTION DE LA SANTE**

**Avis d'initiative sur l'Avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois (PSSI) & sur le référentiel et le plan opérationnel PSSI**

22 juin 2022

**Contexte**

À la suite du passage en première lecture du Plan social santé intégré bruxellois (PSSI) par le Gouvernement bruxellois en mai 2022, le Collège a décidé de soumettre à l'avis du Bureau du conseil consultatif de l'aide aux personnes et de la santé :

- le référentiel et le plan opérationnel ;
- l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à la mise en œuvre du PSSI.

L'objectif général de ce Plan Social Santé intégré est « la production d'un modèle renouvelé de l'offre de l'aide et du soin qui repose sur un usage plus intégré de tous les moyens disponibles. [...] Il a pour ambition de décloisonner les politiques de santé, de promotion de la santé et du social et de favoriser un travail de terrain intersectoriel et transversal ».

Ce plan est composé d'un référentiel commun aux acteur-trice-s bruxellois-es actif-ve-s dans le domaine de la santé et d'un plan opérationnel visant à mettre en œuvre sur une base pluriannuelle les principes et objectifs stratégiques du référentiel. Sa mise en œuvre sera garantie par un décret et ordonnance conjoints à la Cocom et à la Cocof.

La Section promotion de la santé a produit son propre avis d'initiative notamment dans la perspective de nourrir l'avis intégré du Bureau du Conseil. Elle souhaite qu'il soit annexé dans son intégralité à l'avis du Bureau.

**Méthode**

Cet avis a été construit en plusieurs temps. Dans un premier temps, l'ensemble des membres de la Section, qui ont bénéficié d'une présentation du projet de PSSI par le Cabinet des Ministres Trachte et Maron le 20 mai 2022, ont été sollicité-es pour faire des remarques sur les documents. Un groupe de travail composé de quelques membres de la Section a préparé un texte sur base de l'ensemble des remarques récoltées. Le document a été amendé et adopté à la réunion plénière du 22 juin 2022. Celui-ci a été transmis au Bureau du Conseil pour intégration avant la réunion du 27 juin 2022.

**Remarques sur le référentiel PSSI et ses principes**

Si la Section se réjouit de la volonté des Collèges Cocom et Cocof de doter Bruxelles d'une politique de santé transcendant différents secteurs, si elle voit positivement l'intention de donner à cette politique une vision de promotion de la santé (principe structurant n°1), force est de constater que les textes soumis orientent majoritairement l'attention sur l'aide et le soin, au détriment des actions sur les déterminants de santé non-médicaux et le développement de l'*empowerment* individuel et collectif, chers à la promotion de la santé.

Si la visée du PSSI est bien une réduction des inégalités sociales de santé sur le territoire, alors il est indispensable de fixer attentions et moyens en priorité sur ce qui construit fondamentalement le bien-être des populations et ce qui réduit les inégalités qui s’y déploient (voir p. 17 du référentiel). C’est-à-dire s’intéresser aux causes (les déterminants de santé et de l’équité), plutôt qu’aux symptômes (la maladie). En effet, le PSSI devrait défendre de manière plus prégnante **une focale positive en amont des problématiques** ; et devenir un élément fondateur d’un **système de santé** plutôt que d’un système d’aide et de soin.

Le PSSI entend englober, responsabiliser et coordonner une multitude d’acteurs et d’actrices autour d’objectifs d’équité en santé. Cette visée est tout à fait louable et même indispensable dans le contexte bruxellois. Cependant, le projet d’intégration tel que proposé dans les textes est encore flou, peu lisible. Un **organigramme** commenté du paysage PSSI reprenant les missions et spécificités de chacun-e ainsi que les articulations, voire relations hiérarchiques entre les organismes identifiés est incontournable pour s’y retrouver.

En visant une coordination à l’échelle plus globale et en laissant une place plus importante à des structures faitières (Observatoire du social et de la santé, « Centre de référence unique », « Agence régionale de santé virtuelle »...), la Section relève un risque d’hégémonie de l’approche descendante. La **liberté associative** pourrait être mise à mal par une tendance à la centralisation et à la concentration (voir p. 51, réduction du nombre d’opérateurs). De plus, le risque est réel d’avoir pour les acteurs et actrices de terrain une imposition des thématiques à traiter et des manières de fonctionner au détriment du « faire avec » et de la co-construction avec les publics : **les populations sont d’ailleurs plutôt absentes en tant qu’actrices** dans le plan.

Les principes du PSSI intègrent la notion de « responsabilité populationnelle ». Comme elle l’a fait remarquer à plusieurs reprises dans ses avis (par exemple, l’avis du 8 juin 2022 relatif au PPS), la Section met en question cette dénomination qui laisse entendre un glissement de la responsabilité du bien-être vers l’individu ou vers les organisations qui lui sont proches, minimisant de ce fait la responsabilité politique. La mise en valeur de l’approche territorialisée (exclusivement) pose également question. Même si elle est importante, elle n’est pas toujours pertinente et elle doit cohabiter voire se combiner avec des **approches à d’autres niveaux** (communautés, milieux de vie...). Alors qu’elle se veut un élément névralgique du plan, la **participation des publics** devrait se retrouver parmi les principes structurants du texte.

La Section constate **l’absence d’une série d’acteur-trice-s clés** en matière de promotion de la santé particulièrement les fédérations, les organismes assureurs, l’ONE et les syndicats. En outre, certains **champs d’actions essentiels** sont également oubliés ou à peine cités à l’instar de la communication en santé et de la littérature en santé.

### ***La place de la promotion de la santé***

La Section souligne positivement la volonté de mettre à l’avant-plan la promotion de la santé comme principe structurant du PSSI et donc de la positionner comme démarche à intégrer transversalement au sein des secteurs concernés. Mais, au-delà de ça, la Section rappelle que la promotion de la santé désigne également un ensemble de pratiques de terrain portées par des acteurs et actrices spécialisé·e·s, combinant des interventions en première et deuxième lignes. Dans cette perspective-là, elle n’est **pas bien représentée** dans les actions concrètes du PSSI. Ainsi, dans l’axe 1, censé être celui où se retrouvent les actions de promotion de la santé, la Section peine à dénombrer les actions qui concernent le secteur. Ces actions se montrent réductrices par rapport à la richesse et la diversité des actions développées dans le nouveau draft du Plan de promotion de la santé 2023-2027 de la Cocof, que le PSSI chapeauterait.

Par ailleurs, particulièrement pour les axes 2, 3 et 4, la Section ne voit pas clairement –que ce soit dans le référentiel ou dans le plan opérationnel– la manière dont la promotion de la santé va y être intégrée. **Le texte se montre très peu incitatif pour les partenaires du social et de la 1<sup>ère</sup> ligne de soins** de collaborer sur le terrain avec le secteur de la promotion de la santé, si ce n'est, à certains endroits, sous l'angle des démarches communautaires.

Lorsque le PSSI aborde la collaboration entre les secteurs de l'aide et du soin et le secteur de la promotion de la santé, c'est surtout en faisant référence aux services de support (via la formation/accompagnement), alors que **d'autres types d'opérateur-trice-s en promotion de la santé sont pertinent-e-s** pour mettre en œuvre ce plan et soutenir la promotion de la santé à différentes échelles. La Section recommande d'élargir le spectre et de produire des efforts pour véritablement intégrer la démarche et le secteur de la promotion de la santé à divers niveaux comme le PSSI l'ambitionne dans son introduction.

À travers sa visée intersectorielle, le PSSI, dans sa mise en œuvre, va **modifier l'organisation, les pratiques et les relations des professionnel·les**, des organismes de représentation mais aussi celles des Bruxellois-es destinataires des offres et actions. Cette intersectorialité demande de pouvoir déconstruire les principes d'intervention au sein de chaque secteur pour reconstruire des principes d'intervention qui soient communs à l'ensemble des secteurs. Ceci implique **d'être sur un pied d'égalité et de veiller à ce que les secteurs ne soient pas mis en concurrence**. La Section souligne que la promotion de la santé est un petit secteur en termes de budget et d'équivalents temps plein et qu'elle ne bénéficie pas de la même visibilité politique que l'aide et le soin. Si ce principe d'égalité ne se vérifie pas, le risque de dilution du secteur et de ses principes sera présent.

#### Remarques sur le décret-ordonnance conjoint (DOC)

La Section estime le texte légal proposé insuffisamment explicite et ce, sur plusieurs points :

- Le texte ne formule pas de **visée** au PSSI ; ce à quoi il veut répondre. Un article fondateur du dispositif rappelant valeurs et objectifs semble indispensable ;
- Le DOC ne mentionne pas de manière claire et précise **les secteurs** qui y sont attachés et l'ensemble des cadres légaux qui devraient s'y référer. En l'état, il se limite au seul secteur de la promotion de la santé ;
- Le DOC ne propose pas de **temporalité** claire au PSSI, on ignore quand la planification commence et prend fin et comment elle se coordonne aux temporalités des autres cadres décrets. Une temporalité de 3 ans est spécifiée à certains endroits, pour l'évaluation du plan et l'organisation de tables rondes. À part cela, il ne présente aucun repère temporel ;
- Le DOC n'intègre pas les **principes généraux de financement**. Si le PSSI est un référentiel pour plusieurs secteurs Cocof-Cocom, le plan opérationnel nécessite des financements spécifiques pour lesquels aucun cadre n'est précisé dans le DOC (administration, instruction, type de financement...);
- Les **critères de sélection** des Sections consultatives qui vont composer les instances d'avis ne sont pas précisés ;
- Les missions de base et les modalités de désignation des **services d'appui et de support conjoints** ne sont pas définis. Sans prérequis, il n'est pas possible de savoir à quoi fait référence l'adjectif « conjoints » ;
- **L'exposé des motifs** ne répond aucunement à son rôle d'explication du texte et de ses intentions : il ne fait ressortir que trop peu d'informations sur les tenants et aboutissants des articles.

### ***La place de la promotion de la santé***

Alors qu'il dispose de son propre cadre légal dans le giron Cocof, le Plan de promotion de la santé semble, dans le DOC, être le seul plan à se greffer explicitement à ce référentiel. Il est le seul plan à devoir répondre à des obligations d'évaluation (Art. 22 paragraphe 3) et à être soumis à révision par une « instance de coordination » liée au PSSI (Art. 27). Il est aussi le seul plan mentionné dans les définitions. Qu'en est-il du Plan santé Bruxelles, du Plan de lutte contre la pauvreté, voire des orientations de l'ambulatorio Cocof et Cocom ? Ceci nourrit la crainte qu'émet la Section d'avoir un pilotage du secteur de promotion de la santé à l'extérieur de la Cocof, son propre pouvoir subsidiant ; ce qui ne serait pas le cas pour les autres secteurs concernés. La Section affirme l'importance que le secteur de la promotion de la santé conserve sa **pleine autonomie** en cohérence avec le PSSI, que la Cocof en garde le pilotage et garantisse le pouvoir d'agir de ses acteur-trice-s.

Si le DOC permettra potentiellement à des opérateurs de promotion de la santé de solliciter des nouveaux financements notamment dans la perspective de s'articuler avec le secteur social-santé, les demandes risquent d'entraîner plus de complexité et un **surcroit de travail administratif** pour les parties prenantes (ex. : double dossier de justification possiblement auprès d'administrations différentes). En conséquence, la Section insiste sur la nécessité d'un refinancement du secteur à partir du cadre de subsidiation actuel.

Par ailleurs, la Section recommande que l'on ajoute à l'Art. 6 paragraphe 2 le ou la **Ministre en charge de la promotion de la santé** et l'administration compétente en ce domaine.

Enfin, en matière d'évaluation (Art. 22), la Section soutient l'évaluation de l'ensemble de la politique afférente au PSSI.

### **Remarques sur le plan opérationnel**

Le plan opérationnel est très ambitieux et contient un grand nombre d'actions à mener avant la fin de la législature. La Section se demande dans quelle mesure cette temporalité est réaliste, sachant que de nouvelles structures doivent être créées et s'articuler avec l'existant.

Dans cette partie opérationnelle, les axes du PSSI sont déclinés en 226 mesures qui se déploient à différentes échelles. Ce foisonnement requiert une **programmation**, c'est-à-dire des modalités et étapes de mise en œuvre ainsi qu'une priorisation.

Le plan n'est pas budgétisé. Le lecteur ou la lectrice du document n'a donc aucune idée de la taille des enveloppes budgétaires du plan dans son ensemble ; ce qui est financé dans le cadre des politiques sectorielles et ce qui est finançable dans le cadre du PSSI spécifiquement. La Section se questionne sur les mesures identifiées en fonction du budget disponible. **La Section recommande de produire un plan opérationnel chiffré et priorisé.**

Une série de mesures proposées sont parfois disproportionnées tenant compte de l'ambition de l'axe dans lequel elles s'inscrivent. Par exemple, pour répondre à l'objectif d'améliorer les environnements et milieux de vie, les actions mentionnées relèvent de la mise en œuvre d'outils de monitoring et d'information des citoyen-ne-s ; actions qui ne permettront pas de modifier les facteurs structurels.

La Section souligne, par ailleurs, la différence de signification et d'approche sur ce que sont les environnements favorables à la santé tels que définis dans le PPS, d'une part, et les environnements du plan opérationnel du PSSI, d'autre part, qui se réduisent à des questions d'environnement écologique et physique (Cf Axe 1. Point b. : qualité de l'air, nuisances sonores, etc.).

***La place de la promotion de la santé***

Les articulations entre le plan opérationnel du PSSI et le plan de promotion de la santé Cocof sont peu évidentes. Le plan opérationnel du PSSI offre quelques mesures spécifiques dans certains domaines concernant la promotion de la santé. Mais, à ce niveau de précision, le plan d'action de promotion de la santé est bien plus riche. Ceci donne l'impression de deux plans qui co-existent et se recouvrent partiellement. Nombre d'objectifs de promotion de la santé ne sont pas intégrés à l'intérieur du PSSI alors qu'ils pourraient s'avérer pertinents pour améliorer la diffusion de la promotion de la santé au sein du secteur social-santé (ex. : activité physique, prévention primaire).

Avis émis par la Section de promotion de la santé du Conseil consultatif,  
Le 8 juin 2022

Pour la Section

Caroline RASSON  
Présidente



## Commentaires PSSI en vue de la réunion du Bureau

27/06/2022

Inclusion asbl a beaucoup travaillé ces dernières années sur les questions relatives à l'accessibilité aux soins de santé<sup>1</sup>. Nous travaillons à l'élaboration d'outils et de référentiels afin de promouvoir l'accès à la santé pour les personnes en situation de handicap intellectuel. Nous travaillons également à la promotion d'un label/logo (S3A) permet également d'identifier aux mieux les prestataires/lieux de soins accessibles. Le PSSI présente donc aussi des opportunités pour faciliter l'accès à l'offre de santé des personnes en situation de handicap.

### Commentaires généraux sur le référentiel

- La **prise en compte des personnes en situation de handicap**, et en particulier en situation de handicap intellectuel transparait peu du plan (notamment au niveau des actions relatives aux assuétudes, à l'EVRAS, etc.).
- Le développement autour de la question de **l'accessibilité** (spatiale et non-spatiale) est un peu court. On y parle de l'accessibilité d » l'information, de l'accueil mais rien sur l'accompagnement des personnes et la formation/sensibilisation du personnel soignant ;
- Attention à la **fracture numérique** ; Nous sommes évidemment pour l'optimisation et la simplification des démarches administratives mais tout plan de digitalisation devrait s'accompagner d'un plan non-digital pour les publics les plus éloignés des outils numériques. Pour ces publics, digitalisation signifie le plus souvent complexification.
- Place des **aidants-proches** dans la continuité des soins qui ne sont presque pas mentionnés ;
- **Promotion de la santé** > attention à l'accessibilité des messages en FALC
- **Développer la recherche participative** > Ne pas oublier les associations & les personnes concernées dans le domaine du handicap.

### Commentaires spécifiques sur le plan opérationnel

#### 21 développer le carnet vaccinal numérique

Ok, mais comment s'assurer que les PHI y aient accès/sachent l'utiliser ? C'est déjà un support complexe. Ils devraient y avoir accès facilement, avec des informations simplifiées (FALC), pour favoriser leur autonomie, y compris dans la prise de décisions de santé/vaccination ;

#### 24 Campagne de prévention

<sup>1</sup> Pour en savoir plus sur nos actions, rendez-vous sur <http://ditesaaa.be/>



Les personnes en situation de handicap intellectuel sont aussi concernées par ces messages de prévention concernant les assuétudes et il faut veiller à ce qu'ils soient adaptés à leurs capacités de compréhension ;

#### 48 Outils d'information sur l'offre

Intégrer la promotion du logo S3A pour identifier au mieux les lieux accessibles solliciter les associations (Inclusion asbl, Handicap et santé, notamment) qui ont des partenaires identifiées « accessibles aux PHI »



**S3A** : Symbole d'Accueil, d'Accompagnement et d'Accessibilité créé par l'Unapei pour permettre aux personnes avec un handicap intellectuel de repérer facilement les lieux qui leur proposent un accueil, un accompagnement et des prestations adaptés.



**FALC** : Ce logo est utilisé pour identifier un contenu Facile À Lire et à Comprendre (FALC). Le langage FALC doit répondre à des critères bien définis.

#### 51 Outils compréhensibles à tous publics

OK. Promouvoir clairement le FALC ;

#### 66 Intégrer dans les agréments et contrats de gestion des obligations relatives à l'accessibilité physique et virtuelle ...

**Trop réducteur à l'accessibilité physique.** Il faut y intégrer l'accessibilité cognitive et relationnelle > accompagnement/formation des soignants. Indispensable de disposer de **référentiels** relatifs à l'accessibilité physique + accessibilité cognitive ;

CONSEIL CONSULTATIF FRANCOPHONE DE L'AIDE AUX PERSONNES ET DE LA SANTÉ DE LA  
COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE.

RÉUNION DE LA SECTION « SERVICES AMBULATOIRES »

16 juin 2022

Le Plan Social-Santé Intégré Bruxellois PSSI a été adopté en première lecture par le Gouvernement Bruxellois en mai 2022. Le Collège a décidé de soumettre à l'avis du Bureau du Conseil consultatif de l'aide aux personnes et de la santé les textes suivants :

- Le référentiel et le Plan Opérationnel du PSSI.
- L'avant-projet du Décret-Ordonnance conjoints relatif à la mise en œuvre du PSSI.

Ci-dessous la discussion et observations des membres de la section autour de ces deux textes :

Le Président de la section adresse une objection au représentant du Collège : « C'est très mal respecter le travail du Conseil consultatif quand le Collège travaille des mois sur un texte, puis oblige la section à le commenter en 3 heures ». Le président de la section explique que la pression qu'on met sur la Section n'est pas justifiée, car il y a peu de chance que le Conseil d'Etat émette un Avis en juillet ou en août. Le Collège aurait pu donner plus de temps aux membres des différentes sections du Conseil consultatif pour étudier les textes en profondeur et y émettre des observations/avis en septembre 2022, ce qui aurait permis une discussion plus sereine.

Les membres de la section applaudissent l'intervention du Président de la section.

Un représentant des travailleurs estime que la section « Services Ambulatoires » est directement concernée par le PSSI, et qu'elle est censée donner un avis et pas uniquement des observations à l'attention du Bureau.

Le Président de la section rappelle que cette méthode de consultation est dans la pratique habituelle du fonctionnement du Conseil consultatif. Il propose qu'à l'issue de cette discussion un Avis aboutisse et soit porté au Bureau afin d'être intégré à l'Avis à remettre au Collège.

Le représentant du Collège fait une courte présentation sur le PSSI et le DOC en rappelant que la Déclaration de Politique Générale du Collège prévoyait la mise en place de ce PSSI à partir des plans existants, et précise que la discussion de ce jour porte sur deux documents, d'un côté : le Plan Social-Santé Intégré avec son Référentiel et le son Plan opérationnel, et d'un autre côté le Décret-Ordonnance conjoints, qui lui est un texte à valeur législative. Il rappelle que le PSSI mène une vision politique social-santé à Bruxelles, mais n'est pas un texte contraignant comme c'est le cas du DOC PSSI ou du DOC « soins de première ligne » et la réforme du Décret Ambulatoire.

***Présentation PSSI par projection PowerPoint.***

Le représentant du Collège rappelle que lors de la dernière réunion de la section, il a été convenu que les membres de la section transmettent les questions relatives au PSSI et au DOC par écrit avant la date de réunion afin de le représentant du Collège puisse préparer les réponses avec ses collègues en charge des secteurs concernés par le Plan. Le représentant précise qu'il n'a reçu que deux questions écrites, et qu'il est incapable de pouvoir apporter des réponses à toutes les questions.

Un représentant des Experts souligne qu'il est difficile de situer le secteur de la Santé Mentale dans le PSSI, contrairement à d'autres secteurs qui y sont éclaircissements identifiés.

Le représentant du Cabinet précise que le Décret-Ordonnance conjoints est divisé en 5 chapitres :

- Les chapitres 1, 2 et 5 sont des chapitres purement techniques.
- Le chapitre 3 détermine la manière dont le Plan est mis en œuvre avec les composantes suivantes :

**Le Comité de pilotage** : lieu de discussion qui regroupe le Cabinet et les Administrations et certaines organisations expertes qui sont invitées à participer en fonction des thèmes.

**L'Instance d'Avis** : lieu qui rassemble les Conseils consultatifs COCOF COCOM et IRISCARE.

**Les Groupes de travail** : des lieux de discussions qui traitent des thématiques qui ne se retrouvent pas dans les Conseils consultatifs existants.

*Le président de la section rappelle le cadre légale et législatif relatif à la création du Conseil consultatif et ses sections ainsi que la procédure de nomination de ces membres et fait la distinction entre les sections du Conseil consultatif et les groupes de travail cité plus haut.*

**Evaluation et révision du PSSI** (prévue par le DOC) c'est une manière formelle d'évaluation et de révision du Plan à travers la modification de son contenu, revoir ses priorités et son Plan Opérationnel à l'initiative de l'ensemble des lieux de concertations cités plus haut.

**Le Plan Social-Santé Intégré ne définit pas le fonctionnement des services.**

**Le Collège a pour vision de généraliser les Contrats Locaux Social-Santé**, d'où le groupe de travail territorialité qui va pouvoir définir et diagnostiquer les Bassins et par Quartiers qui seront les futurs champs d'action des contrats locaux Social-Santé. Selon le secteur, certains services vont s'ancre au niveau du Quartier ou du Bassin ou même de la Région.

**Le DOC n'abroge pas les textes normatifs d'un secteur.**

**Le Collège espère que le Plan Social-Santé intégré pourra** passer en deuxième et dernière lecture en juillet 2022, et que le DOC puisse passer en deuxième et en 3ème lecture après l'Avis du Conseil d'Etat, afin que ce dernier puisse être adopté définitivement en septembre 2022 afin de pouvoir le mettre en œuvre.

**Le Collège souhaite organiser** en septembre 2022 un évènement autour du PSSI à destination de l'ensemble des secteurs concernés.

**Fin de la présentation.**

**Question 1 : Le Plan évoque une réduction du nombre d'opérateurs, s'agit-t-il d'une réduction du nombre de services ?**

**Réponse :** Il ne s'agit pas de réduction des services, mais de fusion d'opérateurs comme celle prévue entre le CDCS et l'Observatoire de la Santé.

**Question 2 : Quel est le budget alloué au PSSI ?**

Dans le Plan opérationnel il y deux projets qui ne sont pas financés à ce jour, à savoir : La Réforme de la Première Ligne et la Pérennisation du Renforcement des CPAS, mais tout le reste doit être financé dans le cadre du budget PSSI. Pour la COCOF, des budgets vont être dégagés dans le cadre de la réforme du Décret Ambulatoire.

**Question 3 : Existe-il un organigramme de la nouvelle organisation des services, et quelle est le degré d'autonomie des associations dans cette nouvelle organisation - la liberté associative (organigramme hiérarchique) ?**

*Un représentant propose de prévoir une sorte de « Charte Associative » entre les pouvoirs subsidiant et les associations afin de rassurer les secteurs.*

**Réponse :** La finalité des diagnostics prévus dans le processus de la mise en place du PSSI est de répondre aux besoins et aux problèmes sociaux et de santé de la population et non pas d'imposer une manière de faire aux services.

*Une représentante des Experts propose à ce que le travail de diagnostic et de coordination soit vu comme un atout mis à disposition des services et des secteurs, et de percevoir cela comme une opportunité, car les services n'ont ni le temps ni les moyens d'effectuer ce type de diagnostic.*

**Question 4 :** la répartition des missions va être problématique au niveau des quartiers, à titre d'exemple : les contrats locaux Social-Santé ne peuvent pas exercer certaines missions car elles empièteraient sur les missions des CPAS. Et projeter cela au niveau du bassin va être plus complexe à mettre en place.

**Question 5 :** Nous souhaitons pouvoir percevoir le PSSI comme une opportunité, mais ce dernier contient des zones grises qui ne sont pas explicitées, des intérêts divergent et des acteurs qui se rajoutent au panorama existant sans savoir que sera le lien de subordination entre les uns et les autres ? (La persistance de ces zones grises n'est pas rassurante pour les secteurs)

**Réponse :** Le Plan est une porte ouverte à un modèle nouveau, établi selon des constats connus sur la situation du Social-Santé dans la Région de Bruxelles Capitale.

Les visions sont différentes mais les objectifs se croisent et les lieux de concertations comme celui-ci sont faits pour éclaircir et remplir les zones grises selon les attentes et les besoins.

Le Plan Social- Santé Intégré n'est pas mis en place pour limiter la liberté associative ou imposer la manière dont les services doivent s'organiser ou répondre à un besoin, et il ne faut pas voir le mal là où il n'y est pas.

**Question 6** : La problématique des zones grises présentes dans le PSSI est perturbante car elle laisse une possibilité sous une prochaine législature/ gouvernance de pouvoir mettre en place des dispositifs moins bienveillants, à titre d'exemple : dans la composition des GT, la fédération des CPAS est présente d'office contrairement aux restes des fédérations ?

**Réponse** : Si les discussions et les procédures n'avancent pas dans les timings prévus, cela laissera les zones grises aux mains de nouvelles législatures qui elles les définiront selon leurs objectifs, et c'est la crainte du Collège et la législature en cours.

Une représentante des usagers précise que le PSSI doit permettre de garder une porte ouverte pour évoluer de manière rapide sur des problématiques rapides, et la proposition des forfaits peut-être une possibilité qui donnerait une certaine liberté aux services de pouvoir mettre en place rapidement des solutions, et de donner l'opportunité aux services de pouvoir travailler ensemble de façon efficace et dans un cadre clair.

**Question 7** : Le PSSI favorise les structures bicommunautaires par rapport aux structures francophones, à titre d'exemple les services d'aides aux justiciables ?

**Réponse** : Premièrement, dire qu'un service qui ne travaillerait pas avec un autre service car ils ne sont pas sur le même Plan semble caricatural, deuxièmement, avoir un plan qui regroupe tout le monde est une superbe idée, mais dans les faits, regrouper uniquement les services COCOF-COCOM a été un travail monumental et nous ne sommes pas encore au bout de notre démarche, et demander de mettre en place un place un Plan qui intégrerait tout le monde est juste irréaliste. Pour le moment ce n'est pas possible de tout intégrer dans un seul Plan. Ce Plan a tout de même le mérite d'être le premier plan qui regroupe autant de politiques social-santé sur la Région de Bruxelles.

Un représentant des Experts intervient en précisant qu'il est important de bien distinguer le travail législatif et le travail de terrain, car le Collège de la COCOF ne peut légiférer que sur les matières pour lesquelles il est compétent, mais la mise en place de ce nouveau cadre législatif facilitera le travail des opérateurs sur le terrain et permettra une réelle collaboration entre la Communauté française, la VGC, le Fédéral et la VG. Les Coordinations qui seront mise en place sont des regroupements de professionnel qui travaillent au même endroit pour penser ensemble les politiques à mettre en place.

Le Président de la section rappelle que des cas similaires ont pu être rencontrés et contournés à travers la mise en place des Accords de Coopération entre le Gouvernement bruxellois dans toutes ses composantes et le Collège de la Communauté française. Il affirme également qu'une politique qui favorise le système bicommunautaire au système francophone est problématique.

Le représentant du Collège estime que le texte ne favorise en aucun cas un système plus qu'un autre, et que le champ d'action est un champ COCOF/COCOM, et rajoute qu'à l'échelle territoriale il n'y a aucune volonté de fermer les contrats locaux sociale-santé s'il ne rentre pas le Plan, bien au contraire.

**Question 8 :** Le PSSI se veut un projet qui met les acteurs autour de la table afin d'identifier les besoins et y apporter les réponses à partir de leurs expertises. Mais cela ne peut pas se faire de façon efficace si on reste dans le flou par rapport à des données liées aux PSSI, comme c'est le cas du Budget alloué qui est communiqué par les représentants du Collège, mais avec des données différentes à chaque fois, ce qui mène à se poser des questions sur la fiabilité des informations avancées, et cette contradiction dans les informations qui émane d'un même Collège est perturbante. Une deuxième problématique s'impose, à savoir l'accessibilité à l'information sur les dynamiques qui sont mises en place dans le cadre du PSSI, comme c'est le cas du GT Territoire qui a entamé ses travaux hier et qui regroupe une flopée d'acteurs réunis par le Cabinet, ce qui donne à certains acteurs plus de poids qu'à d'autres.

A noter que le PSSI a permis de franchir une étape cruciale à travers son texte référentiel qui a le mérite d'avoir obligé le Collège d'endosser des constats connus du terrain mais pas encore assumé par les politiques. Mais afin de pouvoir vraiment avancer sur cela, il est nécessaire d'avoir un cadre clair et stable.

**Question 9 :** En tant que représentante des syndicats des travailleurs, je souligne qu'à aucun moment les travailleurs ne sont représentés dans le PSSI, ni dans les comités de pilotage ni dans les groupes de travail. Le Plan évoque aussi des propositions de transfert/échange des travailleurs dans différents services ?

Réponse : Le Plan ne prévoit pas de transfert de travailleurs mais d'échanges de compétences.

**Question 10 :** Retour sur la question 7 autour du GT territoire, et pour rappel, plusieurs personnes présentes dans la salle y participent, ce qui induit que les décisions sont entre les mains des secteurs et non pas du Cabinet et qu'il faut pouvoir faire confiance aux représentants des secteurs dans les différents GT afin de pouvoir avancer sereinement, sachant que les documents des GT sont diffusables et consultables ce qui prouve la volonté du Cabinet de consulter et concerter les acteurs du terrain. La contrainte du temps est connue, car la pandémie a postposé des projets et raccourcis les délais dans lesquels le travail devait être fait. C'est une contrainte que nous connaissons et que nous comprenons (enjeux des législatures).

**Question 11 :** Nous constatons que les acteurs qui sont menés à prendre des décisions sont beaucoup plus politisés que les secteurs en tant que tels, et de là se pose la question de la gouvernance, à savoir, quel sera l'influence des politiques communales (à titre d'exemple) sur l'ensemble des actions menées dans les quartiers.

Réponse : Les avis du terrain doivent être exprimés et entendus de manière claire, car le Cabinet porte le projet PSSI, mais il doit être soutenu par les acteurs du terrain afin de pouvoir aboutir à un vrai changement, d'où le sens même des GT qui peuvent définir la

manière dont le terrain souhaite que la gouvernance des territoires se passe afin d'être intégré dans le Plan.

**Question 12 : La répartition territoriale n'est pas claire pour les secteurs à ce niveau, et dans la réalité du terrain chaque secteur à une réalité territoriale différente ?**

**Réponse :** Si un service s'inscrit dans un niveau territorial « Bassin » avec un champ d'action au niveau du Bassin, alors ce service n'aura pas à s'impliquer dans les quartiers.

**Questions 13 : D'une part nous constatons une explosion des lieux de concertations, et d'autre part on va vers une forme de réduction du champ d'action des services ?**

**Réponse :** L'intérêt des collaborations entre les services et la création de liens entre ces mêmes services, dans une optique de création d'un travail de réseau qui va permettre de mieux répondre aux besoins d'une population et l'identification des manques dans les quartiers. Sachant qu'il n'y a pas d'obligation de collaboration imposée dans le Plan.

**Questions 14 : Le Plan évoque la question de la territorialisation comme si elle n'avait jamais existé ; mais pour rappel la loi de 1976 demande aux CPAS de Bruxelles-Capitale de créer des collaborations territoriales. Dans les faits seuls les CPAS situés sur des territoires restreints et cohérents ont pu mettre cela en place. A titre d'exemple, le CPAS de la Ville de Bruxelles, et vu le territoire de cette dernière, est dans l'incapacité de mettre un tel dispositif en place. Le représentant affirme que l'attention de la création de territoires cohérents et très intéressante, mais la question se pose sur l'opérationnalité de l'idée, de sa mise en place et des moyens mis à disposition pour sa concrétisation.**

**Réponse :** Des moyens ont été dégagés pour la première ligne et des moyens vont encore être dégagés en COCOF, et ces moyens sont définis avec les secteurs et en concertation avec les acteurs de terrain, à titre d'exemple l'Avis d'Initiative relatif à la valorisation des fonctions de Coordination, d'accueil et de secrétariat émis par la section et transmis aux membres du Collège récemment.

**Question 15 : Les concertations qui se font au niveau des quartiers sont celles qui représentent au mieux la réalité du terrain, plus on monte dans la représentation territoriale plus il est difficile d'orienter les politiques, mais aussi les modes de financement et l'accès à ces financements ? Exemple : le cas de la réforme de l'Ambulatoire pour laquelle l'argent a transité par les hôpitaux. Plus on monte dans les strates territoriales plus on s'éloigne de la réalité du terrain. Plus on monte dans la structure hiérarchique plus on s'éloigne des besoins réels du terrain.**

**Réponse :** Votre intervention au sein de la section Services Ambulatoires du Conseil consultatif se fait dans le cadre de la représentation de votre service ou de votre secteur ou autre chose ? Votre présence au sein de cette instance et vos avis sont représentatifs des besoins et attentes du terrain. Et c'est la raison pour laquelle le Collège requière l'avis du Conseil consultatif tant au niveau du Plan et au niveau du DOC.

Le président de la section rappelle que le principe même de la démocratie est la délégation de la prise de décision à des personnes élues qui sont censées représenter les usagers et les secteurs, car les vraies décisions sont toujours prises à des sphères de représentation plus élevées que les lieux de concertations comme celui-ci, et c'est la responsabilité des politiques de prendre des décisions selon le principe de notre démocratie.

**Question 16 :** Le Plan Opérationnel du PSSI pointe un constat du terrain relatif à une pénurie des acteurs du social-santé. Quelles actions le Collège prévoit pour revoir l'attractivité du métier du secteur afin de pouvoir avoir les actifs nécessaires pour mettre en place les actions prévues dans le Plan ?

**Réponse :** Une négociation/discussion des accords du non-marchand est en cours actuellement, pour le secteur de la Santé, la pénurie est due au manque de professionnels formés dans le domaine de la santé et cela ne relève pas des compétences de la COCOF. Une des solutions trouvées dans les hôpitaux était d'aller chercher dans d'autres pays, mais cela n'est pas une vraie solution car cela crée des dégâts dans les pays d'où proviennent ces professionnels.

**Question 17 :** Les services actifs en matière de toxicomanie travail avec des populations nomades (sans abris) et ce secteur n'arrive pas à se retrouver dans ce nouveau Plan, et notamment dans le GT territorialisation ?

**Réponse :** C'est justement tout l'enjeu de la mise en œuvre du GT territorialisation, qui va devoir discuter de tous types de public y compris les populations sans-abris, et proposer des adaptations de l'offre selon le type de public. Pour information, la mise en œuvre du PSSI débutera en 2023, parallèlement, le DOC sera adopté au courant de la même année, mais son application ne sera pas immédiate, mais se fera de façon progressive dans l'organisation de la 1<sup>ère</sup> ligne du Social-Santé. Durant cette phase, d'autres problématiques vont apparaître et il faudra à chaque fois les nommer et les faire remonter aux sphères de décisions afin de pouvoir avancer sur ce Plan.

**Question 18 :** actuellement le secteur ambulatoire est préservé de la logique managériale et du système libéral qui a été adopté dans les hôpitaux et qui a poussé beaucoup de professionnels à quitter les hôpitaux. Notre crainte est de retrouver cette logique managériale après l'application du PSSI et le mode de financement qu'il prévoit.

**Question 19 :** Le secteur de la Santé Mentale intervient à tous les niveaux territoriaux et ne travaille pas avec des publics localisés, et la question est : A quand un Plan Santé Mentale, avec toutes les spécificités du secteur ?

**Réponse :** Nous sommes dans une logique d'intégration des secteurs, et votre demande d'un Plan pour chaque secteur ne correspond pas à cette logique, mais la question peut être transmise au Cabinet.

Discussion autour du PSSI

Section SERVICES  
AMBULATOIRES

Question 3 :

Messieurs, bonjour

Nous nous permettons de revenir vers vous en vue des débats qui auront lieu dans le cadre du conseil consultatif Cocof de ce 16 juin concernant le plan opérationnel lié au PSSI.

Nous souhaitons tout d'abord souligner l'importance du travail accompli et la magnifique ambition du PSSI. Ensuite, nous souhaitons réaffirmer le souhait du Centre de prévention du suicide de poursuivre l'accomplissement de ses activités en faveur de tous les publics, et le cas échéant d'assumer de nouvelles missions régionales.

Nous constatons que la thématique du suicide n'est pas mentionnée en tant que telle dans le plan opérationnel. Contrairement à toute une série de thématiques spécifiques -ex la toxicomanie-. Nous proposons un complément au plan opérationnel actuel : l'ajout de la thématique de la prévention du suicide comme une action spécifique.

Nous avons bien noté que le plan de promotion de la santé 2017-2022 mentionne le suicide au point 6.3 Objectifs et priorités thématiques – Priorité 2. Soutenir les démarches de promotion de la santé mentale Point 3. Le paragraphe est très bref. Nous sollicitons que toutes les activités du CPS menées en faveur des personnes suicidaires et de leur entourage soient reconnues, agréées et soutenues dans le plan 2023-2027 en cours de finalisation. Nous nous tenons à la disposition des autorités et de l'administration le cas échéant.

N'hésitez pas à me contacter au préalable de la prochaine réunion du conseil consultatif si besoin. Merci de relayer de manière constructive et positive les préoccupations du CPS.

Bien cordialement,

Pierre Bourgeois et Dominique Nothomb

Président et Directrice du Centre de prévention du Suicide

**Discussion autour du PSSI****Question 2****Les représentants des travailleurs**

Projet d'avis sur le PSSI et l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatifs à l'adoption et mise en œuvre du PSSI.

Remarque : les documents nous ont été finalement transmis aux membres de la section ambulatoire le 18/05/2022 après plusieurs demandes insistantes auprès des membres du cabinet présents à la section.

**Préambule**

A l'élaboration du PSSI, 8 groupes de travail ont été mis en place, par les membres des cabinets, constitués d'experts choisis par ces derniers.

Les trois thématiques transversales : monoparentalité, inégalité de genre, promotion de la santé ont présidé ces axes transversaux pour alimenter les discussions et débats de ces 8 groupes.

Il est regrettable que les représentants des travailleurs n'aient pas été sollicités, à aucun moment, pour participer à ces réflexions et débats. Il nous semble, au contraire, que les représentants des travailleurs sont aussi et surtout les plus fins connaisseurs de leurs secteurs et de leurs réalités de terrain ; une expertise appréciable.

Il est bien entendu que le PSSI sort des cadres habituels, à savoir que les membres des cabinets ont choisi une autre procédure que celle appliquée habituellement.

C'est un pari !

Le banc syndical a, à maintes reprises, réitéré et questionné l'absence de ces représentants tout au long du processus de mise en place du PSSI.

Les membres du cabinet ont formulé comme unique réponse : « c'est un choix assumé ! ».

**Remarques générales sur le PSSI :**

Ce Plan Social Santé ne concerne pas tous les secteurs de l'ambulatoire, principalement les centres de médiation de dettes, les centres d'accueil téléphoniques, les espaces rencontres, les organismes de coordination et les organismes représentatifs et de coordination (y compris le CBCS).

L'élaboration et la mise en œuvre du PSSI va modifier l'organisation, les pratiques et les relations des professionnels, des employeurs, des organismes de coordination et de représentation mais aussi celles des bénéficiaires et de ce fait risque de « révolutionner » nos secteurs ambulatoires.

P4 : l'instance consultative à venir interroge la fonction consultative actuellement reconnue. Cette instance consultative intégrera-t-elle les mêmes catégories reprises actuellement dans les différents conseils consultatifs cocof et bicommunautaires ?

Nous remarquons que pour le PSSI tous les secteurs de l'ambulatoire sont de 1<sup>ère</sup> ligne.

Le référentiel du PSSI opérationnalise et organise, à la 1<sup>ère</sup> ligne, tous les secteurs concernés par la section ambulatoire.

### Axe 3

#### a. Développer une fonction 0.5

Manque de clarté, de précision. Quels sont les secteurs qui en bénéficieraient ?

#### d. développer une approche territoriale

##### i. groupements de quartiers p.48 : à clarifier

Organisation des groupements et des quartiers ?

Quel sera le rôle de chaque opérateur ?

Contrats locaux, quelles en seront les modalités entre partenaires ?

Les bassins ne rencontrent pas 2 catégories de population fragilisés, marginalisés à savoir, les personnes sans papiers (SMEX) et sans domicile fixe (SDF).

##### ii. le niveau communal p.49

Le CPAS assumant la coordination des plans d'actions sur son territoire, le texte n'identifie pas l'organisation et la collaboration, voir les modalités d'intervention, pour les différents acteurs.

##### iii. le bassin d'aide et de soins p.51

A préciser. Sujet à interprétation

### 2- Assurer la continuité des prises en charge

#### a. renforcer le travail en réseau p.51

Le renforcement des opérateurs qui rencontrent les principes développés dans le PSSI ?

Partages d'informations et de bonnes pratiques, à préciser.

#### d- définir et soutenir des trajets d'aide et de soin (p.51).

Paradoxe : ce projet se veut destigmatisant mais dans son organisation pour faciliter le travail multidisciplinaire soutient des partages « automatisés des données des patients ».

Les normes de collaborations : cela touche à la question déontologique du secret professionnel, de la vie privée du patient.

p.52 Quelles sont limites de la responsabilité partagée à l'égard d'un public et celle assumée individuellement à l'égard d'un bénéficiaire faisant partie du public ?

Question qui interroge la responsabilité individuelle d'un praticien et celle qui relève d'un champ d'intervention collectif.

### 5- Améliorer la santé mentale de la population (p.58)

#### a. renforcer et mieux coordonner l'offre de soins en santé mentale

p.59 Critères d'évaluation ne sont pas explicités !

### Axe 4 co-construire une politique social-santé intégrée (p.62)

Acteurs choisis par les membres du cabinet estimant que ces acteurs sont du terrain. Mais le terrain proprement dit n'a pas été sollicité pour élaborer cette politique social intégrée (notamment les représentants des travailleurs).

Quelles sont les rôles déterminants des politiques régionales en matière socio-sanitaire annoncés ?

Il reste encore de nombreux écueils qui doivent être discutés avec le terrain et les représentants des travailleurs avant que ce plan ne soit approuvé.

Nous ne pouvons pas soutenir ce plan alors que les mesures ne sont ni précisées ni budgétées.

Enfin, en tant que représentants des travailleurs, nous souhaitons être inclus dans le comité de pilotage.

Représentants des travailleurs

**Discussion autour du PSSI**

**Question 1 :**

Au nom de Télé-Accueil Bruxelles, nous vous transmettons une question globale concernant le PSSI.

Notre lecture nous laisse penser que le PSSI a différentes portes d'entrée centrées sur des services spécialisés (toxicomanie, obésité, handicap) dans lesquelles un service généraliste comme Télé-Accueil se retrouve difficilement.

Comment dès lors soutenir la possibilité d'avoir une porte d'entrée transversale et généraliste ?

Avec nos meilleures salutations,

Alain De Keuleneer et Pascal Kayaert

### **Note de la section hébergement à l'attention du Bureau du CCFB**

Lors de sa réunion du 23 juin 2022, la section hébergement a examiné, à la demande du Bureau du CCFB, le projet de décret et ordonnance conjoints relatif à la mise en œuvre du PSSI ainsi que son référentiel et le plan opérationnel.

En l'absence d'un représentant du Collège afin de présenter et de contextualiser le PSSI et étant donné le délai extrêmement court pour analyser les documents, la section se contentera de faire une série de remarques générales sur lesquelles il lui semble important de porter attention.

Tout d'abord, la section tient à souligner que ce plan a le mérite d'exister et que définir la vision à long terme de la politique social-santé à Bruxelles est une étape importante, elle relève cependant plusieurs points problématiques, d'inquiétude ou demandant des éclaircissements.

- La concertation actuelle a lieu alors que le plan est déjà écrit et approuvé en 1<sup>ère</sup> lecture, en tout cas au sein du Collège de la COCOF. La rédaction d'un tel plan sans inviter autour de la table des fédérations et acteurs clés de terrain est tout à fait dommageable et risque de nuire au soutien qu'un tel plan réfléchi et construit avec les secteurs mériterait. Il est nécessaire d'inclure l'ensemble des acteurs du social-santé dans la mise en œuvre du PSSI dont les corps intermédiaires ainsi que les représentants des usagers.
- Le PSSI ne s'intéresse qu'aux institutions bicommunautaires et de la COCOF, il ne peut pourtant pas oublier la Communauté française et la Vlaamse gemeenschap. Une articulation avec les autres entités fédérées et le fédéral doit être prévue pour assurer un plein déploiement du PSSI.
- Comment le PSSI prévoit-il de pérenniser les services et structures existantes aujourd'hui dans une transition vers un système territorialisé ? Quels liens seront faits avec des réglementations ou d'autres plans existant (cf. plus haut et les autres niveaux de pouvoir) ?
- La territorialisation peut être intéressante mais quid du libre choix du patient, il est essentiel de respecter son droit de choisir librement son praticien et la liberté thérapeutique.
- Les réalités des quartiers et des besoins de leur population sont multiples et complexes. Il semble donc irréaliste de transposer de quartier en quartier une offre de services social/santé standardisée sans tenir compte des spécificités de chacun dans son environnement.
- Le PSSI n'aborde pas la question des moyens. Il est nécessaire de budgéter et développer concrètement les mesures proposées.
- Le PSSI n'aborde pas la question des aidant-proches ni celle des professionnels alors que la santé de ces acteurs est intimement liée à celle des personnes accompagnées.

Pour finir, la section hébergement redemande avec insistance qu'un représentant du Collège puisse faire une présentation du PSSI lors de la réunion de septembre afin de le recontextualiser et de répondre aux questions des membres.

Pour la section hébergement du CCFB,

Christine Vanhessen

Présidente

## **Remarques de la section « aide et soins à domicile » du Conseil consultatif relatives au PSSI regroupées par thématique**

### **Social-santé**

- Peu de connexions entre le social et la santé.
- Dans le PSSI, l'élément social apparaît beaucoup plus que l'élément santé.

### **Aide à domicile**

- Qu'en est-il de la place des Services d'aide à domicile et des coordinations au milieu de 5 bassins et 47 quartiers ?
- La question du domicile n'a pas vraiment été traitée au sein du PSSI. Quid des connexions domicile-territoire-quartier-bassin de soins ?
- Les prestataires se trouvent déjà dans les quartiers. On travaille déjà à réduire le plus possible la distance à parcourir pour aller chez un bénéficiaire.
- Aide à domicile = on parle seulement d'une augmentation de contingent, c'est un peu pauvre. Il manque beaucoup d'autres services à créer pour offrir une vraie prise en charge des personnes en perte d'autonomie (par exemple : aidant numérique mobile, santé mentale mobile, etc.).
- Le Centre Familial de Bruxelles, Aide Familiale – Région Bruxelloise (Malibrant) et la CSàD sont 3 SAD ayant une action au niveau régional ET au niveau micro-territorial puisqu'au domicile de chaque bénéficiaire. La difficulté est d'articuler et d'exploiter judicieusement ces 2 niveaux d'action.

### **Soins à domicile**

- Quid de la problématique de la sortie des hôpitaux ?
- Lors de sorties d'hospitalisation, il faut parfois mettre en place des soins à domicile techniques et complexes. Les patients ont parfois peu de contacts et peu de prise avec leur quartier.
- Soins : on parle beaucoup de prévention et d'accompagnement. Cependant, la nomenclature ne rétribue pas correctement les infirmiers par rapport à ces aspects. La réalité aujourd'hui c'est qu'on court lors des actes infirmiers.

### **Publics et partenaires**

- Quelle est la place de la personne handicapée, des aidants proches et des bénéficiaires ?
- Quid de la place des mutuelles dans le PSSI + celle des CPAS et communes ?
- Quid de la place des maisons médicales ?

### **Divers**

- Alimentation = on précise qu'elle doit être durable, ok, mais ce serait bien aussi qu'il soit mentionné qu'elle soit accessible financièrement ;
- E-santé = peu de place laissée à l'informatisation, aux nouvelles technologies ;

- Informatisation : le PSSI est ambitieux sur le recueil d'infos et de données. La situation actuelle est loin de tout cela avec toujours beaucoup d'usage du papier.

### **Gouvernance et priorisations**

- Pas de phasage. Quelles sont les priorités pour débiter tout cela ?
- Si les 5 bassins de soins sont gérés par 5 asbl différentes, comment cela va-t-il être coordonné ? Comment cela va-t-il être gouverné ? Cela renvoie à la question du lead : qui va le prendre ?
- Plan encore très « siloté » (travail en silo plutôt que travail collaboratif).
- Accessibilité des structures : il faudra passer par la gouvernance inter-bassins pour se faire connaître. Quand on est une structure régionale, comment se faire connaître facilement par les 5 bassins ?
- Si un service n'existe pas dans un bassin, il est cohérent de le créer.

### **Mise en œuvre**

- Actions : la majorité est en priorité 1. Sens ? Le timing semble court également.
- Budget : quels moyens alloués ? Ne faudra-t-il pas faire des arbitrages en fonctions des moyens ?
- On parle de co-construction au fur et à mesure du processus. Cela pose question par rapport au bénéficiaire et cela nous inquiète un peu.

### **Evaluation**

- Quelle est la plus-value de la logique territoriale pour le bénéficiaire ? Comment le système va-t-il être évalué ? Y aura-t-il des critères d'évaluation ?

### **Risque**

- Il y a un réel risque de conflits d'intérêts car des personnes se retrouvent à différents niveaux. Il est important de rester vigilant par rapport à cela et de prendre des mesures par rapport à ces conflits d'intérêts au sein du décret et de l'ordonnance et conjoints.

NOTE GIBBIS

09.06.2022

## PLAN SOCIAL INTEGRE BRUXELLOIS (PSSI)

---

GIBBIS a pu prendre connaissance du Plan social intégré bruxellois (PSSI) et souhaite faire part de ses observations. C'est l'objet de la présente note.

A titre préliminaire, GIBBIS souhaite indiquer qu'il soutient les principes défendus par le PSSI et entend être un acteur coopérant pour garantir le soutien qu'un tel plan réfléchi et construit avec le secteur mérite.

Définir la vision à long terme de la politique social-santé à Bruxelles est une étape importante. La volonté de répondre aux besoins essentiels de toute personne vivant à Bruxelles en tenant compte des besoins locaux est partagée par GIBBIS.

Si les principes défendus dans le PSSI doivent être défendus, il nous semble néanmoins que les propositions formulées pour l'appliquer concrètement nécessitent quelques observations. C'est dans cet esprit, qui se veut collaboratif, que GIBBIS formule ses remarques dans la présente note.

### Messages clés

#### Considérations générales

- GIBBIS, fédération multisectorielle très concernée par le contenu du PSSI, regrette de n'être consultée qu'une fois le plan écrit. GIBBIS souhaite être inclu dans le Comité de pilotage.
- GIBBIS entend les constats formulés par le Cabinet qui justifient la mise en place d'un tel Plan. Les principes défendus par le PSSI sont louables et doivent être soutenus
- De nombreux écueils sont encore présents dans le PSSI et doivent être discutés avec le secteur avant que le Plan ne soit approuvé
- Il est nécessaire de budgéter et développer concrètement les mesures proposées. Nous ne pouvons pas approuver le référentiel et le Plan opérationnel tant que les mesures ne sont pas précisées
- L'ambition du PSSI devrait être plus large pour maintenir et développer l'expertise de soins bruxelloise mise à disposition de tous les belges, qui profite aux habitants (y compris invisibles) bruxellois ainsi qu'à l'emploi et aux activités économiques de la Région. Le PSSI est trop centré sur la seule population bruxelloise et les institutions COCOM / COCOF. L'offre de soins, notamment académique, relevant des communautés française et flamande ne peut être ignorée.

- De nombreux aspects du PSSI touche également à des compétences fédérales. Une concertation doit être organisée.
- Enfin il est nécessaire de renforcer également les structures existantes et de les adapter aux besoins, ainsi que de rendre structurels les projets pilotes et/ou les alternatives proposées (Services de santé mentale / Centre de jour /équipe palliative de 2<sup>nd</sup>e ligne)

### **Considérations spécifiques**

- Le PSSI doit évoquer les questions aiguës d'attractivité de certaines professions de santé à Bruxelles, les questions de mobilité des travailleurs de la santé, les questions liées au manque d'organismes de formation permanente.
- Le PSSI ne traite pas des personnes handicapées alors que ce secteur a besoin d'être soutenu.

### *Hôpitaux*

- L'offre hospitalière est une offre de soins spécialisée qui ne doit pas être incluse dans une approche territoriale. L'offre hospitalière doit être analysée dans son ensemble au niveau de la région, en tenant compte de l'offre apportée par chaque réseau hospitalier, dont le hinterland dépasse même les frontières de la Région.
- Il est essentiel de respecter le droit du patient de choisir librement son praticien et de la liberté thérapeutique.
- La liste des besoins prioritaires hospitaliers doit être complétée par l'innovation médicale, le développement de l'hôpital de jour et la cybersécurité.

### *L'aide et le soins pour les personnes âgées*

- L'encadrement des maisons de repos en personnel doit être renforcé (avec des moyens supplémentaires).
- Pour stimuler les alternatives à la maison de repos, il faut assouplir les règles législatives existantes (architecture, fonctionnement et financement), au travers de projets-pilotes.

### *Santé mentale*

- A côté du développement de l'offre ambulatoire en santé mentale, qui nécessite un renforcement, le PSSI devrait également rappeler le rôle essentiel de l'hôpital psychiatrique.
- Une attention doit également être portée à l'augmentation nécessaire de l'offre pour les patients double diagnostic.
- Le PSSI relève à juste titre la nécessité de revoir les normes d'encadrement pour les mises en observations : il faudra voir comment il peut y contribuer, ainsi que renforcer les urgences psychiatriques des hôpitaux
- Le PSSI devrait pousser à la création en priorité d'un dispositif d'orientation régional en santé mentale afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins.
- Le PSSI devrait traiter également de la question du suicide et de la prévention à mettre en place dans le cadre de celui-ci ;

## 1. Méthodologie

GIBBIS regrette tout d’abord profondément ne pas avoir été impliqué plus tôt dans la réflexion et la rédaction du plan malgré ses demandes répétées<sup>1</sup>. La concertation actuelle a lieu alors que le plan est déjà écrit et semble déjà avoir été approuvé en 1<sup>ère</sup> lecture, en tout cas au sein du Collège de la COCOF. C’est tout à fait dommageable.

La rédaction d’un tel plan sans inviter autour de la table notre fédération multisectorielle très concernée par le contenu de ce plan est regrettable et risque de nuire au soutien qu’un tel plan réfléchi et construit avec le secteur mériterait. A noter qu’aucun GT du PSSI n’a été organisé avec le secteur hospitalier.

Si GIBBIS peut soutenir l’approche générale défendue par le Plan, de nombreux écueils sont encore présents et doivent être soulignés et réparés.

La concertation avec le secteur hospitalier psychiatrique pour la partie concernant l’amélioration de la santé mentale de la population a été quasi inexistante. La concertation avec le secteur hospitalier dans son ensemble a été très limitée et n’a pas permis une réflexion globale dans le cadre du Plan en projet. Seules quelques réunions informelles relatives à la réforme sur les normes d’agrément (un pan du plan opérationnel) ont été organisées.

Ainsi, en parallèle de l’avancée du projet d’ordonnance, il nous semble que le référentiel et le plan opérationnel doivent être rediscutés avec le secteur avant de pouvoir être approuvés par les Collèges. Une discussion tant sur les principes que sur les mesures concrètes doit être organisée. Il sera également important de pouvoir budgéter les mesures proposées.

## 2. Contexte

Au-delà des observations que nous pouvons relever concernant la méthodologie, il nous semble également important de s’attarder sur le contexte autour de ce PSSI.

Le PSSI ne s’intéresse qu’aux institutions bicommunautaires et de la COCOF, et ne peut pourtant pas oublier la Communauté française et la Vlaamse gemeenschap pour les trois hôpitaux académiques et les institutions et services sociaux et de soins de la Communauté flamande à Bruxelles.

De plus, le PSSI est très centré sur Bruxelles, et aurait dû citer pour la détermination de l’offre, la proportion importante de non-Bruxellois qui ont recours aux services de santé à Bruxelles.

Comme cela est bien relevé dans le référentiel, la population bruxelloise va bien au-delà de la population domiciliée à Bruxelles. C’est d’autant plus vrai en ce qui concerne la patientèle des professionnels et institutions bruxellois. Pour les hôpitaux situés à Bruxelles, plus d’un tiers de leur patientèle n’est pas domiciliée à Bruxelles<sup>2</sup>. Ceci s’explique notamment par la compétence spécifique de nos hôpitaux qui répond à un besoin qui s’étend bien au-delà de la population bruxelloise. Bruxelles doit être fière de cette expertise - également importante pour l’emploi et les activités économiques à Bruxelles - et nous regrettons que ces éléments ne se retrouvent pas dans le PSSI qui n’est centré que sur la population bruxelloise. Cela nous paraît une erreur fondamentale pour le

---

<sup>1</sup> Demandes notamment formulées suite à la publication des rapports des GT du PSSI de mai 2021, qui ne faisaient par ailleurs nullement mention d’une réflexion au niveau hospitalier.

<sup>2</sup> Selon l’Observatoire de la santé, 35,6% des admissions hospitalières classiques concernent des patients non domiciliés à Bruxelles. Ce chiffre monte à 37,6% pour les hospitalisations de jour. (Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2018)

développement de nos institutions de soins bruxelloises, sachant que l'expertise développée pour une population plus large que celle de la Région bénéficie bien évidemment en premier lieu aux bruxellois(es).

La rédaction d'un tel plan ne peut intégrer le secteur hospitalier sans tenir compte de cette dimension. Ainsi, au-delà de l'harmonisation prévue entre la COCOF et la COCOM, une modification des normes hospitalières à Bruxelles ne peut se faire sans une concertation avec les entités compétentes pour l'ensemble des hôpitaux situés à Bruxelles, à savoir également la FWB et la CF, d'autant plus que les 3 (en non 2 comme mentionnés dans le référentiel !) réseaux hospitaliers bruxellois relèvent de plusieurs entités compétentes. Il faut ainsi tenir compte de l'existence de ces réseaux cliniques hospitaliers transrégionaux pour déterminer les orientations de la politique hospitalière.

Par ailleurs, le lien avec le fédéral est extrêmement important et ne peut pas être négligé dans le cadre de la mise en place du PSSI. De nombreux aspects du PSSI touchent également à des compétences fédérales et il sera important de garantir que les institutions ne se retrouvent pas au milieu de mesures contradictoires. Nous relevons par exemple que le trajet de soins péri et postnatal (mesure 29 PlanOp) est déjà en cours de réflexion à l'Inami.

### 3. Projet d'ordonnance

GIBBIS entend les constats formulés par le Cabinet qui justifient la mise en place d'un tel Plan. La situation bruxelloise est complexe et la crise Covid a certainement mis en exergue des difficultés bruxelloises à relever pour offrir à toute la population un accès à des soins de santé de qualité. Les principes défendus par le PSSI sont donc louables et doivent être soutenus.

Néanmoins, GIBBIS aurait souhaité que les problèmes concrets - concernant l'offre de soins et sa répartition sur le territoire - auxquels le PSSI souhaite apporter une réponse soient identifiés préalablement afin de garantir que les mesures prises soient nécessaires. Nous nous posons la question plus particulièrement en ce qui concerne l'offre de soins apportée par des institutions de soins comme par exemple les hôpitaux ou les maisons de repos. Quels sont les besoins qui ne trouvent pas de réponse dans la répartition de l'offre actuelle ?

Par ailleurs, le projet d'ordonnance fixe une gouvernance spécifique pour la mise en place et le suivi du PSSI. Il nous semble que GIBBIS, fédération d'institutions bicommunautaires, francophones et flamandes à Bruxelles, et également structure de coordination hospitalière agréée par la COCOM et pouvant faire le lien avec la matière hospitalière traitée au fédéral, aurait toute sa place dans le Comité de pilotage.

### 4. Observations relatives au référentiel

#### 4.1. Quelques questions préalables

- Quel est le lien avec le Plan social bruxellois ?
- Les mesures sont listées sans ordre de priorité, et ne sont pas chiffrées. Y a-t-il un budget pour financer chaque mesure et à combien s'élève t-il ?
- Le contrat de gestion d'Iriscare, qui se termine fin 2023, sera-t-il adapté suite au PSSI ? Le contrat suivant devra t-il s'aligner sur le PSSI ?

Par ailleurs, le PSSI ne pourra pas être une réussite sans avoir les travailleurs avec les compétences nécessaires. Or le PSSI ne parle pas des questions aiguës d'attractivité de certaines professions de santé à Bruxelles (infirmière, logopède, médecin psychiatre dans les structures non hospitalières, etc...), des questions de mobilité à Bruxelles pour les travailleurs de la santé, ni du manque d'organismes de formation permanente surtout en néerlandais.

#### **4.2. Observations spécifiques**

Le PSSI contient une série de mesures que nous approuvons<sup>3</sup>, d'autres sur lesquelles nous reviendrons ci-après pour proposer de les adapter, et enfin le PSSI omet de traiter de certains sujets importants que nous mentionnons ci-dessous.

Nous souhaitons également mentionner qu'il est essentiel de prévoir, comme c'est le cas dans le PSSI, que les habitants restent libres de faire appel au professionnel ou institution qu'ils souhaitent. Il est important de ne pas aller vers un échelonnement de l'offre de soins qui irait à l'encontre du droit du patient de choisir librement son praticien et de la liberté thérapeutique.

##### Organiser l'offre d'aide et de soins sur une base territoriale

*(PSSI référentiel pp.45 et suivantes)*

Il faudrait tout d'abord définir à quel niveau (quartier ? bassin d'aide et de soins ? région ?) on situe les différents services et institutions de soins et identifier les territoires où sont les besoins. Le référentiel n'est pas clair sur ce point.

GIBBIS considère par exemple que l'offre hospitalière est une offre de soins spécialisée qui s'analyse au niveau régional en tenant compte de l'offre apportée par chaque réseau hospitalier, dont les réseaux transrégionaux. Le référentiel fait d'ailleurs état de cette nécessité de développer les collaborations dans le cadre des réseaux hospitaliers (p. 53 du référentiel). Le constat selon lequel certains bénéficiaires doivent parcourir de longues distances (ce qui est très relatif dans la petite région de Bruxelles-Capitale très bien desservie en mobilité) pour accéder à un service n'est pas pertinent pour les soins hospitaliers qui nécessitent une certaine concentration pour garantir la qualité et l'efficacité de la prise en charge. Le transport entre les sites hospitaliers ne doit pas représenter un obstacle à l'accès à ces services.

En ce qui concerne les maisons de repos, l'analyse de l'offre devrait se faire au niveau des bassins de soins. Un raisonnement identique est à tenir pour les IHP et MSP.

Par ailleurs, mieux équilibrer l'offre sur le territoire ne doit pas entraîner une démultiplication de celle-ci. L'offre à Bruxelles est abondante mais n'est en effet pas toujours bien répertoriée ni connue. Les usagers ont souvent la possibilité de se déplacer dans Bruxelles pour accéder à l'offre de leur choix. Si l'habitant trouve plus vite son chemin vers l'hôpital, c'est parce que l'hôpital offre un service 24/24 toute l'année, que les urgences sont accessibles financièrement, et qu'on y trouve même souvent un poste de généralistes de garde. Ce dernier point doit être développé dans le cadre d'une meilleure collaboration entre la première ligne et l'hôpital.

Par exemple pour les services de santé mentale, il faudrait commencer par organiser une collecte structurée des données en vue de répartir l'offre.

---

<sup>3</sup> Nous pouvons citer l'exemple du développement des structures alternatives pour les personnes âgées ou encore l'augmentation des places en IHP et MSP.

## Plan stratégique régional de l'offre de soins hospitalière

*(PSSI référentiel p.54)*

Le PSSI fait état de trois axes de transformation qui sont à privilégier en matière de politique hospitalière (p. 53 du référentiel). La partie sur l'infrastructure est un 4<sup>ème</sup> axe à ajouter.

Le PSSI a pour objectif de définir les services minimums que chaque site, hôpital ou réseau doit offrir. Comme expliqué ci-dessus, nous considérons que cette analyse ne doit pas se faire au niveau du bassin de soins, mais bien au niveau régional en tenant compte de l'existence des réseaux hospitaliers constitués. L'autorité fédérale est en train de réglementer la classification des différentes missions de soins et revoit plusieurs éléments de la programmation hospitalière. C'est principalement à cet échelon là que les autorités compétentes pour les hôpitaux bruxellois doivent défendre les besoins de Bruxelles. A cet égard, il est utile de rappeler que la programmation est restée une compétence fédérale.

Nous pensons que c'est ensuite via l'autorité d'agrément qu'une bonne répartition de l'offre de soins hospitalière doit être effectuée sur la région.

De nombreuses remarques ont déjà été formulées suite à un groupe de travail du Conseil consultatif et devraient être prises en compte (voir PV de ces réunions en annexe).

## Les besoins hospitaliers

*(PSSI référentiel p.55)*

GIBBIS se réjouit que l'amélioration de la performance énergétique des bâtiments soit citée comme investissement prioritaire car elle génèrera des bienfaits sur la santé et d'importantes économies de fonctionnement. Néanmoins, une telle avancée nécessite d'être correctement financé ce qui n'est pas encore prévu.

Par ailleurs, d'autres besoins sont également prioritaires et doivent être repris dans la liste identifiée dans le référentiel. Il s'agit par exemple de l'innovation médicale, du développement de l'hôpital de jour ou encore de la cybersécurité.

De plus, si un focus doit être mis sur les freins à lever pour limiter la pénurie du personnel hospitalier et le fidéliser, il est également important d'anticiper la future organisation des soins et d'identifier comment continuer à garantir des soins de qualité dans un cadre de pénurie de personnel qualifié.

Enfin, au-delà de la clarification des besoins hospitaliers qui feront l'objet d'investissements prioritaires, il est également urgent de clarifier la mise en place du nouveau système de financement des investissements et de garantir l'existence des budgets nécessaires.

## Maintien des personnes âgées le plus longtemps possible à domicile et rôle des maisons de repos

*(PSSI référentiel pp.55-58)*

Maintenir les personnes âgées à domicile ne doit pas être la seule finalité de l'accompagnement de ces personnes. L'étude de 2018 sur le Protocole 3 conclut d'ailleurs que le maintien à domicile ne doit pas être un objectif de santé publique en soi et qu'il faut soutenir le projet de vie de la personne âgée fragilisée, indépendamment du lieu de résidence. De plus, ce maintien a ses limites, tant financières qu'en terme de qualité des soins et de l'accompagnement. Les maisons de repos resteront donc toujours fort utiles : leur encadrement en personnel doit être renforcé (avec des moyens supplémentaires) pour faire face à l'alourdissement des soins. Par ailleurs, pour

véritablement stimuler les alternatives à la maison de repos, il faut assouplir les règles législatives existantes (architecture, fonctionnement et financement), au travers de projets-pilotes. Cela devrait se retrouver dans le plan opérationnel du PSSI.

#### En matière de santé mentale

*(PSSI référentiel pp. 58-61)*

L'hébergement des personnes âgées souffrant d'un trouble psychiatrique n'est pas abordé.

Le PSSI ne mentionne pas suffisamment le rôle essentiel de l'hôpital psychiatrique. Ce point devrait être développé.

Il faut aussi augmenter l'offre pour les patients double diagnostic, que ce soit à l'hôpital et en service résidentiel. Le PSSI relève à juste titre la nécessité de revoir les normes d'encadrement pour les mises en observations, mais comment peut-il y contribuer, ainsi que renforcer les urgences psychiatriques des hôpitaux ?

La question du refinancement des psychiatres dans les services hors hôpitaux et équipes mobiles pour renforcer l'attractivité devrait être abordée.

Il faudrait également définir une programmation de l'offre en corrélation avec les besoins à évaluer

Ainsi, pour développer une stratégie pré- et postnatalité (PlanOp n°29), le PSSI propose de réunir les différents acteurs institutionnels et opérationnels afin de construire, ensemble, un plan périnatalité bruxellois. Il est important d'y associer les acteurs de la santé mentale.

Enfin cela fait des années que le secteur de la santé mentale bruxellois demande de créer en priorité un dispositif d'orientation régional en santé mentale afin d'améliorer l'accessibilité et la continuité des soins. Son but est d'orienter les patients, leurs proches et les professionnels. Le PSSI n'en parle pas.

#### Personnes handicapées

Le PSSI ne traite pas des personnes handicapées alors que ce secteur a besoin d'être soutenu.

### **5. Quelques observations et questions spécifiques relatives au plan opérationnel**

#### Améliorer la qualité de l'information et de la communication

Le PSSI veut mieux faire connaître l'offre, notamment par des campagnes de communication autour de la première ligne d'aide et de soins et le rôle du médecin généraliste (PlanOp n°46) : la question est aussi de savoir si la programmation de certains services est suffisante pour répondre à la demande et aux besoins.

Le PSSI propose de mettre à disposition de chaque quartier un outil d'information sur l'offre social santé du quartier après avoir établi et affiné le relevé des services existants social-santé sur le territoire (base de Bruxelles social) (PlanOp n°48) : faire attention à la visibilité des services organisés au niveau régional et du quartier (107 infanto-juvénile, subsides facultatifs de projets par Iriscare, CCSSD, SSM,...)

### Soutenir et développer la fonction d'accueil

Le PSSI propose d'améliorer l'accueil et la multidisciplinarité en première ligne de soins via les dispositifs de soutien à la pratique multidisciplinaire de groupe (PlanOp n°64) : quelle différence avec les services multi (spécialisé ou de 2ème ligne) existants ? quels sont les services agréés de 1<sup>ère</sup> ligne ? comment envisage-t-on la collaboration avec les services agréés de 2ème ligne ?

### Aide et soins aux personnes sans logement ou mal logées et prévention de la perte de logement

La volonté est de faciliter l'accès de personnes âgées sans abri aux maisons de repos (moyennant la sensibilisation et le soutien des équipes des maisons de repos) (PlanOp n°105) : il faut faire attention au syndrome de vieillissement précoce (public plus proche d'un profil O/A malgré la fragilité, différence de population, problématique de santé mentale, difficulté de cohabitation avec le public de la maison de repos,...).

Par ailleurs, pour faciliter l'orientation et l'accueil de personnes sans abri sortant de l'hôpital et nécessitant des soins infirmiers (PlanOp n°106), il faut une approche intégrée depuis l'hospitalisation par un projet de réintégration en accord avec la personne vulnérable. Il faut également noter que ces personnes ne nécessitent pas que des soins infirmiers !

### Atteindre les populations les plus éloignées des droits et des services

Il faut porter une attention particulière aux enfants et adolescents vivant dans une situation de pauvreté au sein des différents services social-santé(PlanOp n°136), sachant qu'ils pourront faire appel à ces services, y compris en santé mentale.

### Renforcer le travail en réseau

(PlanOp n°159 à 163)

Le point 2a du référentiel mentionne la révision de la réglementation, des modalités de fonctionnement et d'organisation des acteurs afin de remplir ces missions. Cela ne se retrouve pas vraiment dans le PlanOp.

Le PSSI propose de réformer la coordination multidisciplinaire autour du patient (PlanOp n°161) : ne confond-t-on pas la coordination reprise dans le décret relatif aux CCSSD et la concertation multidisciplinaire transférée dans le cadre de la VIème réforme de l'Etat ?

La volonté d'introduire des normes de collaboration entre première ligne et l'hôpital et des indicateurs de transmissions automatiques de données patients (PlanOp n°162) a du sens. Néanmoins, pourquoi ne penser cette échange d'information qu'avec l'hôpital ?

Adopter et assurer le suivi le contrat de gestion Brusano (PlanOp n°163) : à quel niveau d'intervention se situe Brusano ? opérationnel ? soutien ? macro ?

### Assurer le continuum de l'aide et du soin pour les personnes âgées :

Renforcer les capacités de prise en charge à domicile par des services agréés (PlanOp n°182) : le renforcement ne passe pas seulement par une augmentation du nombre d'heures financées, mais aussi par le renforcement des compétences des travailleurs dont les heures de formation ou de participation à des interventions ne sont pas financées.

Il faut aussi rappeler l'existence de services comme Dionysos financé par Iriscare, qui rejoignent l'objectif d'impliquer la personne âgée en tant que partenaire à part entière dans les décisions relatives à son trajet de soins.

Soins palliatifs :

Renforcer les compétences en soins palliatifs des acteurs de première ligne via des informations et des formations (PlanOp n°187) : il s'agit plus d'une question de financement que d'information et de formation ; par ailleurs, des équipes de 2<sup>ème</sup> ligne font du travail de 1<sup>ère</sup> ligne par manque de mobilité et de disponibilité de la 1<sup>ère</sup> ligne ;

Agréer une troisième équipe palliative de deuxième ligne (PlanOp n°188) : il faudrait plutôt mieux financer les équipes existantes

Offre de soins en santé mentale :

Renforcer et mieux coordonner l'offre de soins en santé mentale (PlanOp n°190 et suivants) : ne faut-il pas également renforcer les structures existantes (services de santé mentale,...) ?

Soutenir le développement des réseaux adultes « Brumenta » et enfants « Bru-stars » : Inscrire nos actions en matière de santé mentale pour les enfants, adolescents, et adultes dans le cadre des réseaux Brumenta et Bru-stars (PlanOp n°198) : quelles sont ces actions ? quid du 107 personnes âgées ?

Structurer le recueil de données

Introduire le monitoring de la consommation de l'aide et des soins au sein des structures agréées, y intégrer des indicateurs d'accessibilité dans le cadre de la mise en œuvre du décret et ordonnance conjoints ambulatoire/première ligne (PlanOp n°219) : il faudra pour cela structurer la collecte des données, notamment par le DPI .

**6. Projet d'arrêté sur les normes d'agrément hospitalières**

Le plan opérationnel prévoit de revoir les normes d'agrément des hôpitaux sur toute une série de points pour être en phase avec le PSSI.

Le PV annexé des réunions du GT du Conseil consultatif qui s'est réuni à ce sujet reprend un certain nombre de remarques.

A ce stade, il nous semble que ce projet d'arrêté devrait se concentrer sur la stratégie qualité – sécurité des institutions hospitalières.

Nous souhaitons insister sur les éléments suivants :

**1. Le financement :**

- L'arrêté apporte une surcharge administrative non négligeable pour les hôpitaux sans que la plus-value au regard de l'offre de soins soit directement démontrée. Cette surcharge administrative entraîne un surcoût qui doit être pris en compte. Le service social aura également un rôle plus important à jouer, ce qui justifie la nécessité de prévoir le financement adéquat.
- Le respect des différentes normes entraînera un investissement non négligeable en logiciel notamment : collaboration avec la première ligne, communication des données, récolte des données et suivi des indicateurs, etc. Un financement adéquat devra être prévu. De même, un financement doit être prévu pour les normes liées à la durabilité afin de prévoir la mise en place d'un audit.

## 2. Collaboration avec la 1ère ligne ou autre instance

Il faudrait tout d'abord définir ce que l'on considère comme un service de 1<sup>ère</sup> ligne et un service de seconde ligne.

Nous pouvons soutenir la nécessité de développer les collaborations entre les différents professionnels. Néanmoins, cela nécessitera un temps du service social plus important et une surcharge administrative également pour les professionnels.

Si la collaboration peut être développée, les délais qui sont proposés dans le projet d'arrêté sont intenables. Aucune communication ne peut être prévue le jour-même. Il faut prévoir un délai de max 1 semaine pour 80% des documents par exemple.

De même, une communication quotidienne des places disponibles (pour les lits psychiatriques) représente une charge de travail élevée sans plus-value et devrait être supprimée.

## 3. Création de conseils supplémentaires

Nous nous opposons à l'idée d'améliorer la qualité de l'offre de soins en créant des organes supplémentaires. Les rôles attribués aux conseil infirmier et au conseil du réseau ne sont pas clairs. Nous nous référons aux remarques déjà formulées pour justifier notre souhait de supprimer la création de ces deux conseils dans les nouvelles normes.

Nous pouvons accepter la création d'un conseil qualité qui prévoit la représentation de tous les professionnels.

## 4. Les indicateurs

Nous sommes convaincus de l'utilité de mettre en place une stratégie qualité/sécurité au sein de chaque institution. Nous sommes prêts à collaborer pour la mise en place de ce système qui doit être bien réfléchi avant son institutionnalisation.

Quelques principes doivent néanmoins être respectés :

- Le principe de l'enregistrement only once : si les données sont déjà disponibles auprès d'une autorité, il est important d'aller les rechercher auprès de cette autorité sans demander à l'hôpital de les réenregistrer
- Le principe du respect des limites de compétence de la COCOM : les indicateurs relevés doivent être en lien avec les compétences de la COCOM pour garantir leur utilisation future (ex : les taux de suppléments).
- Le principe d'un enregistrement pour répondre à un objectif clair. Il est important de définir à l'avance pourquoi on récolte certaines données et à quelles fins (ex : le taux du staff qui vient en transport ou à vélo).

La récolte des indicateurs proposée va bien au-delà de la qualité et sécurité des soins donnés.

## 5. La déclaration d'admission

Le texte même de la déclaration d'admission qui est décidé au niveau fédéral ne doit pas être modifié. De plus, proposer au patient de cocher la langue dans laquelle il aimerait être soigné (avec un choix qui dépasse les langues de la Région) va créer une attente à laquelle l'hôpital aura du mal à répondre. Il serait préférable d'investir dans la formation du personnel.

## PSSI : analyse intermutualiste

### Les point forts du PSSI

---

- Nous saluons la démarche d'intégrer différents déterminants de la santé (même ceux qui relèvent d'une compétence régionale) pour mieux agir sur les inégalités sociales de santé (ex : environnement, logement, composante sociale, approche genrée)
- Même si la tuyauterie institutionnelle semble complexe pour déployer une vision politique commune sur les enjeux de santé, nous soutenons la volonté d'une perspective conjointe COCOF/COCOM/région pour une plus grande lisibilité et cohérence de la politique santé à Bruxelles (plan stratégique, réglementation conjointe)
- Le projet de structuration de la 1<sup>ère</sup> ligne présente plusieurs atouts :
  - Il tient compte des initiatives fédérales (107, P3, plan malade chronique) et dépasse les silos entre les acteurs (santé, social, mais aussi entre les acteurs de santé)
  - une approche locale et une coordination par bassin fait sens pour répondre aux besoins spécifiques de chaque bruxellois
  - la centralisation de certains acteurs-clés pour le monitoring et lisibilité de la 1<sup>ère</sup> ligne (observatoire, CDCS)

### Les remarques générales

---

- Il est nécessaire **d'inclure l'ensemble des acteurs du social-santé dans la mise en œuvre du PSSI** dont les corps intermédiaires ainsi que les représentants des usagers. En effet, il manque ces acteurs de la santé et du social dans les acteurs-clés. Les CPAS et les maisons médicales sont importants, mais il manque une série d'acteurs dont les organismes assureurs.
- Il faut une **approche holistique** et pas uniquement taillée sur les compétences des cabinets Trachte/Maron. Un levier important comme le handicap n'est, par exemple, pas inclus dans la réflexion.
- **Une articulation avec les autres entités fédérées et le fédéral** doit être prévue pour assurer un plein déploiement du PSSI (ex : ONE sur le plan périnatalité, violence obstétriques, racisme, discrimination, LGBTQ+). Au niveau de la simplification administrative ou de l'automatisation des droits, bcp de droits sociaux/santé sont d'autorité fédérale (ex : BIM).
 

**Il en va de même pour les entités compétentes à Bruxelles :** il est nécessaire de clarifier l'interaction et les synergies entre ce plan et les autres plans bruxellois existant ou à venir (ex : plan de lutte contre la pauvreté, plan *good food* 2.0, plan de lutte contre le racisme, plan soutien aux familles monoparentales, inclusion des personnes LGBTQ+).
- **Il manque un budget, un timing, une priorisation et des objectifs SMART.** Aucun budget n'est dédié à l'éventail de mesures présentées à part ce qui a circulé dans la presse à 7,5M en 2023, 10M en 2024 pour la structuration de la 1<sup>ère</sup> ligne. A cet égard, les lignes budgétaires entre ce qui est déjà budgété et les nouvelles mesures ne sont pas clairement identifiés. (santé mentale, vieillissement, e-santé)
- **Gouvernance (Comité de pilotage).** il faut assurer une coordination avec les autres instances consultatives (COCOF, COCOM, etc.) pour bien articuler le travail du CP et le retour sectoriel de chaque niveau de pouvoir. La composition de l'instance d'avis du CP doit tenir compte de ce paramètre.

## Plus spécifiquement

---

- **Sur le modèle territorial de la première ligne**, l'approche *bottom-up* doit être cadrée (via la définition d'objectifs globaux) & assortie d'une approche *evidence-based* (qualitative et quantitative). La consultation citoyenne doit s'entendre comme complémentaire à une approche *evidence-based* et à la prise en compte des besoins/demandes identifiés par les corps intermédiaires. Aussi, un organe de coordination des bassins de soins doit être identifié afin d'édicter un cadre d'action clair pour le terrain et un monitoring général des bassins (fixations d'objectifs généraux, monitoring et consolidation des résultats).
- Nous attirons l'attention sur la potentielle dérive d'intégrer une gestion budgétaire décentralisée au niveau des bassins et quartiers, ce qui peut biaiser tant la dynamique entre les acteurs ( et donc passer côté de l'objectif initial d'un renforcement de la collaboration entre ceux-ci) que la cohérence des objectifs de santé et actions déployées sur le terrain, et qu'il faudrait baliser.

Dans l'approche territorialisée de la première ligne tout particulièrement (mais aussi à d'autres niveaux), il faut veiller à une articulation efficace entre les SCR et Iriscare (santé mentale, secteurs d'aide et du soins à domicile) car cela constitue un réel défi, mais aussi un gage de succès du modèle.

- **L'accès aux droits** : il faut prendre en compte les obstacles de littératie en santé, physiques, financiers, géographiques,... à l'accès des services d'aides et de soins. Les OA ont un rôle à jouer à cet égard sur la lutte contre le non-recours via leurs actions de communication ciblée ou grand public (BIM, etc.) , d'éducation à la technologie,..
- **E-santé** :
  - Renforcer l'éducation à la technologie (littératie numérique) et mieux sensibiliser les personnes dans le respect de la vie privée. Il faut pouvoir garder un ancrage physique local pour les personnes plus fragiles numériquement.
  - L'E-Santé doit également permettre de **soutenir la collaboration interprofessionnelle**.
- **Santé mentale** :
  - Inclure la santé mentale dans les politiques intégrées de prévention et de médecine préventive
  - La santé mentale est très axée sur le bas seuil. Il faut aussi pouvoir prendre en compte les conséquences que le covid a eu sur les populations, dont les plus vulnérables (jeunes, issus des quartiers populaires, familles monoparentales etc.)
  - Il est nécessaire d' **inclure les politiques de revalidation**, qui ne sont pas mentionnées
  - Pour le public des sans-abris avec des problèmes psychologiques/psychiatriques, nous pensons qu'il faudrait **élargir l'accompagnement d'outreaching pour ce public**. Nous pensons aux SPADs, aux équipes mobiles de santé mentale et le tout en partenariat avec les AIS et le SLRB.
  - Les politiques de retour au travail qui entraînent des répercussions au niveau régional ( return to work coordinator) ne sont pas intégrées à la réflexion. Pourtant, c'est un levier important de santé & bien-être pour lequel le gouvernement bruxellois dispose de leviers d'actions dans la philosophie de *health in all policies* qui anime le PSSI.
- **Secteur personnes âgées** :
  - Développer **une dynamique, des modes de financement et des outils digitaux favorisant le passage d'un lieu de vie à l'autre** en toute sécurité pour le bénéficiaire et dans une dynamique de continuité et collaboration entre les différents acteurs (domicile et institutionnel, première ligne et deuxième ligne).
  - Au-delà pour **pouvoir garantir l'accès à un éventail de services**, il est important aussi de pouvoir développer, renforcer et financer ces (nouveaux) services ;
  - Inclure les centres d'accueil et de soins de jour dans ce continuum et les financer adéquatement.

## La place des OA

---

- Les OA, par la nature même de leurs missions, répondent pleinement à une série d'ambitions du PSSI.
- Dans le cadre des dernières crises que nous traversons (COVID-19, guerre en Ukraine), les OA ont également intensifié ces actions et ont innové pour s'adapter à ces nouveaux besoins. Nous pensons notamment aux objectifs suivants du PSSI:
  - **augmenter l'accessibilité aux droits et lutter contre le non-recours** sur les publics plus vulnérables ou à risque de précarité.
    - les familles monoparentales (public des conseillers en santé mutualistes en 2022),
    - atteindre les population éloignées (CHW)
    - soutien à domicile pour les 65+ (public des conseillers en santé mutualistes en 2021 et 2022)
  - **Renforcer des messages de santé publiques** pour réduire les risques environnementaux sur la santé
- On mentionne la volonté de structurer les **données sur la consommation soins/services** en occultant la place centrale des OA (IMA) dans cet exercice à levier pour alimenter la stratégie 1<sup>ère</sup> ligne. Les OA sont un partenaire essentiel dans le monitoring territorialisé
- Dans le soutien et développement de la fonction d'accueil, on ne fait pas mention des OA qui bénéficient également d'un **réseau dense d'agences sur le territoire bruxellois et qui assurent un accueil physique pour les personnes plus vulnérables numériquement (ex : 65+ ans).**

D'autres actions spécifiques pourraient aisément rentrer dans les missions de prévention & promotion de la santé des organismes assureurs, à savoir :

- déployer des **campagnes de prévention des assuétudes** dans une démarche de promotion de la santé et de prévention à l'attention du grand public
- Contribuer à l'élaboration du **plan périnatalité bruxellois** (actions de sensibilisation/information auprès du grand public). Les OA sont en contact avec des futures mamans à des moments-clés de leur grossesse (attestation de grossesse, accompagnement prénatal, inscription des enfants). Ces moments sont précieux pour des moments de sensibilisation personnalisée (droits du travail & allocations, interventions au niveau des prestations (kiné pré- & post-natal) risques environnementaux, alimentation, etc.)
- Contribuer à la **visibilité de la première ligne**, de l'outil régional de l'offre agréée (CDCS) et du médecin généraliste
- Contribuer à des actions d'information/sensibilisation vers les prestataires/citoyens dans la **semaine e-santé**
- Les OA sont un **maillon-clé entre l'hôpital et la première ligne** : services/réseaux autour du domicile & outil diagnostique via les données administrative.
- Lancer une campagne sur les aides existantes (**non take-up**) (statut BIM, APA, aides individuelles handicap, etc.) et assistance via les services sociaux.
- Assurer une visibilité de grilles tarifaires sur le transport non urgent & soutenir les affiliés en cas d'abus (service interne).

**Avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'adoption et à la mise en oeuvre du plan social santé intégré bruxellois**

Article 6 et 8

- Le comité de pilotage, garant de la mise en oeuvre du PSSI sera composé des cabinets ministériel, admin, Observatoire social-santé, et « des organisations expertes dans le domaine de la santé et du social permettront d'amener un apport du terrain dans les décisions à prendre. **Les organisations** visées sont notamment **Brusano et le CBCS**, qui ont un rôle reconnu sur base d'une ordonnance ou d'un décret ou des services piliers de promotion de la santé. Cela vise également les organisations plus spécialisées telles que **Bruss'help et le New Samu Social** pour les matières qui les concernent **ou encore des experts indépendants**. Il sera veillé au pluralisme de l'expertise.  
 (→ comment aller vous les choisir ? car la méthodo du PSSI nous a montré que vos oreilles étaient plus à l'écoute des experts émanant des fédérations d'employeurs, qu celle des RT, que vous ne reconnaissiez pas spécialement notre expertise en ce domaine, alors que nous sommes bien-souvent aux premières loge de beaucoup des enjeux d'actualité de l'ambulatoire bruxellois. Si nous n'en faisons pas partie, et d'autant plus si, comme ca a été le cas dans la méthod PSSI, les fédérations patronales sont d'avantage consultée : pas OK avec la création de ces mécanismes de concertations ad-hoc.).  
 ⇒ **Quid de ce rôle particulier octroyé à Brusano et New samu social ?**
- Les missions du CdP : de **directives d'opérationnalisation**, en l'organisation des étapes procédurales concernant la mise en oeuvre, **l'évaluation et la révision** du PSSI. Il a également pour mission de garantir la **bonne élaboration du Rapport** sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales de santé.

Article 9 et 10- création d'une instance d'avis ( ! )

- il est délégué aux Collèges la **mission de créer une instance d'avis** qui aura pour mission de conseiller le comité de pilotage.

Cette instance d'avis sera composée de **représentants d'acteurs de la politique social-santé bruxelloises**.

L'instance d'avis est composée des représentants des institutions et organisations suivantes:

- a) des **sections pertinentes des conseils consultatifs** ;
- b) les commissions techniques pertinentes **d'Iriscare** ;
- c) les groupes de travail visés à la section 2 ;

**Commenté [PVC1]:** BRUSANO est un service pluraliste et bicommunautaire de **coordination et d'appui** aux professionnels de la première ligne. Ce soutien concerne également les articulations avec tous les intervenants de la santé et du social. BRUSANO exerce les missions de plateforme de **soins palliatifs** à Bruxelles.

d) la **fédération des CPAS bruxellois** ; → partout ce rôle très prépondérant donné à la **fédé des CPAS**

e) des centres de recherches académiques ou universitaires désignés par les Collèges ;

En ce qui concerne **les sections des conseils consultatifs et les commissions techniques, seuls les sections dont le domaine est visé par le PSSI seront représentées.** (→ donc ambulatoire et soins domicile ?? Si pas, *Quid si détourne les conseils consultatifs ?* )

#### Article 12

- Contrairement au comité de pilotage et à l'instance d'avis, la création de groupes de travail est une faculté opérationnelle laissée aux Collèges. **Les groupes de travail pourront être chargés de thématiques transversales telles que par exemple l'approche territorialisée et la responsabilité populationnelle ou des thématiques plus spécifiques telles que par exemple l'accès aux droits** → *Comment être sur de ne pas être évincés de GT ad-hoc créée, sur des thématique où nous pouvons être par ailleurs légitime ? Attention, pas de souhait de travailler comme le faisait Maggie au fédéral : cré groupe ad-hoc, faisant fit des lieux de concertation existant.*

Dans la mesure où certaines sections des conseils consultatifs et certaines commissions techniques sont déjà représentatives de certains domaines du PSSI, les groupes de travail **pourront** être ces sections ou commissions techniques.

Mais c'est « Les Collèges qui fixent la composition et les modalités de fonctionnement des groupes de travail, après avis de l'Instance d'avis. Ils en désignent les membres ». **Donc le politique a en main la possibilité de créer des groupes ad-hoc qui by-pass les conseils consultatif. Et de choisir leur composition**

#### Article 13, 14

- L'intention du PSSI est de donner à l'Observatoire un rôle de coordination en matière de recueil de données et d'élaboration de tableaux de bord
- Le rapport sera élaboré **tous les trois ans**, ce qui correspond mieux au rythme effectif
- Le rapport comprendra un volet supplémentaire spécifique relatif aux inégalités sociales de santé.
- Le baromètre social annuel comprendra également désormais des indicateurs spécifiques relatifs aux inégalités sociales de santé.

**Ok, positif ! Car effectivement la pauvreté est criante sur bruxelles ! d'autant plus dans le chef de famille monoparentale, travailleurs précarisés, jeunes, etc (dont bcp sont elles-mêmes des travailleuses de la 332, 319, 319, ... dont les réalités de travail vont être influencées par la mise en place du PSSI**

#### Article 17 :

- Les Collèges organisent tous les trois ans une table ronde avec tous **les acteurs publics et privés concernés** en vue de **débattre des résultats obtenus** et des actions concertées à mener pour lutter contre la pauvreté et les inégalités sociales de santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. **Les Collèges élaborent une synthèse de cette table ronde** et

la transmettent aux Assemblées. (→ qui sera les acteurs publics et privés ? . ces résultats sont justes indicatifs, c'est ca ?

Article 19 à 22

- Des **services conjoints de support et d'accompagnement de seconde ligne** seront soutenus par les Collèges pour apporter **un appui et un accompagnement aux services socio-sanitaires de première ligne (parle de « centre de référence/ médecine préventive)**. . En effet, c'est à ce niveau, par exemple, que peuvent se réaliser le recueil et l'analyse des données, **la réflexion socio-politique**, la mise en place de formations adaptées ou la **réalisation de diagnostics**. Le soutien de telles structures conjointes, soutenues actuellement par la COCOF ou la COCOM sont indispensables en vue notamment d'améliorer la qualité des interventions de ces opérateurs et la qualité des services socio-sanitaires rendus à la population.

⇒ Concrètement, je ne comprends pas ce que vous visez : de qui parle t'on car vous dites que c'est des structures existantes ? D'autant plus important de bien comprendre vu que des choses clés, comme soutien à la réflexion socio-politique, réalisation de diagnostics social-santé vont être réalisées par ces structures.

- Les articles 20 à 21 détaillent le fonctionnement des programmes de médecine préventive (notamment des programmes de dépistage des cancers, de la tuberculose, de la vaccination). Pour ce faire, le présent texte prévoit la fixation de ces méthodes de prévention par les Collèges en vue de contribuer à éviter des affections ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une affection, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille.

Les service support ou d'accompagnement pertinents ou qui bénéficient d'un expertise en la matière sont étroitement associés au développement de ces programmes **(de médecine préventive ?)** en étroite collaboration avec les opérateurs en charge de la mise en oeuvre de ceux-ci. Un centre de référence centralisant ces divers programmes sera chargé d'assurer cette coordination et la mise en oeuvre de ceux-ci.

L'objectifs étant d'améliorer, à terme, la couverture de ces programme vers des publics plus vulnérables.

Article 22-25- évaluation et bonification du plan

- **Deux types d'évaluation du PSSI** sont prévues : une évaluation **plus approfondie (comportant une volet scientifique et un volet citoyen)** tous les **trois ans ou plus**, pouvant porter sur tout ou partie du PSSI et des **évaluations plus ciblées en fonction de besoins spécifiques identifiés**. Une évaluation spécifique est également prévue pour ce qui concerne le volet du PSSI relatif à la promotion de la santé.

(→ C'est donc à nouveau la technique u panel citoyen qui est utilisée pour les évaluation régulière. Vous « pérennisez » donc le rôle de ce panel) Trois remarques :

1) ca veut dire que c'est surtout le point de vue des bénéficiaires des structures de l'ambulatoire qu'on peut espérer capter de cette manière-là. Or pour que ces services fonctionnent, tiennent, remplissent leur objet social, il faut que les travailleurs tiennent

(ce qui est déjà tuchy aujourd'hui dans bcp de structures aujourd'hui) : quand ont-il leur mot à dire ?

2) Je ne suis pas sur de la pertinence du pannel citoyen pour ce type d'exercice : on le recommande quand les participants ont un « prise réelle concrète » sur la thématique : un budget substantiel disponible, l'assurance d'une traduction de leurs travaux en mesures concrètes. Ici, fort abstrait. Ce type de sujet décrédibilise le soutien des participant à la démocratie citoyenne.

3) quid de chaque fois résumer le « plus de démocratie » à plus de consultation citoyenne via un pannel et non à l'écoute également de la concertation sociale ? Méconnaissance de la réalité Belge et la richesse de son histoire. Et qualité de cet avis via pannee xtrêmement tributaire des moyens budgétaires des ministères pour les mettre en œuvre. Ce qui n'est pas assuré !

- L'évaluation approfondie est transmise aux Assemblées.
- Dès lors que le comité de pilotage est le garant de la bonne évaluation du PSSI, il lui revient d'organiser la mise en place, en collaboration avec l'instance d'avis, du panel citoyens. (→ Du coup, ceux qui ne sont pas dans l'instance d'avis ont aucun mot à dire sur la gouvernance structurelle de ce plan !)
- Le panel citoyens a non seulement pour vocation d'évaluer la mise en œuvre du PSSI mais également de formuler des propositions d'adaptation du PSSI. (→ a nouveau, les acteurs de la concertation sociale, n'auront eux, pas la possibilité de formuler des propositions d'adaptation du PSSI ! ) Il revient au comité de pilotage de remettre un rapport d'évaluation du PSSI aux Collèges. Ce rapport doit tenir compte du contenu de l'avis du panel citoyens et de l'analyse de l'Observatoire. Il est également donné la possibilité aux assemblées de formuler des recommandations aux Collèges sur la base du rapport qui leur sera transmis. Les propositions et analyses précitées ne sont pas contraignantes, mais le comité de pilotage et les Collèges doivent pouvoir motiver le fait de ne pas y donner suite.

Article 26- révision du référentiel et du plan politique (→ juste pour donner des propositions)

- L'article 26 organise la **révision du référentiel et/ou du plan opérationnel sur base de l'évaluation approfondie**. Comme déjà indiqué, le référentiel constitue le socle du PSSI et fixe un **cadre stable ainsi qu'une vision long terme de la vision politique sociale-santé** (→ **problématique donc que les RT n'ai pas pu plus s'exprimer dans ce processus, qui « détermine une vision de long terme de la vision POLITIQUE du social-santé à bxl»**) à Bruxelles. L'objectif est donc d'éviter une révision à répétition du référentiel tout en laissant la possibilité d'une révision ouverte en fonction de l'évolution de la politique sociale-santé. En raison du caractère politique de cette partie du PSSI, l'initiative de sa révision **est laissée uniquement au comité de pilotage (→ donc, au cabinet, Observatoire et admin : a acun moment du processus, sauf peut-être très légèrement via les instance d'avis quand celle-ci seront les conseil consultatif, possibilité pour les travailleurs de faire entendre leur voix)**. La décision de révision doit cependant nécessairement être concertée avec l'instance d'avis.

Article 27- révision du plan opérationnel

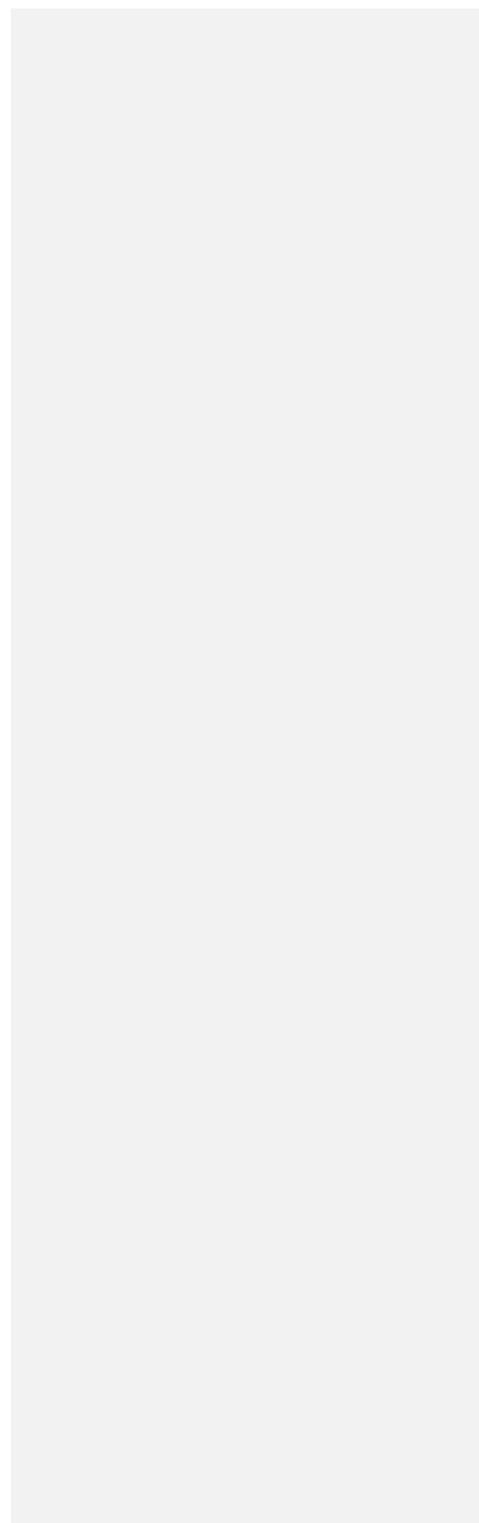
- Le Comité de pilotage peut également proposer aux Collèges **des révisions du plan opérationnel** sur base des évaluations spécifiques, après avis du ou des groupe(s) de travail concerné(s) et de l'Instance d'avis
- Il reviendra également au Comité de pilotage de proposer aux Collèges les révisions du volet Promotion de la santé du PSSI sur base de l'évaluation spécifique de celui-ci et sur proposition de l'instance de coordination de ce volet.

Article 28

Le présent décret ordonnance conjoints **ne précise pas les modalités techniques de révision du PSSI**. Il reviendra alors **aux Collèges de décider de la suite à donner aux propositions reçues**. Pour autant que cela s'avère nécessaire, les Collèges peuvent développer une procédure de révision. Il n'est mentionné ici que le cas de figure d'un désaccord éventuel entre les deux Collèges, auquel cas chaque Collège pourra *in fine* décider seul des révisions concernant ses compétences propres.

Article 29

Cet article prévoit l'abrogation de l'Ordonnance du 20 juillet 2006 relative à l'élaboration du rapport sur l'état de la pauvreté dans la Région de Bruxelles-Capitale, dont les articles sont repris dans le présent décret et ordonnance conjoints.



### **Questions et observations sur le PSSI du secteur assuétude**

Nous nous félicitons de la vision du PSSI qui consiste à réorganiser la santé sociale bruxelloise dans le but d'améliorer les prises en charge des personnes les plus précarisées. Cependant, à la lecture du référentiel et du projet d'ordonnance, plusieurs zones grises subsistent. Nous souhaitons par ce document pouvoir éclaircir celles-ci afin de pouvoir travailler sereinement ensemble au développement du plan. Le PSSI va changer de manière pérenne notre travail et l'organisation des acteurs entre eux, y compris après cette législature. L'intérêt de ces demandes d'éclaircissement consiste à s'assurer que ce cadre ne puisse pas être utilisé au détriment des travailleurs des institutions et des publics.

L'ensemble de nos réflexions est structurée en 6 points :

1. Diagnostic
2. Référentiel
3. Axes prioritaires
4. Actions du plan
5. Décret d'ordonnance
6. Remarques transversales
  - Budget
  - Gouvernance
  - Processus

#### **1. Diagnostic**

Il aurait été intéressant d'avoir un rapport des groupes de panel citoyen ainsi que des groupes thématiques afin de pouvoir affiner notre travail par secteur. Dommage que le diagnostic présenté dans ce plan se base uniquement sur des études alors que tout ce travail de concertation a été mis en place puisque c'est également sur base de celui-ci que le plan a été construit.

P73 référentiel PSSI (méthodologie de consultation) : Au total, il est écrit que : 469 Bruxellois ont été consultés en ligne ; 8 ateliers avec des associations locales ; 12 entretiens individuels ; panel de 41 bruxellois ont été consultés afin de sonder les attentes de la population.

- Pensez-vous que ce panel de citoyen soit suffisamment représentatif d'une population d'environ 1200000 habitants ?
- Concernant les consultations en ligne (panel= 469), il est communément établi que les populations qui répondent à ce type d'interpellation avec les outils numériques sont souvent des populations qui ont un certain niveau d'éducation, un certain niveau socio-économique... Est-ce bien l'avis de cette population que nous souhaitons recueillir alors qu'on tente d'élaborer un plan qui a pour ambition de répondre aux besoins des populations les plus fragilisées ?
- Est-il possible d'avoir accès aux profils socio-économique des participants à cette consultation ?

## 2. Principes structurants

### 1. Sur la promotion de la santé

Même si la Promotion de la Santé est ici considérée comme un référentiel, le PSSI est fort orienté vers l'aide et le soin alors que l'action sur les déterminants de la santé et l'empowerment des populations l'est beaucoup moins. Cela rejoint malheureusement un constat que nous pouvons voir dans les chiffres dans notre domaine (cnfr drogues en chiffres : seulement 2% du budget va à la prévention)

### 2. Sur l'intégration et le décroisement

Pouvez-vous décrire de manière précise comment allez-vous opérer *l'intégration et le décroisement* dont il est fait mention dans le référentiel du PSSI (p17) ?

- Quelle est votre vision ?
- Quelles sont les étapes prévues ?
- Qu'en est-il des spécificités sectorielles et populationnelles dans une optique d'intégration et de décroisement ?

### 3. Sur la responsabilité populationnelle

Qu'entend-on exactement par responsabilité populationnelle et plus précisément à la page 19 du PSSI la phrase : « *C'est l'ensemble des opérateurs sociosanitaires, au sens large, présents sur le territoire local qui doivent se sentir concernés par l'objectif d'amélioration de ce bien-être. À cet égard, ils partagent une responsabilité collective* »

- Qu'en est-il des associations qui travaillent avec de publics nomades ? Où s'arrête cette responsabilité populationnelle ?
- Est-ce que ce concept de responsabilité populationnelle va donner lieu à des évaluations de services spécifiques pour mesurer l'impact des actions ? Si oui, comment, avec quelles conséquences/enjeux ?

### 4. Sur l'approche territorialisée :

Nous trouvons l'approche particulièrement intéressante pour les soins et services non spécialisés. Cela l'est moins pour nos services qui ont affaire pour certains à une population nomade (comme la population sans abris) ou qui ne désire pas avoir des soins spécifiques dans son quartier. Le secteur assuétude a développé une pratique très spécialisée basée sur le continuum qui va de la prévention en passant par la réduction des risques jusqu'au soin et à l'insertion cela dans une pluralité de pratiques bien articulées entre elles et qui ne rentrent pas dans la logique territoriale. Qu'en est-il du travail sur ces thématiques bien spécifiques dans le plan ? Comment ces approches plus transversales au niveau géographique s'articulent-elles Avec l'approche territoriale

qu'en est-il du droit du bénéficiaire/patient de pouvoir choisir son praticien ?

Qu'en est-il des associations qui exercent un objet social qui ne serait pas reconnu comme prioritaire dans un bassin de soin donné où elles sont implantées ?

### 5. Sur l'universalisme proportionné (p46 et p19)

- N'y a-t-il pas un risque d'effets pervers ?
  - Déplacement des associations vers les quartiers/bassins prioritaires pour maintenir leur financement ?
  - Effet appel d'air de population précaire vers des bassins de soins prioritaires ?
  - Autres ?
- Comment, d'un point de vue budgétaire va s'appliquer cet universalisme proportionnel ?
  - a. Est-ce que des moyens supplémentaires seront créés pour renforcer les bassins prioritaires ?
  - b. Ou, est-ce que le renforcement des moyens aux zones prioritaires s'appliquera en suivant le principe de vase communicant ? C'est-à-dire, une diminution des moyens alloués aux zones non prioritaires (par rapport à la situation actuelle) pour réinjecter ces moyens aux zones qui seront définies comme prioritaire ?

### 6. Sur l'appui et l'évaluation des politiques

Dans une logique de planification et de repérage des besoins, il est prévu que le PSSI puisse être revu de manière périodique :

- Cela va-t-il donner lieu à un processus de renouvellement d'agrément de manière périodique défini en fonction des besoins évalués à l'instar de ce qui se fait actuellement en promotion de la santé ?
- Qu'en est-il des associations dont l'agrément ne serait pas reconduit (si nous allons dans une logique d'agrément périodique) parce que leurs objets sociaux/missions/services ne correspondent pas aux priorités définies ? Vont-elles disparaître ? quid des travailleurs ?

## **3. Axes prioritaires**

Création d'un centre de référence prévention p26 (très médical et axé sur le dépistage, non-reconnaissance du boulot spécifique des acteurs de la prévention dans la création de messages ?)

Dans l'axe 1 nous ne pouvons que déplorer l'absence d'un axe spécifique assuétude alors qu'explosion de la consommation sur BXL.

Nous déplorons également que la question des assuétudes soit mise dans la santé mentale (p 61) alors que notre secteur a toujours et en adéquation avec ce plan revendiquer une approche au croisement entre santé physique mentale et sociale.

## **4. Le Plan**

### Axe 1.2 politique intégrée de prévention

Mesure 20 .1 créer un centre unique et intégré de prévention, qui coordonne les actions des différents acteurs : qui de la liberté associative et de la pluralité des approches

Mesure 25.1, 26.1 27.1 et 28.1 : ce ne sont pas des actions de prévention, mais de RdR

### Axe 1.4 Combattre les inégalités liées au genre

- Pourquoi l'indiquer seulement en 2023 alors que L'expertise genrée et féministe existe déjà via le réseau promo santé ?
- Page 5 soutien de la fonction d'accueil ( actions 60-66) : cela passe par une nécessaire augmentation du cadre et des barèmes. Est-ce en lien avec les accords du non marchand et donc financé dans ce cadre ? Le phasage n'a pas l'air d'être le même.
- Cfr accord du non marchand : **une revalorisation salariale ciblée pour les fonctions identifiées comme « critiques » selon les réalités sectorielles et/ou transversales (ex: direction, 1<sup>ère</sup> ligne, entretien...)** ; les dispositions A et B seront considérées au regard de l'implémentation de classifications de fonctions sectorielles de type IF-IC à partir de 2024 (qui fera suite à une étude de faisabilité). En 2022 et 2023, à l'exception des fonctions dont on connaît déjà la carrière barémique, seules des revalorisations transitoires forfaitaires ne compromettant pas le passage à l'IF-IC (primes, forfaits intégrés,...) seront possibles.
- Action 66 : L'obligation d'offrir un service physique minimum n'est-elle pas en contradiction avec le droit de grève ?
- Point 5 : Pourriez-vous éclaircir le rôle de Brusshelp dans sa fonction de coordination des actions et son articulation avec Brussano qui est pressenti pour coordonner la ligne 0.5 ?
- Dans la partie de renforcement de l'outreach on ne parle que du Combo (action 120 ). Quid du renforcement des autres acteurs qui fond du travail de rue depuis longtemps avec une expérience importante ?

#### 5.B

- Nous observons que la question des assuétudes n'est qu'abordée au travers des problématiques de sans-abrisme (action 125-129). Quid de la prévention des assuétudes qui est dans le premier axe vu soit
  - du côté de la Réduction des Risques (RdR) et plus spécifiquement de la RdR pour publics précaires (actions 26-28).
  - Soit via de grandes campagnes auprès du grand public, quid de la prévention participative auprès de public cible (action 24)
  - Quid des actions qui sont des interventions précoces en contactant les personnes en début de parcours de consommation (milieu scolaire, étudiant et festif par exemple).
  - De même, il n'est fait nullement mention de la prise en charge ambulatoire au niveau du soin pour ces publics (traitement de substitution, suivi médical et thérapeutique)

#### Axe 3

- Les centres intégrés (149) sont certes un dispositif intéressant, mais ne doivent pas devenir l'unique réponse et modèle
- Mesure 160 « renforcer le rôle des acteur.trices spécialisé.es assuétudes et promotion de la santé auprès des acteur.trices de 1<sup>ère</sup> ligne au sein des coordinations sociales » : peut-on éclaircir ce point en quoi cela consiste-t-il exactement ?
- Trajet d'aide et de soin : quid droit du patient sur le choix de son thérapeute et confidentialité (action 162 et 165) ?
- Action 191 : Le réseau 107 ne convient pas à notre secteur (tox) alors que nous avons besoin d'un renforcement psy au sein de nos institutions. cnfr avis de Brupartners « Le nouveau système de financement des fonctions psychologiques dans la première ligne (PPL) par le biais de réseaux et de partenariats locaux multidisciplinaires n'est pas adapté aux réalités de nombreux services assuétudes qui ne pourront dès lors pas y avoir accès. »

Axe 4

- Action 217 : un service d'appui aux mesures communautaire existe déjà : l'asbl repères
- Action 221 communautés des pratiques : c'est assez flou. Pourriez-vous expliciter cette mesure et quid de la liberté associative ?
- Action 222 sur la possibilité d'échange de travailleur. Pouvez-vous éclaircir ce point et nous expliquer comment, en fonction du cadre législatif sur le droit du travail, l'échange de travailleur comme indiqué dans l'action pourrait concrètement se faire ?

**5. Projet d'ordonnance**

- Pour quelles raisons le comité de pilotage du PSSI n'est pas composé de représentants des employeurs et des travailleurs ? (article 6)
- Composition de l'instance d'avis demanderait à être plus clarifiée (art 9 et 10)
- L'articulation entre le diagnostic qui incombe à l'observatoire (art 13) ainsi que le rapport alors que le plan est au gouvernement mériterait d'être explicitée. En effet l'un devant se baser sur l'autre
- Ne faudrait-il pas plus spécifier les missions des services appui dans le doc ?
- La place des services cocof dans les organes d'avis n'est pas très clair. En effet dans cette « cocomisation » de nos services nous voudrions avoir un peu plus d'information sur notre place dans les organes de concertation et de décision.
- Pouvez-vous décrire de manière précise la vision par rapport aux rôles futurs qu'endosseront les services conjoints d'accompagnement et support à l'égard des services sociosanitaires de première ligne telle que décrite à l'art 19 (section 5) de l'avant-projet de décret et d'ordonnance conjointe relative à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois ?

**6. Remarques transversales**

## 1. Gouvernance

Développer les coordinations locales et le travail de réseau

- Comment et de manière concrète est envisagé ce processus ?
  - Qui serait en charge de cette coordination ? Y aurait-il un lien de subordination entre ces éventuels organismes de coordination et les opérateurs de premières lignes ?
  - Il semble que plusieurs organismes de coordination vont être créés. Pourrions-nous avoir un organigramme hiérarchique de ceux-ci ?
  - Qui des domaines transversaux comme les assuétudes ? Aura-t-on du temps pour se coordonner avec l'ensemble des bassins ?
  - Quelle est la place des fédérations par rapport à ces coordinations et de manière générale également, car elles apparaissent relativement peu dans le plan. Idem pour les syndicats alors que les négociations tripartites sont la base d'une de parties des actions qui vont être mises en place, car touchant aux organisations du travail et des structures. ?

- Quels sont les gardent fous envisager pour garantir les droits du patient (notamment au niveau du secret professionnel et RGPD) dans une logique de relais, réseaux de soins, continuité de prise en charge, transmission de données, etc..
- La place des CPAS est prépondérante dans le plan. De manière concrète, sur le terrain le travail de nos services au bénéfice de nos usagers n'est pas toujours facile avec ceux-ci. Le plan insiste beaucoup sur la sauvegarde des droits des citoyens. Nous ne pensons pas que le recours systématique aux CPAS soit le meilleur moyen pour cela et pose aussi la question du secret professionnel. Cela pose déjà problème dans le cadre des réseaux 107 et de la place des cpas. Pourriez-vous être plus clair sur les garde-fous en termes de gouvernance à ce sujet ?

## 2. Budget :

- Budget total qui sera alloué à ce plan ?
- Différence entre budget actuel du social santé à bxl et le futur budget alloué au plan ?
- Y a-t-il une planification budgétaire ?
- Articulation entre le plan et les accords du non marchand qui sont chiffrés et budgétisés : certaines mesures comme le renforcement du combo y sont prévues. Est-ce les seuls moyens pour le renforcement des acteurs de terrains pour l'outreach (outre le renforcement de la coordination via bruxeo ?)
- Il serait important d'avoir une priorisation es actions à mettre en place. Il serait également intéressant de savoir ce qui est déjà financé, à renforcer ou à mettre en place afin d'avoir une vision claire des possibilités et de la programmation des actions.

## 3. Processus

Nous sommes bien conscients de la temporalité en lien avec la fin de la législature prévue pour 2024. Cependant, nous voudrions attirer l'attention que nos secteurs ont été particulièrement secoués par la crise sanitaire et leur charge de travail décuplé en raison de la gestion des dommages collatéraux sociaux santé lié à la crise COVID. Dans ce contexte, nous estimons que les délais sur les demandes d'avis de ces textes ainsi que les modes de fonctionnement des groupes de travail ne nous permettent pas d'opérer un suivi optimum dans une logique bottom-up de concertation.

