

Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



17 novembre 2023

SESSION ORDINAIRE 2023-2024

PROJET DE DÉCRET ET ORDONNANCE CONJOINTS

**de la Commission communautaire française
et de la Commission communautaire commune
relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé
dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale**

SOMMAIRE

1. Exposé des motifs	3
2. Commentaire des articles.....	6
3. Projet de décret.....	15
4. Annexe 1 : Avis du Conseil d'État	24
5. Annexe 2 : Avant-projet de décret	44
6. Annexe 3 : Rapport d'évaluation de l'impact de l'avant-projet de décret du Collège de la Commission communautaire française modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé sur la situation respective des femmes et des hommes en vertu de l'article 3, alinéa 1 ^{er} , 2 ^o , du décret du 21 juin 2013 portant intégration de la dimension de genre dans les lignes politiques de la Commission communautaire française	53
7. Annexe 4 : Rapport d'évaluation de l'impact de l'avant-projet de décret du Collège de la Commission communautaire française modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé sur la situation des personnes handicapées en vertu de 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.....	54
8. Annexe 5 : Avis des commissions consultatives	55

EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent décret et ordonnance conjoints vise à donner une vision politique commune à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française concernant le secteur ambulatoire et la première ligne social santé ainsi qu'à mettre en œuvre l'approche territorialisée reprise dans le Plan Social Santé Intégré, en particulier en ce qui concerne l'offre social santé ambulatoire et de première ligne.

Il vise par ailleurs à inscrire les missions de l'actuelle structure d'appui à la première ligne de la Commission communautaire commune au sein du présent décret et ordonnance conjoints.

Enfin, par le biais de la modification de l'ordonnance première ligne, le présent décret et ordonnance conjoints offre un fondement à l'agrément et au financement de centres social santé intégrés par la Commission communautaire commune.

En ce qui concerne la vision politique commune, celle-ci est axée sur l'approche « Goal-oriented-Care » (des soins centrés sur les objectifs de la personne) laquelle conduit les prestataires des soins, de l'aide et de l'accompagnement à mettre au centre de leur attention les priorités, souhaits et objectifs de vie des personnes accompagnées. Ils ne cherchent pas seulement à résoudre les problèmes avec les lunettes de leur propre discipline ou mission de service, mais inscrivent leur accompagnement plus globalement dans ce qui fait sens pour la personne, la relie aux autres ou la motive. Cette approche est particulièrement appropriée pour les personnes se trouvant dans des situations complexes mêlant difficultés sociales et de santé, qu'elles soient physiques ou psychiques. Elle aide les prestataires à identifier les priorités et à co-créeer avec la personne et ses aidants un parcours de soins.

Cette approche est traduite dans les définitions qui sont reprises au sein du présent décret et ordonnance conjoints ainsi que dans les missions des acteurs de l'ambulatoire et de la première ligne social santé.

L'intégration de cette vision à l'ensemble de l'ambulatoire nécessite une révision du décret ambulatoire (au niveau Commission communautaire française) et de l'ordonnance première ligne (au niveau Commission communautaire commune).

Au niveau de la Commission communautaire commune, les modifications sont déjà intégrées dans le présent décret et ordonnance conjoints.

En ce qui concerne l'approche territorialisée, l'intention est de structurer cette offre sur une base territoriale à partir du niveau le plus proche des Bruxellois.es, le quartier, jusqu'à celui de la région toute entière en passant par le niveau intermédiaire qu'est le bassin d'aide et de soins.

L'articulation de ces trois niveaux sera organisée sur la base du principe de subsidiarité afin d'optimiser la force d'action de chacun d'entre eux.

Il s'agit bien d'un principe qui guide la politique. Les normes restent définies par les collèges et la définition d'une fonction à un niveau de fonction sera éventuellement définie par eux.

Le niveau communal existe déjà (commune et CPAS) et ses fonctions sont définies par ailleurs. Ce document ne les modifie pas.

Actuellement, si ces différents niveaux ne sont pas tous organisés et délimités formellement, il convient de souligner que différentes actions s'organisent déjà à ces niveaux-là.

En effet, de nombreux acteurs agissent aujourd'hui de façon spontanée au niveau qui représente une grandeur d'échelle correspondant au quartier, au bassin ou à la région.

Ces différents niveaux d'intervention ne sont cependant pas organisés et structurés de façon formelle dans le secteur social santé. Il est dès lors impossible aux différents acteurs d'inscrire leurs actions au sein d'un cadre clair, pas plus que d'en assurer la cohérence et l'harmonie avec les actions de leurs nombreux partenaires.

Le présent décret et ordonnance conjoints vise à remédier à ce problème et à offrir de la clarté et du confort aux différents acteurs concernés. En d'autres termes, l'intention est d'offrir un cadre clair, basé sur des éléments objectifs correspondant à la réalité sociale des différents territoires, au sein duquel les acteurs concernés devront inscrire leurs actions. Ce cadre permettra de renforcer la cohérence de la politique social santé dans la Région bruxelloise.

La délimitation de territoires d'intervention est un premier pas. Toutefois, afin d'assurer l'effectivité de l'organisation social santé sur la base de ces territoires, il est indispensable de soutenir la coordination

entre les acteurs de l'offre social santé sur les territoires concernés.

En ce qui concerne les quartiers, ce seront les CPAS qui par l'intermédiaire des coordinations sociales auront la charge de soutenir l'approche intégrée social santé au niveau des quartiers de leur commune pour exécuter des contrats locaux social santé (CLSS) établis entre la Commission communautaire commune et les CPAS.

En collaboration avec différents CPAS, un premier groupe de neuf, puis bientôt un second groupe de neuf contrats locaux social santé, a déjà été mis en œuvre dans le cadre de la présente législature. Ils s'inscrivent dans la suite de trois projets quartier centrés sur les personnes âgées initiés lors de la précédente législature.

Ces expériences ont montré l'utilité de renforcer les réseaux social santé au niveau des quartiers pour augmenter l'efficacité et l'efficience des politiques locales.

D'autres expériences pilotes au niveau des quartiers, notamment portées par la Communauté flamande ou dans le cadre des contrats de quartier durable, ont permis de montrer la pertinence des approches locales pour répondre aux problématiques individuelles ou communautaires rencontrées par les habitants des quartiers.

Toutefois, il convient d'adapter les financements en fonction de l'intensité des besoins de chaque quartier. En effet, les besoins des différents quartiers bruxellois ne sont pas tous identiques. L'Observatoire de la Santé et du Social a largement démontré les inégalités sociales et de santé notamment territoriales à l'intérieur de la Région bruxelloise.

Les moyens financiers disponibles doivent être modulés en fonction d'une priorisation respectant le principe de l'universalisme proportionné : les moyens seront en première intention orientés vers les quartiers avec les besoins non couverts les plus importants.

Cette priorisation doit être basée sur des indicateurs reflétant l'état de santé, le recours à la prévention santé et la situation sociale des habitants de chaque quartier.

Le cadre scientifique qui permettra aux collègues de définir une distribution des moyens basée sur les besoins est fourni par l'Observatoire de la Santé et du Social.

L'organisation de l'offre social santé sur une base territoriale n'implique pas d'obligation nouvelle pour

les usagers de recourir à un service basé sur un territoire défini. Il n'existe sur ce point aucune intention de limiter le droit des patients à leur libre choix de prestataire de soins.

Pour l'ensemble des bassins, une seule asbl régionale de droit privé sera agréée afin d'exercer les missions visées dans le décret et ordonnance conjoints.

Ces missions seront exécutées par des antennes, intégrées à cette asbl, qui auront la charge d'assurer l'opérationnalisation des missions dans chacun des bassins définis sur base du présent décret et ordonnance conjoints afin de refléter les besoins du bassin concerné. Seule cette asbl disposera de la personnalité juridique et les antennes qui devront être mises en place seront des organes de cette asbl.

Cette asbl se verra confier, sur base d'un contrat de gestion, différentes actions visant à une meilleure organisation des acteurs du social et de la santé dans chaque bassin. Premièrement, entre acteurs de l'ambulatoire, deuxièmement vis-à-vis des hôpitaux et autres services résidentiels et enfin vis-à-vis des acteurs hors du secteur social santé à proprement parler comme le secteur de l'emploi, de l'enseignement, de la sécurité, etc. qui agissent sur les déterminants sociaux et de santé.

Par ailleurs, dans le cas de l'émergence d'une crise plus ou moins similaire à la crise Covid, c'est au niveau des bassins que de nombreuses actions pourraient être planifiées et organisées. On pense notamment à la mise en place des centres de vaccination et de test, à l'organisation des campagnes de vaccination, etc. La crise Covid a en effet montré qu'il n'existait aucune structure permettant de planifier les différentes actions à l'échelle adéquate et de coordonner les acteurs compétents. Les antennes viendront en appui aux acteurs de terrain pour organiser la réponse à toute situation sanitaire exceptionnelle qui se développerait sur le territoire.

Au niveau de la Région, ce sont la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française qui restent les pilotes d'une vision régionale et des directives relatives à la politique sociale santé dans la ligne du Plan Social Santé Intégré.

Il doit par ailleurs être souligné que le dispositif bassins repris dans le présent décret et ordonnance conjoints s'inspire notamment de ce qui est fait par d'autres entités. En effet, les bassins correspondent dans les grandes lignes aux « zorgraden » institués en 2019 par la Communauté flamande.

En Région flamande, les zones des « zorgraden » ont été définies par environ 100.000 habitants. Toutefois, il n'existe pour Bruxelles qu'un seul « zor-

graad » pour 1,2 million d'habitants. Cela s'explique notamment en raison du nombre limité d'acteurs sur le territoire bruxellois relevant de la compétence de la Communauté flamande, qui ne permet pas une approche semblable à celle appliquée en Région flamande. Au regard du nombre d'acteurs proportionnellement plus important relevant de la Commission communautaire commune ou de la Commission communautaire française, il est indispensable de créer un plus grand nombre de bassins pour le territoire bruxellois. L'objectif est bien de mettre en place une étroite collaboration entre les bassins définis dans le présent décret et ordonnance conjoints et le « zorgraad » bruzel et la Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Le découpage en bassins correspond également à l'esprit du découpage actuellement proposé en région wallonne dans le cadre du trajet Proxi-santé.

La logique de l'organisation du secteur social santé intégrée sur la base d'une territorialisation se développe sur l'ensemble du territoire belge. Afin de garantir une politique d'aide et de soins intégrés entre les différentes entités fédérées, des mécanismes de coopération seront mis en place.

Un travail de concertation par le biais de groupes de travail ayant duré plusieurs mois avec les acteurs compétents a été mis en œuvre. Tant les acteurs ambulatoires relevant de la compétence de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française que ceux relevant de l'autorité fédérale ou de la Communauté flamande à travers la Huis voor Gezondheid ont été invités à la concertation.

Il convient par ailleurs de préciser que des contacts ont été pris avec la Communauté flamande afin d'harmoniser et de coordonner sur le territoire bruxellois la politique de la première ligne développée par le présent décret et ordonnance conjoints avec celle de la Flandre. Des discussions sont actuellement en cours afin d'aboutir à la conclusion d'un protocole d'accord.

En raison du nombre très important d'entités compétentes dans le domaine de la santé et du social pour le territoire bruxellois, il est indispensable de mettre en place de nombreuses collaborations. Toutefois, la complexité institutionnelle et politique belgo-bruxelloise impose d'adapter les modalités de collaboration en fonction des possibilités offertes. En d'autres termes, une approche pragmatique est indispensable afin de rendre possible la collaboration au niveau bruxellois.

Il va également de soi que le présent décret et ordonnance conjoints n'empêche aucunement la

conclusion d'autres accords, asymétriques ou non, avec les entités compétentes en Région bruxelloise.

Enfin, ce présent décret et ordonnance conjoints délimite ce qui doit être fait conjointement et ce qui doit l'être séparément.

Le principe est que toutes les grandes lignes des options politiques à savoir, le principe de territorialisation, la fixation de la programmation, la délimitation des territoires, la définition des missions, les exigences en termes de gouvernance, etc., soient définies conjointement. Par contre, la mise en œuvre des outils de pilotage territoriaux définis dans le présent décret et ordonnance conjoints, les quartiers, les bassins et la structure d'appui à l'ambulatoire, est confiée à la Commission communautaire commune.

Cela s'explique par la nécessité de désigner une seule instance chargée du suivi et du contrôle. D'un point de vue administratif, il serait en effet trop lourd de charger deux institutions distinctes de l'opérationnalisation des différents dispositifs mis en place, mais également particulièrement compliqué dès lors que chaque entité a ses pratiques et exigences de suivi administratif.

Si l'opérationnalisation est prise en charge par la Commission communautaire commune, elle se fait en collaboration avec la Commission communautaire française. Cela se traduit notamment dans le cadre de la gouvernance commune instaurée par le décret et ordonnance conjoints relatifs à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois. Sur cette base, c'est l'ensemble de la politique social santé qui est suivi tant par les instances relevant de la Commission communautaire commune que celles relevant de la Commission communautaire française, à savoir, les administrations, les ministres compétents, les instances d'avis etc.

Le choix de confier cette opérationnalisation à la Commission communautaire commune se justifie par son caractère bicommunautaire. La Commission communautaire commune est en effet la seule des deux institutions compétentes pour assurer le bilinguisme des différentes relations à mettre en œuvre.

Nonobstant l'opérationnalisation confiée à la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française reste libre de mettre en œuvre sa politique et d'y insérer les balises et moyens permettant aux acteurs dépendant de la Commission communautaire française de s'insérer dans les logiques définies dans le présent décret et ordonnance conjoints.

COMMENTAIRE DES ARTICLES

CHAPITRE 1^{ER} Dispositions générales

Article 1^{er}

Cet article ne nécessite pas de commentaire.

Article 2

Cet article reprend diverses définitions.

Ambulatoire : l'ambulatoire est l'ensemble des acteurs qui ne relèvent pas d'institutions résidentielles, telles que les hôpitaux ou les maisons de repos. Il s'agit donc de la notion la plus large qui concernent tous les acteurs visés par le présent décret et ordonnance conjoints. Il recouvre aussi bien les acteurs dont l'activité est réglementée par le décret ambulatoire Commission communautaire française ou l'ordonnance première ligne Commission communautaire commune que les acteurs qui ne sont pas nécessairement agréés mais tombent sous la compétence de ces deux institutions, tels notamment les acteurs conventionnés ou financés par la Commission communautaire commune ou la Commission communautaire française, sans qu'un régime d'agrément leur soit applicable. Sont également visés, les acteurs ambulatoires qui relèvent de la compétence d'Iriscare.

Les médecins spécialistes qui travaillent en dehors d'un hôpital appartiennent à l'ambulatoire, mais pas à la première ligne social santé.

Cette définition n'inclut pas les acteurs agréés par la Communauté flamande et la Communauté française. Un protocole d'accord ou un accord de coopération pourront être conclus entre les entités concernées pour préciser les nécessaires modalités de collaboration.

Première ligne social santé : la première ligne social santé est une sous-partie du secteur ambulatoire dont la mission est d'offrir un service global, intégré continu accessible, centré sur les besoins de la personne en besoin d'aide et de soins et qui agit sur les déterminants sociaux et de santé. En d'autres termes, si tous les acteurs de la première ligne social santé relèvent de l'ambulatoire, tous les acteurs de l'ambulatoire ne font pas partie de la première ligne social santé. Seuls les acteurs de l'ambulatoire ayant une approche généraliste et répondant au contenu de la définition font partie de la première ligne social

santé. Dès lors, celle-ci doit s'entendre à l'exclusion des services dont l'offre est principalement composée de soins spécialisés, tels que les polycliniques ou les services d'urgence.

Les acteurs de la première ligne social santé sont notamment les centres d'action sociale globale, les centres d'aide aux personnes et les maisons médicales, dont le rapprochement de leurs activités respectives sera favorisé. Il s'agit également des médecins généralistes exerçant la médecine générale, quelle que soit la forme de leur pratique ambulatoire (pratique individuelle, de groupe etc), des infirmiers généralistes à domicile ou en cabinet, des psychologues de première ligne, des accueillant.e.s, d'autres métiers du soin ou de l'aide offrant de l'aide et des soins intégrés et dont la mission permet une prise en charge de la personne dans sa globalité, ainsi que des acteurs de l'action communautaire.

Il est évident qu'aujourd'hui, les différents acteurs du social santé bruxellois, et en particulier de la première ligne, n'ont pas tous le même niveau de mise en œuvre de l'approche intégrée de l'aide et des soins. Il s'agit d'un objectif à atteindre que le présent décret et ordonnance conjoints vise à soutenir.

Le développement de la politique social santé de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française devra prendre en considération cette vision, notamment dans le cadre du développement des différents régimes d'agrément.

La définition d'aide et de soins intégrés retenue par la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française, met l'accent sur l'importance de renforcer le lien entre acteurs du social et de la santé et de ne pas se contenter d'une approche du soin. Dans un contexte où de nombreux Bruxellois et Bruxelloises vivent dans une situation sociale difficile, on ne peut espérer améliorer leur santé sans prendre en compte leurs besoins prioritaires, de se nourrir, se loger, trouver un travail, être respectés, etc. La définition d'aide et de soins intégrés met l'accent sur une vision large de l'aide en vue d'améliorer le bien-être au-delà du volet soins de santé.

L'action communautaire est une approche, un type de pratique qui s'intègre parfaitement dans la mise en œuvre des missions de la première ligne social santé.

La responsabilité populationnelle est un concept qui a pour vocation de renforcer une approche globale sur un territoire déterminé. L'ensemble des opérateurs socio-sanitaires, au sens large, présents sur le territoire local doivent se sentir concernés par l'objectif d'amélioration de ce bien-être, compte tenu de l'engagement et des moyens mis à leur disposition par les pouvoirs publics. À cet égard, ils partagent une responsabilité collective. L'objectif étant dès lors de penser l'action et d'organiser l'aide et les soins de façon intégrée en fonction des besoins des territoires et de leurs populations plutôt que selon la seule offre existante et la seule demande exprimée. Cela suppose l'usage d'outils de repérage et de diagnostic, le développement de pratiques de promotion de la santé et de prévention (social et santé), le recours à l'action communautaire.

Universalisme proportionné : les besoins dans le domaine du social et de la santé des personnes habitant la région bruxelloise varient énormément en fonction du statut social, de l'état de santé des personnes. Ces besoins sont fortement territorialisés comme le montre le travail de l'Observatoire de la Santé et du Social. En prenant en considération cette donnée, il est nécessaire d'allouer plus de ressources aux personnes et aux territoires qui ont des besoins plus importants, sans pour autant ignorer les besoins des quartiers où les besoins non rencontrés sont plus réduits. L'universalisme proportionné est un principe qui traduit cette intention.

Fonction inclusive : Bruxelles connaît la concentration la plus grande en Belgique de personnes en manque d'accès au système socio-sanitaire. Les acteurs de l'ambulatoire ont pour vocation de mettre en œuvre la fonction inclusive afin de garantir autant que possible l'accès aux droits de ces personnes et leur intégration dans le système socio-sanitaire classique.

Article 3

Cette disposition précise le champ d'application du présent décret et ordonnance conjoints. À savoir, l'ensemble des compétences en matière de santé et d'aide aux personnes, à l'exception des politiques d'accueil et d'intégration des immigrés, des handicapés et des crèches. Toutefois, dès lors que la Commission communautaire française n'est pas compétente pour les matières visées à l'article 3, 6° et 7°, des décrets spéciaux des 3 et 4 avril 2014, il va de soi que, pour ce qui concerne la Commission communautaire française, ces matières ne sont pas visées par le présent décret et ordonnance conjoints.

En d'autres termes, le présent décret et ordonnance conjoints vise, pour ce qui concerne la Commission communautaire commune, l'ensemble de la politique

de la santé et de l'aide aux personnes, à l'exception des matières visées à l'article 5, § 1^{er}, II, 3° et 4° (politiques d'accueil et d'intégration des immigrés, des handicapés et des crèches), et pour ce qui concerne la Commission communautaire française l'ensemble de la politique de la santé et de l'aide aux personnes, à l'exception des matières visées à l'article 5, § 1^{er}, II, 3° et 4°, de la loi spéciale du 8 août 1980 (politiques d'accueil et d'intégration des immigrés, des handicapés et des crèches) ainsi qu'à l'exception des matières exclues de sa compétence par l'article 3, 6° et 7°, des décrets spéciaux du 3 et 4 avril 2014.

Articles 4 et 5

Les missions des acteurs de l'ambulatoire et celles des acteurs de la première ligne social santé correspondent dans les grandes lignes aux missions précédemment définies dans l'ordonnance relative à la politique de première ligne de soins.

Les missions des acteurs de l'ambulatoire sont celles qui s'appliquent à tous les acteurs visés par le présent décret et ordonnance conjoints, y compris aux acteurs de la première ligne social-santé. Ces missions ont pour vocation d'assurer une pratique de qualité et une collaboration efficace entre ces différents acteurs.

Les acteurs de l'ambulatoire ont notamment pour missions de collaborer avec les instances territoriales des niveaux concernés afin de contribuer à la réalisation des objectifs du PSSI.

Les missions des acteurs de la première ligne social santé sont plus spécifiques. Ces missions correspondent aux notions d'aide et de soins primaires comme réaffirmé dans la déclaration d'Astana en 2018 et élargies aux dimensions sociales tel que l'approche basée sur les objectifs de vie le recommande (1).

Article 6

Comme déjà dit précédemment, l'offre social santé n'est actuellement que partiellement organisée sur une base territoriale. Cette organisation dépend toutefois des initiatives des uns et des autres et ne connaît pas de structuration et de cohérence globale.

À partir de l'adoption du présent décret et ordonnance conjoints, la Commission communautaire

(1) Voir <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HIS-SDS-2018.61> et <https://kbs-frb.be/fr/goal-oriented-care-shared-language-and-co-creative-practice-health-and-social-care>

commune et la Commission communautaire française seront tenues de prendre systématiquement en considération les territoires définis dans le cadre de la mise en œuvre de leurs compétences.

Il doit toutefois être souligné que la mise en œuvre, de façon globale, de la territorialisation dans la politique social santé à Bruxelles est un élément nouveau. L'intention n'est aucunement d'imposer de façon unilatérale et du jour au lendemain la mise en œuvre de ce principe. Des concertations auront lieu entre les acteurs et les autorités compétentes afin de définir ensemble, tout en prenant en compte autant que possible les particularités de chaque acteur, la manière dont les acteurs devront intégrer cette politique. À cet égard, une période transitoire de maximum cinq ans est prévue à l'article 45. C'est durant cette période que les concertations auront lieu.

En d'autres termes, le travail de concertation qui a eu lieu dans le cadre de l'élaboration du présent décret et ordonnance conjoints devra être réitéré lors de sa mise en œuvre, et ce afin d'obtenir un dispositif qualitatif et pertinent au regard des besoins du terrain. La concertation consistera dès lors en une étape essentielle du bon fonctionnement du dispositif. Cette concertation ne peut toutefois pas être considérée d'exigence formelle.

Articles 7 et 8

Les différents niveaux sont le quartier, le bassin et la région.

Comme déjà mentionné, afin d'assurer l'articulation aussi optimale que possible entre l'action de ces différents niveaux, il est impératif de prendre en considération le principe de subsidiarité. Sur la base de ce principe, les missions correspondant aux différents niveaux ne doivent être confiées qu'au niveau le plus adéquat pour les exercer. Ainsi, dans le cadre de l'organisation de l'offre d'aide et de soins par niveau, tel que la définition des niveaux d'intervention des différents acteurs, le principe de subsidiarité devra être un guide qui assure que chaque acteur agisse au niveau pertinent, et ce afin d'augmenter l'efficacité de l'organisation de l'aide et des soins. En d'autres termes, la détermination du niveau d'intervention devra pouvoir être justifiée sur la base du principe de subsidiarité.

Il doit également être souligné que la liberté individuelle restera préservée dans le cadre de la mise en place des modalités d'opérationnalisation de la territorialité.

Article 9

Les acteurs concernés doivent inscrire leurs actions au sein d'un territoire et avoir conscience que leur action s'inscrit au sein d'un niveau déterminé. Comme déjà dit, une période transitoire est prévue afin de déterminer le niveau adéquat. Cette prise de conscience a pour conséquence de devoir, le cas échéant, adapter la portée et les modalités de son action afin de mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle.

En ce qui concerne la nécessité d'imposer à l'ensemble des prestataires de soins d'intervenir sur un territoire donné, il convient de souligner qu'à partir du moment où l'objectif est de travailler à un renforcement des synergies entre les différents acteurs concernés sur un territoire donné en considérant que la qualité et l'efficacité des soins prestés dépendent de la qualité de cette synergie, il est alors essentiel que cette obligation s'applique à l'ensemble des acteurs. En effet, si le principe de territorialité ne s'applique seulement qu'à certains acteurs, cela revient à affaiblir significativement la synergie et la cohérence recherchées. Par ailleurs, il ne serait pas équitable qu'il soit permis à certains acteurs de ne pas inscrire leur action sur un territoire donné alors qu'à d'autres non.

Toutefois, la détermination du territoire se fera en prenant en considération le principe de subsidiarité, de façon à ce que le territoire concerné soit le plus pertinent possible et qu'aucune restriction inutile ne soit imposée.

Article 10

Un quartier est une unité géographiquement continue qui permet d'organiser la politique social santé au plus proche des citoyens.

Les délimitations exactes des quartiers seront définies par les collèges en se basant sur les caractéristiques sociologiques de chaque territoire et en respectant les délimitations communales. La division du territoire bruxellois en quartiers a déjà été opérée par le monitoring des quartiers. Si cet outil reste pertinent, il ne prend pas suffisamment en considération les facteurs nécessaires à une meilleure organisation de la politique social santé et notamment les limites communales. Afin d'assurer la cohérence de la délimitation des quartiers, une nouvelle délimitation est nécessaire.

Tous les acteurs du social et de la santé actifs dans le quartier – y compris ceux agréés et/ou subventionnés par la Communauté flamande, par la Vlaamse Gemeenschapscommissie ou la Communauté française – sont réunis pour améliorer le bien-être des

habitants. En effet, afin de renforcer la cohérence de l'offre, le quartier doit prendre en compte tous les acteurs, ainsi que les acteurs Communauté flamande, Vlaamse Gemeenschapscommissie, Communauté française. Il ne serait en effet pas pertinent d'une part, de viser à un renforcement des collaborations entre tous les acteurs social santé et d'autre part, d'exclure de ces collaborations une partie significative des acteurs uniquement par ce qu'ils relèvent de la compétence d'autres entités, en particulier dans les cas où ces acteurs sont demandeurs de participer à ce type de collaboration. Un tel raisonnement ne pourrait en effet pas être soutenu du point de vue de l'amélioration des politiques de santé publique. Toutefois, la compétence de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune étant limitée, l'association des acteurs ne relevant pas de nos compétences ne peut se faire que sur une base volontaire. Dès lors, l'intention est uniquement d'imposer aux quartiers social santé financés d'associer tous les acteurs, et donc d'inviter les acteurs agréés et/ou financés par d'autres entités.

Article 11

Les missions confiées aux CPAS ont été définies dans le cadre des groupes de travail qui ont eu lieu afin de préparer le présent décret et ordonnance conjoints.

Elles correspondent également à ce qui a déjà été expérimenté avec les premiers projets de contrats locaux social santé mis en place dans le cadre de la présente législature et qui suivent les expériences de projets de quartier personnes âgées.

La mise en œuvre de ces missions sera assurée au niveau des coordinations sociales des CPAS.

La délimitation géographique des quartiers prendra en compte autant que possible les caractéristiques socio-sanitaires afin de délimiter des zones cohérentes à l'intérieur du territoire d'une commune. Il ne peut cependant pas être exclu qu'en raison de différents facteurs, il soit nécessaire ou indispensable de mettre en place des collaborations entre les coordinations sociales de deux ou plusieurs communes concernées par certaines zones telles que la gare du Midi, la gare du Nord ou le campus de la Plaine.

Article 12

Les contrats locaux social santé auront principalement pour vocation d'adapter l'opérationnalisation des missions définies dans le présent décret et ordonnance conjoints et dans ses arrêtés d'exécution au besoin du quartier concerné. En effet, les caractéristiques des différents quartiers bruxellois diffèrent grandement et il sera nécessaire de s'adapter aux besoins de chaque quartier concerné.

téristiques des différents quartiers bruxellois diffèrent grandement et il sera nécessaire de s'adapter aux besoins de chaque quartier concerné.

Le contrat sera élaboré en prenant en compte d'une part les objectifs régionaux fixés par la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française à travers les outils du PSSI et d'autre part à partir d'un diagnostic et d'un plan d'action qui seront réalisés initialement et mis à jour périodiquement.

Article 13

La politique des différents contrats locaux social santé d'un même CPAS devra refléter une certaine cohérence. Il revient au comité de coordination sociale de s'en assurer.

Article 14

Les collègues définiront les modalités de gouvernance propres à la mise en œuvre des contrats locaux social santé. Il reviendra au Collège réuni de fixer le montant de la subvention ainsi que d'autres conditions de subventions, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

Une réserve est le montant d'une subvention calculée en soustrayant les dépenses acceptées du montant total du subside alloué pour l'année à laquelle les dépenses acceptées se rapportent. Cette réserve peut être utilisée ultérieurement par le CPAS concerné dans le respect des conditions qui seront fixées par le Collège réuni.

Article 15

Sur base d'une proposition de l'Observatoire de la Santé et du Social, les collègues établissent un classement entre les différents quartiers. En prenant en considération le principe d'universalisme proportionné, c'est sur la base de ce classement que sera déterminé l'ordre de priorité de conclusion des contrats locaux social santé.

Ce classement sera établi sur la base d'indicateurs objectifs reflétant l'état de santé, le recours à la prévention santé et la situation sociale de chaque quartier.

Article 16

Si l'objectif est d'aboutir à terme à la conclusion d'un contrat local pour chaque quartier bruxellois, les

finances publiques actuelles ne permettront pas de financer des contrats locaux social santé pour tous les quartiers. Dans un premier temps, seule une partie des quartiers social santé seront financés. Les quartiers faisant état d'un niveau de défaveur sociale et de besoins sanitaires plus importants seront prioritairement financés. Dès lors, l'article 16, § 1^{er}, prévoit explicitement cette possibilité.

L'objectif est toutefois de parvenir au financement du plus grand nombre possible de contrats locaux social santé. Le cas échéant, il pourra être envisagé de diminuer l'étendue des missions confiées aux CPAS par le présent décret et ordonnance conjoints et ses arrêtés d'exécution afin de diminuer le financement et ainsi agrandir le nombre de contrats locaux social santé dont les missions sont dès lors adaptées aux moyens mis à disposition. Cette façon de procéder est tout à fait en adéquation avec le principe d'universalisme proportionné, selon lequel il y a lieu d'adapter l'ampleur des financements afin de les concentrer là où les besoins sont les plus forts, tout en tâchant, autant que possible, d'assurer un minimum de financement efficace là où le besoin est moins fort.

Il est entendu que l'universalisme proportionné ne se limite pas aux CLSS mais prend en compte l'ensemble des moyens à disposition d'un quartier. À terme, les CLSS seront également modulés en fonction de l'offre existante. Ceci requiert cependant une meilleure connaissance de l'offre sur une base territoriale. Cette mission dépend de la définition des acteurs à un niveau territorial et de l'analyse qui en sera faite par l'Observatoire de la Santé et du Social. Il s'agit donc d'un objectif à moyen terme.

En résumé, les différents scénarios de financement sont les suivants :

- sur la base de l'article 11, le Collège réuni peut financer l'ensemble des quartiers social santé. Toutefois, comme déjà précisé, les budgets disponibles ne permettent actuellement pas de mettre en œuvre ce scénario;
- sur la base de l'article 16, § 1^{er}, uniquement une partie des quartiers social santé pourront être financés en prenant en considération l'ordre de priorisation visé à l'article 15. Cela revient à dire que si le budget ne permet de financer, par exemple, que 10 quartiers social santé, seuls les 10 quartiers social santé classés en haut de l'ordre de priorisation pourront être financés.

Enfin, l'article 16, § 2, ajoute une modalité à la possibilité visée au paragraphe 1^{er} du même article en rendant possible le financement uniquement d'une partie des missions visées à l'article 11. Ce mécanisme permet d'augmenter un peu plus le développe-

ment des quartiers social santé en fonction des crédits disponibles. En effet, un premier ajustement du développement des quartiers social santé aux moyens disponibles est prévu au paragraphe 1^{er}, comme décrit ci-dessus. Le paragraphe 2 prévoit lui le cas où les budgets ne permettent pas d'augmenter significativement le nombre de quartiers social santé financés pleinement, mais où un budget pourrait être libéré pour financer une partie des missions pour un certain nombre de quartiers. Il peut en effet être plus intéressant de financer, même partiellement, 5 ou 6 quartiers supplémentaires plutôt qu'un seul nouveau quartier. Telle est dès lors l'intention du paragraphe 2.

Articles 17 et 18

Tout comme les quartiers, les bassins sont des zones géographiquement continues. Leur nombre et leur délimitation seront déterminés par les collèges, l'objectif étant actuellement d'identifier 5 bassins pour le territoire bruxellois.

Les limites géographiques des bassins suivent les limites des quartiers. Un quartier ne peut appartenir qu'à un seul bassin. Dans la limite des réalités opérationnelles des acteurs du social et de la santé, les limites communales sont également respectées pour délimiter les bassins sans que ce soit une obligation. Il sera tenu compte des dynamiques existantes de collaborations entre acteurs.

Le bassin est le niveau d'exécution des grandes lignes politiques dessinées au niveau régional concernant l'organisation du social et de la santé en vue d'offrir de l'aide et des soins intégrés. Il est le lieu de concrétisation et de mise en œuvre du principe de responsabilité populationnelle.

Le bassin est également le niveau de coordination et de concertation entre tous les acteurs actifs sur le territoire bruxellois, indépendamment de l'autorité dont ils dépendent. Comme déjà précisé, notamment en ce qui concerne la mise en place des quartiers social santé, l'intention est en effet de prendre en considération tous les acteurs actifs sur le territoire bruxellois, tout en sachant qu'aucune obligation ne peut être imposée aux acteurs ne relevant pas de la compétence de la Commission communautaire commune ou de la Commission communautaire française par le biais du présent décret et ordonnance conjoints. Dès lors, la coordination et la concertation avec les acteurs ne relevant pas de notre compétence ne se fera que sur une base volontaire. L'intention est toutefois d'imposer aux acteurs relevant de notre compétence de faire les démarches nécessaires afin d'associer l'ensemble des acteurs à la concertation et à la coordination.

Article 19

La structure d'appui à l'ambulatoire sera chargée de mettre en œuvre la politique social santé au niveau des bassins. Cependant, afin que l'opérationnalisation de ces missions reflète bien les besoins des bassins en question, cette opérationnalisation devra se faire au niveau d'antennes distinctes, intégrées à la structure d'appui. Ces antennes devront organiser le conseil aide et soins du bassin concerné et prendre en compte son avis dans la rédaction et la mise en œuvre du plan d'action de chaque antenne bassin.

Lorsqu'il est fait référence à la région, en particulier pour les objectifs (5), il est fait référence au territoire géographique et pas à la responsabilité politique portée par l'institution régionale. D'autres entités pourraient fixer des objectifs pour la région qui seront pris en compte par les bassins.

Article 20

Au sein de chaque bassin, un conseil d'aide et de soins est institué. Afin d'en assurer le fonctionnement, le conseil bénéficie de l'appui de l'antenne du bassin concerné qui a notamment pour mission de mettre en place et soutenir le conseil.

Le conseil d'aide et de soins est une instance sans personnalité juridique qui doit fixer des objectifs stratégiques et opérationnels. Dans les conseils de soins, tous les acteurs du bassin doivent être représentés. *In fine*, ce sont les acteurs qui doivent fixer les objectifs stratégiques et opérationnels du bassin.

Le conseil est l'instance de gouvernance stratégique. Sa mission est de définir les objectifs opérationnels et le plan d'action du bassin concerné. Toutefois, ce plan d'action et ces objectifs devront par la suite être validés par la structure d'appui à l'ambulatoire conformément aux règles internes qui lui seront applicables, pour ensuite faire l'objet de négociations dans le cadre de la conclusion de la convention visée à l'article 28. Leur élaboration se fera dès lors en étroite collaboration avec l'antenne concernée et les organes compétents de la structure d'appui à l'ambulatoire.

Il a aussi pour mission de développer la responsabilité populationnelle portée par les acteurs du bassin et d'accompagner la mise en œuvre des actions qui permettent de rencontrer cet objectif.

Par « acteurs du bassin », il est entendu tout acteur dont la mission contribue à la mission du bassin : les acteurs publics que sont les Communes et CPAS; le secteur associatif, indépendamment de l'entité qui

l'agrée, et les professions libérales ou acteurs paramédicaux indépendants ou salariés.

Article 21

Tout comme pour les contrats locaux social santé, les missions des antennes de bassin ont été définies dans le cadre des groupes de travail auxquels des représentants des secteurs ont participé.

Étant donné que le bassin social santé inclut l'ensemble des acteurs social santé du bassin, et que ce sont eux qui doivent transformer leurs pratiques, le rôle de l'antenne est de se mettre au service de ceux-ci, de les accompagner, pour réaliser les objectifs de l'aide et des soins intégrés.

Les antennes font partie de la structure d'appui à l'ambulatoire et n'ont pas de personnalité juridique, mais sont chargées de certaines missions. La structure d'appui à l'ambulatoire doit mettre en place des antennes, c'est-à-dire constituer pour chaque bassin une équipe qui se consacre uniquement à l'exécution des missions du bassin concerné et qui devient le point de contact du bassin concerné.

L'antenne est l'équipe de la structure d'appui à l'ambulatoire qui fournit le soutien nécessaire aux conseils de soins pour fixer les objectifs stratégiques et opérationnels (ce qui est réaliste, quels sont les diagnostics, etc.) et les mettre en œuvre. Les antennes apporteront également un soutien pratique (organisation des réunions, rédaction des procès-verbaux, etc.).

Ainsi, par le biais du conseil d'aide et de soins, il revient aux acteurs d'imaginer et de fixer les objectifs stratégiques, mais pour cela ils ont besoin d'un soutien opérationnel et intellectuel. C'est ce que les antennes ont à offrir.

Articles 22 et 23

Ces articles définissent la façon dont les acteurs régionaux seront pilotés par les collèges.

Tous les acteurs du social santé bruxellois contribuent aux soins intégrés, y compris ceux qui agissent au niveau régional. Les différentes structures d'appui et fédérations existantes sont les relais entre les autorités et les acteurs en vue de réaliser les objectifs du présent décret et ordonnance conjoints.

Article 24

Un des impacts majeurs du présent décret et ordonnance conjoints est l'intégration de la notion d'action sur un territoire déterminé.

Les acteurs devront intégrer leurs actions au sein d'un territoire. Les éventuels agréments octroyés à ces acteurs devront dès lors mentionner le territoire pour lequel un acteur est agréé.

Toutefois, d'une part, tous les acteurs n'exercent actuellement pas leurs activités sur un territoire déterminé et d'autre part, certains acteurs inscrivent leurs actions sur un territoire déterminé sans que ce territoire corresponde aux territoires qui seront déterminées par les collègues.

Une certaine période d'adaptation est indéniablement nécessaire.

C'est pourquoi le présent décret et ordonnance conjoints n'impose aucunement aux acteurs un territoire déterminé.

La détermination du territoire d'intervention d'un acteur de l'ambulatoire devra se faire en concertation entre les autorités compétentes, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune et les acteurs eux-mêmes. L'avis des administrations, des services d'étude et de soutien, les instances des bassins seront pris en compte.

En d'autres termes, l'intention de l'alinéa premier du présent article est bien d'imposer le choix d'un territoire dans le cadre de l'octroi d'un agrément, mais le « choix » de ce territoire devra se faire sur la base d'une concertation avec les différents acteurs compétents.

L'article 45 prévoit un délai à fixer par les collègues pour la mise en œuvre de cette disposition.

C'est uniquement une fois que le dispositif de territorialité connaîtra une certaine stabilité pour un groupe d'acteurs déterminé que les collègues pourront le cas échéant déterminer par arrêté le niveau d'intervention d'un ou de plusieurs secteurs déterminés.

La conséquence juridique concrète du présent dispositif est que les acteurs seront agréés et/ou financés afin d'exercer leurs activités sur un territoire donné. Le respect du territoire donné constituera dès lors une condition d'agrément et/ou de subventionnement. Dans le cas où cette condition viendrait à ne pas être respectée, les conséquences propres à ce non-respect devront être tirées et ce, en fonction de ce que prévoient les mécanismes d'agrément et de subventionnement concernés. Toutefois, l'ancrage

territorial n'aura pas d'impact sur la liberté de choix des patients.

Article 25

Cet article reprend en partie les missions de l'actuelle structure d'appui à la première ligne, mais adaptée en fonction des besoins existants.

Cela résulte d'une volonté de limiter le nombre de structures agissant au niveau régional et ainsi d'augmenter la cohérence de l'action de ces structures. Il ne ferait en effet aucun sens d'avoir une structure d'appui par entité compétente sur le territoire bruxellois, dès lors que cette structure a pour mission de renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de la première ligne social santé. En effet, multiplier le nombre de structures d'appui aurait directement pour effet de diminuer la cohérence recherchée.

Toutefois, l'intention n'est aucunement de limiter le rôle de la structure d'appui à l'ambulatoire aux seuls acteurs Commission communautaire commune et Commission communautaire française. Comme déjà précisé plus haut, il existe également des discussions avec la Communauté flamande afin d'harmoniser et de coordonner la politique de la première ligne. L'actuelle structure d'appui à la première ligne est actuellement régulièrement en contact avec divers acteurs relevant tant de la Communauté française que de la Communauté flamande. Il s'agit en particulier de la structure de première ligne désignée par la Communauté flamande.

Cet appui se fait sur base volontaire et dans la mesure où les missions de la structure d'appui à l'ambulatoire visent à améliorer la cohérence de l'ensemble des acteurs du social santé en Région bruxelloise, indépendamment du pouvoir de tutelle de chacun de ces acteurs.

Les missions de la structure d'appui à l'ambulatoire sont exercées dans la limite des moyens disponibles.

La mission de faciliter l'accès aux services s'exerce par l'accompagnement des acteurs de la fonction inclusive et de la première ligne pour identifier les barrières à l'accès et chercher des solutions permettant aux citoyens le recours aux droits.

Article 26

Cet article prévoit l'agrément d'une structure d'appui à l'ambulatoire pour exercer les missions d'appui à la première ligne et les missions exercées au niveau des bassins, notamment par le biais des antennes.

Articles 27 et 28

Le cadre général est fixé par les collèges conjointement et l'opérationnalisation est prise en charge par la Commission communautaire commune. La convention conclue avec la structure d'appui devra bien faire la distinction entre les missions exercées au niveau des bassins et celles exercées au niveau régional visées à l'article 25.

Les moyens mis à disposition de la structure d'appui à l'ambulatoire pour l'accompagnement des bassins devront être utilisés sur base de l'universalisme proportionné. Les critères régissant l'universalisme proportionné seront précisés dans l'arrêté. Le respect de ce principe sera précisé dans la convention passée avec la structure d'appui à l'ambulatoire et dans le rapport annuel, et sera évalué par l'Observatoire de la Santé et du Social dans le cadre plus large de ses missions d'évaluation de l'adéquation entre l'offre et les besoins.

Article 29

Une programmation conjointe pourra être déterminée par les collèges. Cette programmation remplacera les programmations distinctes au niveau de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune.

Elle s'appuiera sur le principe d'universalisme proportionné.

Elle s'appuiera sur les territoires définis dans le présent décret et ordonnance conjoints, le niveau d'action des acteurs et les diagnostics d'offres et de besoins.

En ce qui concerne les acteurs qui ne sont pas visés par le présent décret et ordonnance conjoints, des accords devront être conclus avec les autorités compétentes lors de la mise en place de la programmation, et ce afin de prendre en compte l'ensemble des acteurs actifs en Région bruxelloise. Du point de vue de la santé publique, la prise en considération de l'ensemble des acteurs sur un territoire donné est très fortement souhaitable et recommandée.

Articles 30 à 34

Ces dispositions visent à adapter l'ordonnance relative à la politique de la première ligne en fonction du contenu du présent décret et ordonnance conjoints.

Ces adaptations peuvent être déclinées en deux parties.

La première partie est le déplacement des définitions et missions relatives à la première ligne au sein du présent décret et ordonnance conjoints.

En effet, l'un des objectifs principaux du présent décret et ordonnance conjoints est de rendre communes à la Commission communautaire française et à la Commission communautaire commune les définitions générales et les missions traduisant la vision politique social santé.

Afin de mettre en œuvre ce choix, il convenait dès lors de supprimer les définitions et missions spécifiques à la Commission communautaire commune.

En ce qui concerne la Commission communautaire française, le décret ambulatoire sera modifié par un décret distinct.

Le second élément est l'élargissement du champ d'application de l'ordonnance relative à la politique de la première ligne de soins à la politique de l'aide aux personnes. Les dispositions limitant le champ d'application de cette ordonnance sont dès lors abrogées.

Articles 35 à 37

Ces articles fixent le rôle et les missions des centres social santé intégrés.

Ces centres s'inscrivent dans la vision politique telle que définie dans le présent décret et ordonnance conjoints, à savoir, une approche intégrée et décloisonnée social santé, multidisciplinaire et centrée sur les personnes.

Article 38

Les missions visées à l'article 37 sont les missions de base des CSSI.

Dans le cas où ils le souhaitent, les CSSI pourront développer une mission complémentaire. Dans ce cas, un financement complémentaire pourra leur être octroyé.

Article 39

Tout comme pour la fonction inclusive complémentaire visée à l'article 38, les CSSI pourront également développer des partenariats avec certaines institutions. Le cas échéant, la mise en place de ces partenariats pourra faire l'objet d'un financement.

Article 40

La volonté politique actuelle est de faciliter l'installation des CSSI afin d'en assurer le développement. La mise en place de ce type de structure n'est toutefois pas toujours aisée. Dès lors, la mise en place d'un CSSI peut nécessiter un accompagnement dont les modalités seront organisées par le Collège réuni.

Article 41

Un CSSI pourra choisir entre trois constructions juridiques.

Soit le CSSI est une entité qui a pour seul objet d'exercer les missions d'un CSSI.

Soit le CSSI est une entité qui établit un partenariat entre différentes structures qui ensemble répondent aux conditions d'agrément. Ces structures pourraient par exemple être une maison médicale et un centre d'aide aux personnes.

Soit le CSSI est une entité qui est agréé pour différents types de services dont au moins une partie répond aux conditions d'agrément. Dans un tel cas, l'entité concernée conserverait ses agréments existants. Il convient de souligner qu'une entité qui répond à ces exigences aurait le choix entre la présente option et la première. En effet, soit elle souhaite conser-

ver les agréments existants et opte pour la troisième option, soit elle renonce aux agréments existants et choisit d'être agréé pour la seule activité de CSSI.

Article 42

Le CSSI devra disposer d'une équipe pluridisciplinaire qui lui permettra de répondre aux conditions d'agrément.

Articles 43 et 44

Ces articles ne nécessitent pas de commentaire.

Article 45

Comme déjà dit ci-dessus, la première étape relative à la mise en œuvre de l'organisation territoriale du secteur social santé consiste à inscrire le territoire d'action des différents acteurs de l'ambulatoire financés et ou agréés par la Commission communautaire commune ou la Commission communautaire française. Afin de prendre en compte les particularités de tous les acteurs concernés et de mettre en place les concertations nécessaires à cette fin, les acteurs concernés bénéficieront d'un délai, à déterminer par les collèges pour y procéder.

PROJET DE DÉCRET ET ORDONNANCE CONJOINTS

de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale

CHAPITRE 1^{ER}

Dispositions générales

Article 1^{er}

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° collèges : le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune;
- 2° comité de coordination sociale : le comité visé à l'article 62 de la loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'action sociale;
- 3° ambulatoire : ensemble des acteurs actifs dans le domaine du social et de la santé, à l'exception du secteur résidentiel et hospitalier;
- 4° première ligne social santé : ensemble des acteurs qui au plus proche des milieux de vie des personnes ont une approche généraliste et offrent, favorisent ou soutiennent de l'action sociale, de l'aide et des soins intégrés qui préviennent ou répondent de manière holistique à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du social. Elle assure la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie, en ce compris les situations complexes où une collaboration intense entre les prestataires est nécessaire. La première ligne social santé joue un rôle dans l'aide aux personnes, l'action sociale, la prévention, le diagnostic, le soin, la revalidation et les soins palliatifs et continués. Elle adopte des méthodes de travail intégrées et centrées sur les personnes. Elle s'assure de rendre ses services accessibles à tous les publics. Elle est partie intégrante de l'ambulatoire;

5° aide et soins intégrés : approche qui permet à toutes les personnes d'accéder à des services de l'aide et des soins de qualité, qui sont coproduits d'une façon qui réponde à leurs besoins tout au long de leur vie et qui respecte leurs préférences;

6° action communautaire : en se basant sur le pouvoir d'agir des populations, l'action communautaire est une approche qui vise à élaborer et développer, avec et pour les personnes concernées, des réponses collectives à des problématiques collectives dans une perspective de changement social, d'amélioration des déterminants de la santé, de lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle.

Ce processus progressif d'analyse et d'action à mettre en œuvre repose sur la participation effective des personnes concernées et leur mise en synergie avec des professionnels du social et de la santé, des acteurs locaux et des ressources du territoire;

7° responsabilité populationnelle : responsabilité collective qui implique chez les acteurs de l'ambulatoire la nécessité de collaborer et de viser à l'amélioration du bien-être des résidents sur un territoire donné, y compris celui des personnes en situation de non-recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre, compte tenu des moyens mis à leur disposition par les pouvoirs publics;

8° universalisme proportionné : principe en vertu duquel un accès aux mêmes services est offert à l'ensemble de la population, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale ou sanitaire;

9° fonction inclusive : fonction mise en œuvre par les acteurs de l'ambulatoire afin de rendre possible l'intégration des publics fragiles dans le système socio-sanitaire en prenant en charge, y compris en allant à leur rencontre, les personnes qui n'ont pas accès aux soins, leurs besoins, et en les aidant à accéder au système de soins classique quelle(s) que soi(en)t la ou les raisons de leur manque d'accès.

Article 3

Le présent décret et ordonnance conjoints s'applique aux acteurs relevant de la politique de la santé et de l'aide aux personnes visée à l'article 5, § 1^{er}, 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^{er}, II, 3° et 4°, de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches.

CHAPITRE 2
Missions

Article 4

Dans le cadre d'une approche social santé intégrée, les acteurs de l'ambulatoire ont pour mission :

- 1° d'offrir un accompagnement professionnel social santé centré sur la personne et ses priorités;
- 2° de collaborer avec les CPAS en charge de la mise en œuvre des missions exercées dans les quartiers social santé, avec la structure d'appui à l'ambulatoire et avec les autorités publiques en charge de la mise en œuvre de l'approche intégrée social santé qui correspond à leur(s) niveau(x) d'intervention (le quartier, le bassin et la région) en vue de réaliser les objectifs du Plan Social Santé Intégré;
- 3° de collaborer entre eux et avec les institutions résidentielles afin d'améliorer la prise en charge et la continuité de l'aide et des soins des bénéficiaires;
- 4° d'offrir de l'aide et des soins de qualité, sûrs, accessibles et continus;
- 5° de contribuer à l'enregistrement des données et à l'échange des données en utilisant de préférence les outils numériques afin d'assurer la continuité et la qualité de l'aide et des soins;
- 6° d'œuvrer à l'accès aux droits des personnes afin de lutter contre le non-recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre et d'assurer une fonction inclusive.

Article 5

Les acteurs de la première ligne social santé ont, en outre, pour mission :

- 1° d'accompagner, d'orienter, de soigner et de suivre les personnes à travers l'ensemble du système de l'aide et des soins;

2° de contribuer à améliorer, maintenir ou rétablir le bien-être de la population se trouvant sur leur territoire de référence sur le plan social et sanitaire, y compris à travers des actions communautaires;

3° de soutenir les personnes en besoin d'aide et de soins, leur famille, leurs aidants proches, dans leur autonomie;

4° de développer une collaboration locale entre eux afin d'offrir une prise en charge intégrée, centrée sur la personne et de proximité;

5° de prendre en compte l'ensemble des besoins des habitants du territoire qui les concernent dans les domaines du bien-être et de la santé.

CHAPITRE 3
Territorialisation

SECTION I^{RE}
Dispositions générales

Article 6

L'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale.

Article 7

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins, le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale est divisé en trois niveaux :

- 1° les quartiers social santé;
- 2° les bassins d'aide et de soins;
- 3° la région.

Article 8

L'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité.

Article 9

Les acteurs de l'ambulatoire inscrivent leurs actions et mettent en œuvre les missions visées aux articles 4 et 5 sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle.

SECTION II
Les quartiers social santé

SOUS-SECTION I^{ÈRE}
Dispositions générales

Article 10

§ 1^{er}. – Les quartiers social santé sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque quartier social santé regroupe maximum 30.000 habitants. En fonction de l'évolution démographique des quartiers, les collèges peuvent déroger au nombre d'habitants indiqué.

Les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les caractéristiques sociologiques de chaque territoire et en respectant les frontières communales.

§ 2. – L'ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier contribuent collectivement à améliorer le bien-être des habitants en :

- 1° luttant contre le non-recours;
- 2° organisant l'offre social santé du quartier de manière à mettre au mieux les objectifs de vie des personnes en besoin d'aide et de soins au cœur de l'offre;
- 3° agissant sur les déterminants de la santé.

SOUS-SECTION II
Missions et gouvernance

Article 11

§ 1^{er}. – Dans les limites des crédits disponibles, le Collège réuni subventionne les CPAS afin de leur confier l'exécution des missions suivantes sur le territoire de chacun des quartiers social santé de leur commune :

- 1° favoriser l'articulation entre les acteurs actifs à l'échelle du quartier;
- 2° renforcer les mesures soutenant l'accessibilité des acteurs de l'ambulatoire;
- 3° faciliter l'approche de l'aide et des soins centrée sur la personne;

4° soutenir à l'échelle du quartier le travail intersectoriel;

5° renforcer le pouvoir d'agir des habitants du quartier par l'action communautaire.

Les collèges peuvent préciser par un arrêté d'exécution conjoint les missions exécutées sur le territoire des quartiers social santé.

§ 2. – L'opérationnalisation de ces missions est mise en œuvre par le comité de coordination sociale qui, selon la nécessité, organise des groupes de travail ou comités de coordination de quartier.

§ 3. – Dans le cas où une mise en œuvre cohérente de ces missions, entre des quartiers contigus mais relevant de CPAS différents, nécessite une collaboration rapprochée entre les comités de coordination sociale concernés, ceux-ci mettent en place un ou des groupes de travail communs.

Article 12

Afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions visées à l'article 11, le Collège réuni conclut un contrat local social santé avec le CPAS qui est compétent pour ce quartier. Ce contrat précise la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation et à son renouvellement.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusion des contrats locaux social santé et peut préciser les éléments devant y être repris.

Article 13

Dans le cas où plusieurs quartiers bénéficient d'un contrat locaux social santé au sein d'une même commune, le comité de coordination sociale assure l'articulation et la cohérence des actions entre les différents quartiers concernés.

Article 14

Les collèges précisent par un arrêté d'exécution conjoint les modalités de gouvernance requises pour la mise en œuvre des contrats locaux social santé.

Le Collège réuni fixe le montant de la subvention ainsi que d'autres conditions de subventions, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

SOUS-SECTION III
Priorisation des quartiers social santé

Article 15

Sur la base d'indicateurs proposés par l'Observatoire de la Santé et du Social reflétant l'état de santé, le recours à la prévention en santé et la situation sociale dans chaque quartier, les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint la priorisation des quartiers.

Les quartiers classés en priorité sont ceux faisant état du niveau de vulnérabilité sociale et sanitaire le plus élevé et dont l'offre de services ambulatoires ne permet pas de répondre à ces besoins.

Article 16

§ 1^{er}. – Dans le cas où les crédits disponibles ne permettent pas de financer l'exécution des missions visées à l'article 11 pour tous les quartiers social santé, le Collège réuni, conformément au principe d'universalisme proportionné, subventionne uniquement une partie des quartiers social santé en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers.

§ 2. – Conformément au principe d'universalisme proportionné et afin de permettre d'augmenter le nombre de quartiers social santé financés, le Collège réuni peut subventionner, en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers et dans la limite des crédits disponibles, certains quartiers social santé complémentaires aux quartiers social santé financés sur la base du paragraphe premier afin qu'ils exécutent uniquement une partie des missions visées à l'article 11.

Les collèges précisent par un arrêté d'exécution conjoint les modalités permettant de subventionner uniquement une partie des missions des CPAS conformément à l'alinéa premier.

SECTION III
Les bassins d'aide et de soins

Article 17

Les bassins d'aide et de soins sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, incluant des communes entières et/ou des parties de ces dernières et couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque bassin d'aide et de soins regroupe au minimum cinq quartiers social santé et ne comprend pas plus de 350.000 habitants.

Les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les coopérations existantes entre les acteurs de l'ambulatoire, le recours aux services des acteurs de l'aide et des soins des résidents sur les territoires concernés et les délimitations des quartiers social santé.

Article 18

Le bassin d'aide et de soins est une unité territoriale intermédiaire entre la région et les quartiers social santé. Il est le niveau de coordination et de concertation d'une part entre les acteurs de l'ambulatoire actifs sur le territoire du bassin et d'autre part entre ces derniers et les services résidentiels et les acteurs du niveau régional ou national.

Les collaborations mises en place au niveau du bassin contribuent à une organisation intégrée entre les acteurs du social et de la santé en vue de renforcer la qualité, l'accessibilité, l'efficacité, l'expérience des usagers et les conditions de travail des acteurs.

Article 19

La structure d'appui à l'ambulatoire visée à l'article 26 exerce les missions suivantes au niveau des bassins d'aide et de soins :

- 1° mettre en place en son sein une antenne par bassin d'aide et de soins chargée d'assurer la mise en œuvre opérationnelle des missions visées à l'article 21;
- 2° gérer les antennes et les moyens et ressources disponibles nécessaires à leur fonctionnement;
- 3° s'assurer de la représentativité et de la fonctionnalité des conseils d'aide et de soins dans chaque bassin;
- 4° coordonner les antennes entre elles et avec les acteurs du niveau régional ou suprarégional;
- 5° d'initiative ou sur demande, remettre un avis aux collèges sur les objectifs et priorités opérationnelles pour les bassins d'aide et de soins et la région;
- 6° d'assurer un monitoring et une évaluation de l'opérationnalisation des objectifs sociaux et de santé définis pour les bassins d'aide et de soins.

La structure d'appui à l'ambulatoire répartit les moyens à destination des bassins mis à sa disposition sur base des principes de l'universalisme proportionné et dans la limite des crédits disponibles.

Article 20

Le conseil d'aide et de soins du bassin est l'instance au niveau d'un bassin au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du social et de la santé actifs dans le bassin sont représentés.

Le conseil d'aide et de soins du bassin a pour mission de définir les objectifs opérationnels et de contribuer à la réalisation du plan d'action du bassin d'aide et de soins.

Article 21

Les antennes de la structure d'appui à l'ambulatoire ont pour mission de venir en appui aux acteurs de l'ambulatoire au sein du bassin et, dans ce cadre, de :

1. centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins, l'offre et l'accessibilité de celle-ci ainsi que sur l'utilisation des services en lien avec ses missions;
2. développer l'interconnaissance des acteurs et des organisations;
3. soutenir la coordination entre acteurs du social (entre eux) et de la santé (entre eux) et entre acteurs de la santé et du social;
4. soutenir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé au sein du bassin d'aide et de soins;
5. mettre en place et soutenir le fonctionnement du conseil d'aide et de soins du bassin.

Les collègues précisent par un arrêté d'exécution conjoint les missions, la composition et les modalités de fonctionnement des conseils d'aide et de soins et des antennes.

SECTION IV

La région

Article 22

La région est le niveau supérieur auquel se dessine la politique d'aide et de soins sur le territoire de la région.

Article 23

Les acteurs ambulatoires spécialisés dont le fonctionnement ne s'aligne pas sur l'approche territoria-

lisée en bassins d'aide et de soins ou quartiers sont programmés au niveau de la région.

SECTION V

Niveau d'intervention territoriale

Article 24

Les agréments, contrats de gestion, conventions et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée.

Les collègues peuvent par un arrêté d'exécution conjoint fixer les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire.

CHAPITRE 4

Appui à la première ligne de l'aide et des soins

Article 25

La structure d'appui à l'ambulatoire visée à l'article 26 exerce les missions suivantes afin de renforcer la cohérence de la première ligne social santé :

- 1° agir en tant que plateforme d'aide et d'accompagnement des acteurs de la première ligne social santé. Ce soutien concerne également les articulations avec tous les intervenants de l'ambulatoire, du résidentiel et de l'hospitalier. Les bénéficiaires finaux sont toutes les personnes en besoin d'aide et de soins à Bruxelles, notamment les personnes en situation complexe ou de vulnérabilité;
- 2° faciliter le développement de pratiques multidisciplinaires au niveau des bénéficiaires, et interprofessionnelle, intersectorielle et interinstitutionnelle au niveau des différentes délimitations territoriales visées à l'article 7;
- 3° proposer des espaces d'expérimentation et soutenir l'innovation afin de permettre la participation de la première ligne social santé à la mise en place d'une organisation territoriale social santé intégrée;
- 4° constituer un point de référence pour les acteurs de la première ligne social santé pour l'orientation et la mise en place des aides nécessaires afin de soutenir l'accompagnement des situations complexes;
- 5° faciliter le partage d'expérience et les collaborations entre les acteurs de la première ligne social santé et les services dédiés aux publics vulnérables.

rables afin de travailler à l'abaissement des seuils d'accès aux services et aux aides;

- 6° développer, dans les limites de ses missions, des services qui comprennent notamment de l'information, de l'orientation, des équipes d'appui méthodologique, des espaces de rencontres et de concertation;
- 7° visibiliser les informations prioritaires pour les acteurs de la première ligne social santé et plus largement améliorer la lisibilité du système social santé;
- 8° soutenir à travers ses services, conjointement avec les autorités et les acteurs existants de la première ligne social santé, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité de la première ligne de l'aide et des soins;
- 9° participer à la définition, au monitoring et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé;
- 10° organiser la coordination des bassins d'aide et de soins afin d'assurer les missions visées à l'article 21 pour l'ensemble des bassins d'aide et de soins;
- 11° exercer les missions de plateforme bruxelloise de soins palliatifs;
- 12° collaborer avec les structures d'appui agréées par les autres entités compétentes sur le territoire;
- 13° s'appuyer sur les connaissances et compétences de l'Observatoire de la Santé et du Social.

CHAPITRE 5

Structure d'appui à l'ambulatoire

Article 26

Le Collège réuni agréé et subventionne dans la limite des crédits disponibles une structure d'appui à l'ambulatoire chargée d'exécuter les missions visées aux articles 11 et 25.

La structure d'appui à l'ambulatoire prend la forme d'une association de droit privé dotée de la personnalité juridique, qui ne peut, directement ou indirectement, distribuer ou fournir un quelconque avantage patrimonial, sauf pour l'objectif désintéressé défini dans ses statuts.

Afin de répondre aux conditions d'agrément, la structure d'appui à l'ambulatoire doit notamment exercer les missions telles que notamment précisées par les collègues dans un arrêté d'exécution conjoint.

Article 27

Les collègues fixent et précisent par un arrêté d'exécution conjoint les conditions d'agrément de la structure d'appui à l'ambulatoire ainsi que ses missions et sa gouvernance, en ce compris sa composition.

Le Collège réuni fixe la durée de l'agrément, les règles pour accorder l'agrément et pour suspendre ou retirer l'agrément, en tout ou en partie, en cas de non-respect des conditions d'agrément ainsi que le montant de la subvention, d'autres conditions de subventionnement, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

Le montant de la subvention relatif à l'exécution des missions visées aux articles 19 et 21 est réparti entre chacune des antennes, pour son fonctionnement, sur la base du principe de l'universalisme proportionné. Le Collège réuni fixe les critères objectifs sur la base desquels la répartition doit être opérée.

Article 28

Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui à l'ambulatoire afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions en fonction des moyens disponibles. Cette convention porte, d'une part, sur l'exécution des missions exercées au niveau des bassins d'aide et de soins, en précisant notamment les particularités propres à chaque bassin et l'articulation de l'action entre la structure d'appui à l'ambulatoire, ses antennes et les conseils d'aide et de soins. La convention porte, d'autre part, sur les missions de la structure d'appui à l'ambulatoire visées à l'article 25.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusion de la convention et peut préciser les éléments devant y être repris.

CHAPITRE 5 Programmation

Article 29

Les collègues fixent par un arrêté d'exécution conjoint la programmation de l'offre d'aide et de soins des acteurs de l'ambulatoire.

La programmation est organisée en prenant en considération les crédits disponibles, les délimitations territoriales visées dans le présent décret et ordonnance conjoints ainsi que le principe d'universalisme proportionné.

CHAPITRE 6
Dispositions modificatives

Article 30

Dans l'ordonnance du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne de soins, en ce compris dans l'intitulé, les mots « première ligne de soins » sont remplacés par les mots « première ligne social santé ».

Article 31

L'article 2 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit :

« Art. 2. – Les définitions visées dans le projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune des [dates] relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sont applicables à la présente ordonnance. ».

Article 32

L'article 3 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit :

« Art. 3. – Les missions de la première ligne social santé sont les missions visées au chapitre 2 du décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune des [dates] relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. ».

Article 33

Les articles 4 à 7 de la même ordonnance sont abrogés.

Article 34

À l'article 8 de la même ordonnance, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « , à l'exclusion des activités réglementées par l'ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux centres et services de l'aide aux personnes et l'ordonnance du 14 juin 2018 relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans abri » sont abrogés;

2° au 1°, les mots « visés à l'article 2, 2° » sont abrogés;

3° au 6°, les mots « ligne 0.5 visés à l'article 2, 3° » sont remplacés par les mots « fonction inclusive ».

Article 35

Dans la même ordonnance, après l'article 9, il est inséré un chapitre II/1, rédigé comme suit : « Centre social santé intégré ».

Article 36

Dans le chapitre II/1, inséré par l'article 35, il est inséré un article 9/1 rédigé comme suit :

« Art. 9/1. – Le centre social santé intégré est un acteur de la première ligne de l'aide et des soins qui offre aux usagers une prise en charge généraliste intégrée de santé somatique et mentale et d'action sociale. »

Article 37

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/2 rédigé comme suit :

« Art. 9/2. – Le centre social santé intégré exerce les missions suivantes :

- 1° aider la personne dans sa globalité et dans toutes ses possibilités d'intégration en offrant un premier accueil aux usagers, analyser leur situation et le cas échéant, orienter leur demande vers le service compétent au sein du centre ou vers un autre service spécialisé;
- 2° développer le lien social et un meilleur accès des personnes aux équipements collectifs et à leurs droits fondamentaux. Agir sur l'ensemble des facteurs de précarisation sociale;
- 3° solliciter la participation active des personnes aidées, les intégrer, elles et leur famille, dans la vie citoyenne;
- 4° dispenser des soins de santé primaire;
- 5° assurer un accompagnement et un suivi de l'usager dans la durée;
- 6° assurer un accompagnement psychologique généraliste;

- 7° recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités du centre en vue d'une amélioration de la qualité des soins;
- 8° assurer des fonctions d'action communautaire;
- 9° renforcer les liens avec les services spécialisés, notamment en mettant en place des collaborations relatives à une ou plusieurs mission(s) spécialisée(s) agréée(s);
- 10° œuvrer à garantir la prise en charge de tous les usagers et ce indépendamment de leur statut administratif et de leur assurabilité financière;
- 11° mettre en place des dispositifs de liaison interprofessionnelle;
- 12° mettre en place des pratiques permettant la continuité dans la démarche de l'aide et des soins, y compris lorsque l'utilisateur choisit de changer de service ambulatoire, ce qu'il peut faire librement, afin de le maintenir dans le système soignant. ».

Article 38

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/3 rédigé comme suit :

« Art. 9/3. – Le centre social santé intégré peut en outre exercer une fonction inclusive spécifique, consistant à :

- 1° mettre en place un service d'outreaching en vue d'aller à la rencontre des populations se trouvant sur le territoire de leur activité qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services;
- 2° assurer l'accueil et la prise en charge d'un pourcentage minimum de patients bénéficiaires de l'intervention majorée et de l'aide médicale urgente, tel que fixé par le Collège réuni;
- 3° prévoir une réactivité aux situations d'urgence afin d'accueillir des dispositifs externes d'accès aux droits et aux services nécessaires à la gestion de la situation d'urgence. ».

Article 39

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/4 rédigé comme suit :

« Art. 9/4. – Le centre social santé intégré peut mettre en place des collaborations avec :

- 1° un service de médiation de dettes;
- 2° un centre de planning familial;
- 3° un service de coordination de soins et de services à domicile;
- 4° un service actif en matière de drogue et d'addiction;
- 5° un service de santé mentale. ».

Article 40

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/5 rédigé comme suit :

« Art. 9/5. – Afin d'assurer l'exercice de ses missions, le centre social santé intégré peut bénéficier d'un accompagnement.

Les modalités de cet accompagnement sont fixées par le Collège réuni. ».

Article 41

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/6 rédigé comme suit :

« Art. 9/6. – Le centre social santé intégré est constitué sous la forme d'une association sans but lucratif qui répond à l'une des caractéristiques suivantes :

- 1° avoir pour objet de remplir les missions d'un centre social santé intégré;
- 2° avoir pour objet de mettre en place une collaboration entre plusieurs structures distinctes exploitant des services agréés distincts afin d'offrir un service correspondant aux normes d'agrément d'un centre social santé intégré;
- 3° disposer de plusieurs agréments qui ensemble répondent aux normes d'agrément d'un centre social santé intégré. ».

Article 42

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/7 rédigé comme suit :

« Art. 9/7. – Le centre social santé intégré dispose d'une équipe pluridisciplinaire dont le cadre minimum du personnel est fixé par le Collège réuni. ».

Article 43

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/8 rédigé comme suit :

« Art. 9/8. – Le Collège réuni fixe les conditions d'agrément, la durée de l'agrément, les règles pour accorder l'agrément et pour suspendre ou retirer l'agrément en cas de non-respect des conditions d'agrément ainsi que la subvention, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve. ».

CHAPITRE 7

Dispositions finales et transitoires

Article 44

Le Collège de la Commission communautaire française octroie un financement à la Commission communautaire commune relatif aux prestations de la Commission communautaire commune prévues par le présent décret et ordonnance conjoints.

Les collèges fixent par arrêté conjoint le montant du financement visé à l'alinéa 1^{er}.

Article 45

L'article 24, alinéa 1^{er}, du présent décret et ordonnance conjoints entre en vigueur le 1^{er} janvier 2029.

Les collèges peuvent fixer une date d'entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l'alinéa 1^{er}.

Article 46

Les programmations adoptées distinctement par la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune restent en vigueur tant que les collèges ne prévoient pas de programmation conjointe sur la base de l'article 29 du présent décret et ordonnance conjoints.

Bruxelles le 9 novembre 2023

La ministre-présidente en charge de la Famille et de la Promotion de la Santé,

Barbara TRACHTE

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

Alain MARON

ANNEXE 1

AVIS N° 73.975/VR DU CONSEIL D'ÉTAT DU 28 SEPTEMBRE 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 26 juin 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 commune et de la Commission communautaire française « relatif à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale », a donné l'avis suivant :

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique (1) et l'accomplissement des formalités prescrites.

PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

2. L'avant-projet de décret et d'ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française soumis pour avis porte sur l'organisation, en ce qui concerne les deux autorités concernées, de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Outre une série de définitions (article 2 de l'avant-projet) et une disposition relative aux acteurs auxquels s'applique le dispositif en projet (article 3), l'avant-projet règle les missions des acteurs de l'ambulatoire (article 4) et celles des acteurs de la première ligne social santé (article 5).

L'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale (article 6). À cet effet et dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins, le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale est divisé en trois niveaux, à savoir les quartiers social santé, les bassins d'aide et de soins et la région (article 7). L'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité (article 8). Les mis-

sions des acteurs de l'ambulatoire sont exercées sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle (article 9).

L'avant-projet règle le découpage des quartiers social santé ainsi que les tâches des acteurs actifs dans ces quartiers (article 10). Le Collège réuni de la Commission communautaire commune subventionne les CPAS en vue de l'exécution d'une série de missions dans chacun des quartiers social santé de leur commune (articles 11 et 14, alinéa 2) et conclut avec chaque CPAS un contrat local social santé (articles 12 à 14, alinéa 1^{er}). Un dispositif est prévu pour la priorisation de certains quartiers social santé (articles 15 et 16).

Le découpage des bassins d'aide et de soins est réglée (article 17), de même que le rôle de ces bassins (article 18). Les missions de la structure d'appui visées aux articles 25 à 27 dans les bassins d'aide et de soins sont réglées, ainsi que l'attribution des moyens par cette structure d'appui (article 19). Dans chaque bassin d'aide et de soins, il existe un conseil d'aide et de soins qui définit les objectifs opérationnels et contribue à la réalisation du plan d'action du bassin (article 20). Les antennes de la structure d'appui ont pour mission de venir en appui aux acteurs de l'ambulatoire au sein du bassin (article 21).

La région est le niveau supérieur de la politique d'aide et de soins (article 22). Les acteurs ambulatoires spécialisés non concernés par le découpage des bassins d'aide et de soins et des quartiers social santé, font l'objet d'une programmation au niveau de la région (article 23).

Le niveau d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire peut être fixé par le Collège réuni et le Collège de la Commission communautaire française (ci-après : « les collèges ») et est mentionné dans les décisions d'agrément et de financement de ces acteurs (article 24).

Une structure d'appui chargée de renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de la première ligne social santé est agréée et financée par le Collège réuni (article 25). Les tâches de cette structure d'appui sont énumérées (article 26). Les collèges peuvent définir les conditions d'agrément, les missions et la gouvernance de la structure d'appui, tandis que le Collège réuni précise un certain nombre d'autres règles, notamment en ce qui concerne la procédure d'agrément et la subvention (article 27). Le

(*) Cette prorogation résulte de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, 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.

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

Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui et fixe les modalités de conclusion de la convention ainsi que sa portée (article 28).

Les collèges fixent la programmation de l'offre d'aide et de soins des acteurs de l'ambulatorio (article 29).

En outre, l'avant-projet contient un certain nombre de modifications de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 « relative à la politique de première ligne de soins », notamment par l'insertion d'un chapitre sur le centre social santé intégré (lire : « les centres-social santé intégrés ») (articles 30 à 43).

Les collèges sont habilités à fixer le délai dans lequel le niveau d'intervention territoriale est mentionné dans les agréments (article 44). Le décret et ordonnance conjoints à adopter entre en vigueur à une date devant encore être complétée (article 45).

PORTÉE DE L'EXAMEN

3. Le chapitre 6 de l'avant-projet contient des dispositions modifiant l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019. À cet égard, l'exposé des motifs indique ce qui suit :

« L'intégration de cette vision à l'ensemble de l'ambulatorio nécessite une révision du décret ambulatorio (au niveau Commission communautaire française) et de l'ordonnance première ligne (au niveau Commission communautaire commune).

Au niveau de la Commission communautaire commune, les modifications sont déjà intégrées dans le présent décret et ordonnance conjoints ».

La section de législation n'aperçoit pas pourquoi les modifications apportées à l'ordonnance de la Commission communautaire commune figurent déjà dans le présent avant-projet, alors que tel n'est pas le cas pour le décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 « relatif à l'offre de services ambulatoires dans le domaine de l'action sociale, de la famille et de la santé ». Par ailleurs, interrogés sur les raisons pour lesquelles ces modifications sont apportées par la voie d'un décret et ordonnance conjoints, compte tenu des conséquences sur les possibilités ultérieures de modification des dispositions concernées

de l'ordonnance du 4 avril 2019 ⁽²⁾ ⁽³⁾, les délégués ont déclaré ce qui suit :

« Het is wel niet de bedoeling dat de nieuwe in de ordonnantie van 4 april 2019 ingevoegde bepalingen slechts bij gezamenlijke decreet ordonnantie kan worden gewijzigd. Aangezien het om een ordonnantie gaat is het wel de bedoeling dat de GGC haar autonomie behoudt betreffende haar eigen regelgevende tekst ».

Compte tenu de l'intention des auteurs de l'avant-projet, il est plus sûr de renoncer au procédé envisagé et de transformer les modifications en projet en un avant-projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune distinct. Dans ces circonstances, la section de législation renonce donc à poursuivre l'examen du chapitre 6 de l'avant-projet.

(2) Selon l'article 92bis/1, § 4, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980 « de réformes institutionnelles », rendu applicable à la Commission communautaire commune par l'article 63, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 12 janvier 1989 « relative aux Institutions bruxelloises », « [u]n décret conjoint peut abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions légales ou décrétales en vigueur. Il ne peut être modifié, complété ou remplacé que par un décret conjoint adopté par les mêmes Parlements ». En ce qui concerne les accords de coopération, l'assemblée générale de la section de législation a admis, dans de strictes limites, qu'une disposition de rang législatif modifiée par un accord de coopération puisse encore, par la suite, faire l'objet de modifications par l'auteur initial de la norme, tout en rappelant, d'une part, qu'en vertu du principe général de droit *pacta sunt servanda*, applicable aux accords de coopération, les autorités qui ont conclu un accord de coopération entre elles doivent le respecter et ne peuvent pas édicter unilatéralement des règles de droit portant atteinte au contenu de l'accord de coopération, et en observant, d'autre part, qu'il ne peut être procédé à des modifications unilatérales de dispositions modifiées par un accord de coopération lorsque de telles modifications ne sont pas compatibles avec le contenu de cet accord (voir les avis 52.324/AV/4-52.325/AG/4 donnés les 8 et 14 janvier 2013 sur deux avant-projets devenus le décret de la Région wallonne du 11 avril 2014 « portant assentiment à l'accord de coopération conclu le 21 novembre 2013 entre la Région wallonne et la Communauté française relatif aux articles 42 et 44 de la Convention internationale des droits de l'enfant » et le décret de la Communauté française du 27 février 2014 « portant assentiment à l'accord de coopération conclu le 21 novembre 2013 entre la Région wallonne et la Communauté française relatif aux articles 42 et 44 de la Convention internationale des droits de l'enfant », observations 5 à 11, *Doc. parl.*, Parl. w, 2013-14, n° 1024/1, pp. 6-8 et *Doc. parl.*, Parl. Comm. fr., 2013-14, n° 607-1/14, p. 19.

(3) En ce qui concerne l'abrogation pure et simple d'un décret ou d'une ordonnance par un décret ou ordonnance conjoints, ces questions ne se posent pas, puisque ce décret ou cette ordonnance disparaît ainsi de l'ordonnement juridique. Voir par exemple l'article 32 des décret et ordonnance conjoints de la Région de Bruxelles-Capitale, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française du 16 mai 2019 « relatifs à la publicité de l'administration dans les institutions bruxelloises ».

COMPÉTENCE

4.1. Le financement des tâches supplémentaires des CPAS dans le cadre du dispositif en projet, ainsi que celui de la structure d'appui, qui assure à son tour le financement des missions dans chacun des bassins d'aide et de soins, soulèvent des difficultés au regard des règles répartitrices de compétences entre les entités impliquées dans le processus d'adoption de la norme conjointe, comme en témoigne ce qui suit.

Les articles 11, 14 et 16 de l'avant-projet prévoient le subventionnement des CPAS par le Collège réuni. Conformément à l'article 12 de l'avant-projet, le Collège réuni conclut un contrat local social santé avec chaque CPAS.

L'article 25 de l'avant-projet dispose que le Collège réuni agréé et finance la structure d'appui. L'article 27 de l'avant-projet investit les collèges du pouvoir de préciser les conditions d'agrément de la structure d'appui, ainsi que ses missions et sa « gouvernance », mais le Collège réuni fixe la durée de l'agrément, les règles pour accorder cet agrément et pour suspendre ou retirer ce dernier ainsi que la subvention. Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui et fixe les modalités de conclusion de cette convention ainsi que sa portée (article 28).

L'article 19, § 3, de l'avant-projet dispose que la structure d'appui répartit les moyens à destination des bassins d'aide et de soins.

4.2. 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 en vue de l'exercice conjoint de compétences propres. Il faut en tout cas veiller à ce que chacune des autorités 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 ⁽⁴⁾. Cela implique qu'un lien de proportionnalité doit exister entre les coûts des obligations liées aux compétences apportées par chacune des

autorités concernées et leur financement par chacune d'elles ⁽⁵⁾.

4.3. À cet égard, l'exposé des motifs indique ce qui suit :

« Le principe est que toutes les grandes lignes des options politiques à savoir, le principe de territorialisation, la fixation de la programmation, la délimitation des territoires, la définition des missions, les exigences en termes de gouvernance etc. peuvent être définies conjointement. Par contre, la mise en œuvre des outils de pilotage territoriaux définis dans le présent décret et ordonnance conjoints, les quartiers, les bassins et la structure d'appui à la première ligne, est confiée à la Commission communautaire commune.

Cela s'explique par la nécessité de désigner une seule instance chargée du suivi et du contrôle. D'un point de vue administratif, il serait en effet trop lourd de charger deux institutions distinctes de l'opérationnalisation des différents dispositifs mis en place, mais également particulièrement compliqué dès lors que chaque entité a ses pratiques et exigences de suivi administratif.

Si l'opérationnalisation est prise en charge par la Commission communautaire commune, elle se fait en collaboration avec la Commission communautaire française. Cela se traduit notamment dans le cadre de la gouvernance commune instaurée par le décret et ordonnance conjoint relatifs à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois. Sur cette base, c'est l'ensemble de la politique social santé qui est suivi tant par les instances relevant de la Commission communautaire commune que celles relevant de la Commission communautaire française, à savoir, les administrations, les ministres compétents, les instances d'avis etc.

Le choix de confier cette opérationnalisation à la Commission communautaire commune se justifie par son caractère bicommunautaire. La Commission communautaire commune est en effet la seule des deux institutions compétentes pour assurer le bilinguisme des différentes relations à mettre en œuvre.

Nonobstant l'opérationnalisation confiée à la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française reste libre de mettre en œuvre sa politique et d'y insérer les balises et moyens permettant aux acteurs dépendant de la Commission

(4) Avis 73.262/VR et 73.285/VR donné le 16 juin 2023 sur un avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française « relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois », observation 4.

(5) Voir dans le cadre d'un accord de coopération, l'avis 52.806/VR donné le 19 mars 2013 sur un avant-projet d'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale « portant assentiment à l'Accord de Coopération entre la Commission communautaire commune et la Région de Bruxelles-Capitale relatif à l'aide sociale aux ménages dans le cadre de la libéralisation des marchés de l'électricité et du gaz », observations 3 à 4.2.

communautaire française de s'insérer dans les logiques définies dans le présent décret et ordonnance conjoints ».

Les délégués ont encore ajouté ce qui suit :

« Daarnaast [is] het toekennen van subsidie (...) slechts een aspect van onderhavig ontwerp. De andere aspecten worden allemaal gezamenlijk bepaald en de concrete uitvoering van onderhavig ontwerp zal zowel voor de GGC als voor de FGC belangrijke gevolgen hebben wat betreft de aanpassing van de erkenningen en financieringen aan de territorialiteitsvisie. Het aantal actoren van de ambulante sector die onder de bevoegdheid van de FGC ressorteren is, vandaag, aanzienlijk groter dan deze die onder de bevoegdheden van de GGC ressorteren, op dat punt zullen de gevolgen groter zijn voor de FGC dan voor de GGC.

Hoewel de in onderhavig ontwerp voorziene erkenningen en financieringen door de GGC zullen toegekend worden, zal de GGC dit uitvoeren in samenwerking met de FGC : Er zullen in de ondersteuningsstructuur regeringscommissarissen zijn zowel van de GGC als van de FGC (dit zal worden voorzien in de uitvoeringsbesluiten), het is de GGC die de lokaal welzijns- en gezondheidscontract zal afsluiten maar er zal in de uitvoeringsbesluiten worden bepaald dat de onderhandelingen in samenwerking met de FGC zal moeten gebeuren en, zoals vermeld in de memorie van toelichting, zal dit worden opgevolgd in het kader van het gezamenlijke bestuur dat wordt ingevoerd in het gezamenlijk decreet en ordonnantie met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan.

Het feit dat de betrokken erkenningen en financieringen alleen aan de GGC werd toevertrouwd wordt enkel verantwoord door praktische overwegingen om de efficiëntie van de opvolging zoveel mogelijk te optimaliseren. Maar daarbij werd de controle op deze erkenningen en financieringen geenszins alleen aan de GGC toevertrouwd aangezien de FGC over verschillende mogelijkheden zal beschikken om erop toezicht uit te oefenen.

Hieruit blijkt dat er naar een evenwicht werd gezocht tussen de prestaties van de verschillende entiteiten.

Tot slot kan ook worden verwezen naar een recent samenwerkingsakkoord tussen de GGC en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreffende diensten inzake begroting, financiën, boekhouding en controle (instemmingsordonnanties van 11 maart 2021 en advies RvS 65.734). In dit samenwerkingsakkoord worden veel diensten voorzien vanuit het BHG zonder

dat er bepaalde compensatie door de GGC worden voorzien wat minder evenwichtig lijkt dan onderhavig ontwerp. In zijn advies op het de ordonnanties houdende instemming op het SWA heeft de RvS geen opmerking gedaan op dat punt. ».

Contrairement à ce qu'avancent les délégués, l'accord de coopération du 30 janvier 2020 entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune « portant sur les services en matière de budget, finances, comptabilité et contrôle » prévoit bien un apport financier de la Commission communautaire commune pour l'adhésion à la plate-forme SAP de la Région de Bruxelles-Capitale, en l'occurrence dans son article 4 ⁽⁶⁾. Les autres dispositions de cet accord de coopération concernent des accords mutuels en matière de comptabilité et de contrôle qui ne semblent pas nécessiter de compensation de la part de la Commission communautaire commune.

La « nécessité de désigner une seule instance chargée du suivi et du contrôle » évoquée dans l'exposé des motifs ne signifie pas pour autant que le financement d'institutions accomplissant des tâches relevant tant de la compétence de la Commission communautaire française que de celle de la Commission communautaire commune, puisse être entièrement pris en charge par cette dernière autorité, d'autant que les délégués indiquent eux-mêmes que « [h]et aantal actoren van de ambulante sector die onder de bevoegdheid van de FGC ressorteren (...), vandaag, aanzienlijk groter [is] dan deze die onder de bevoegdheden van de GGC ressorteren ». Le fait que le financement par la Commission communautaire commune serait motivé par des « pratiques overwegingen om de efficiëntie van de opvolging zoveel mogelijk te optimaliseren » n'est pas non plus convaincant.

On peut considérer que le financement prévu dans le dispositif actuellement en projet est distinct de celui figurant déjà dans le décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 et dans l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019, même si on n'aperçoit pas de manière claire à ce stade la mesure dans laquelle ce financement pourrait encore faire l'objet de modifications à la suite du décret et ordonnance conjoints à adopter. Il n'en demeure toutefois pas moins que le financement en projet des CPAS et de la structure d'appui est lié tant aux compétences de la Commission communautaire française qu'à celles de la Commission communautaire commune et qu'il doit exister un rapport de proportionnalité raisonnable entre les coûts des obligations liées aux compétences apportées par chacune des deux autorités.

(6) Qui correspond à l'article 2, alinéa 2, de l'accord de coopération soumis pour avis à la section de législation.

En conclusion, le régime de la répartition des charges financières dans le dispositif en projet doit être revu au regard des considérations qui précèdent.

FORMALITÉS PRÉALABLES

5. L'article 12, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014 entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française « relatif à la concertation intra-francophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières », dispose :

« Le Gouvernement ou le Collège de la partie concernée transmet au comité ministériel tout avant-projet de décret ou projet d'arrêté réglementaire en matière de soins de santé ou d'aide aux personnes. ».

La Commission communautaire française veillera au respect de cette formalité et de la procédure visée aux articles 13 à 15 de cet accord de coopération.

6. Les rapports d'évaluation du projet relatif à l'impact sur la situation des personnes handicapées (conformément à l'article 4, § 3, du décret de la Commission communautaire française du 15 décembre 2016 « portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire française » et à l'article 4, § 3, de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 23 décembre 2016 « portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire commune ») sont joints à l'avant-projet. Ces rapports indiquent que l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints n'a pas d'impact sur la dimension du handicap.

L'avant-projet de décret et ordonnance conjoints concerne la politique de la santé et une partie importante de la politique de l'aide aux personnes. Même si la politique des handicapés (7) n'est pas, comme telle, concernée par l'avant-projet, les politiques mises en œuvre par l'avant-projet présentent un intérêt pour les personnes souffrant d'un handicap, dans la mesure où celles-ci sont également les bénéficiaires des services ambulatoires. L'avant-projet peut donc effectivement avoir une incidence à leur égard.

Les auteurs de l'avant-projet veilleront au correct accomplissement de la formalité préalable (8).

(7) Article 5, § 1^{er}, II, 4^o, de la loi spéciale du 8 août 1980.

(8) Voir dans le même sens les avis 71.902/VR et 71.908/VR donnés le 27 octobre 2022 sur des avant-projets de décret et ordonnance conjoints « relatif à l'adoption et à la mise en œuvre concertée du plan social santé intégré bruxellois », l'observation 3 dans l'avis 71.902/VR et l'observation 4 dans l'avis 71.908/VR.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

7.1. 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 92bis/1 de la loi spéciale du 8 août 1980 (9). 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. Selon son intitulé et l'exposé des motifs, l'avant-projet vise l'organisation de l'ambulance et de la première ligne social et santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sur la base d'une politique commune et une approche territorialisée, telle que décrite dans le plan social santé intégré (10).

Conformément à l'article 3 de l'avant-projet et ainsi qu'il ressort des explications données par les délégués, les compétences mises en œuvre par celui-ci sont la politique de la santé et de l'aide aux personnes visées par l'article 5, § 1^{er}, I et II, de la loi spéciale du 8 août 1980, à l'exception des matières visées à l'article 5, § 1^{er}, II, 3^o et 4^o, de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches et dans les limites posées par le 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 ».

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 au sein de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Des compétences en la matière sont également exercées par la Communauté française et par la Communauté flamande (11).

L'avant-projet de décret et ordonnance conjoints associe uniquement la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française à la coopération visée.

(9) Qui, eu égard à l'article 138 de la Constitution, s'applique à la Commission communautaire française et, conformément à l'article 63, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 12 janvier 1989, à la Commission communautaire commune.

(10) Régulé dans l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints « relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois » (voir les avis précités 71.902/VR, 71.908/VR, 73.262/VR et 73.285/VR).

(11) 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.

En principe, il n'y a pas d'objection à conclure des accords de coopération asymétriques ni à nouer une coopération asymétrique ⁽¹²⁾. 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 communautés ou les autres régions à qui ont été attribuées les mêmes compétences matérielles ⁽¹³⁾.

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 ⁽¹⁴⁾.

Il n'y a donc pas en tant que telle d'objection du point de vue des règles répartitrices de compétences

(12) Avis 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° 54-2473/001, pp. 10-22.

(13) Avis 57.456/AG et 57.670/AG donnés 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, 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.

(14) Avis 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., 2012-2013, n° 75/1, pp. 7-11, avec renvoi à l'avis 43.794/1 donné le 29 novembre 2007 sur un avant-projet devenu l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale 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. 4-38.

au fait que seules la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune soient associées au présent processus de décret et ordonnance conjoints.

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 communautaire commune ⁽¹⁵⁾. Il s'ensuit que si, comme dans l'avant-projet à l'examen, la Commission communautaire commune poursuit un objectif général d'harmonisation, de coordination ou d'intégration générale de la politique de l'ambulatoire, en ce compris les soins de première ligne, elle doit tout mettre en œuvre – ce qui suppose que la Commission communautaire commune doit avoir fait une tentative réelle et effective – pour parvenir à une coopération avec les différentes autorités compétentes pour la politique de l'ambulatoire, en ce compris les soins de première ligne 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 ⁽¹⁶⁾.

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 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.

(15) Avis 68.632/1 donné le 29 janvier 2021 sur un avant-projet devenu l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale 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, pp. 13-18.

(16) Avis 61.026/VR.

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 une 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) ⁽¹⁷⁾.

7.2. À ce sujet, l'exposé des motifs indique ce qui suit :

« Au niveau de la région, ce sont la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française qui restent les pilotes d'une vision régionale et des directives relatives à la politique sociale santé dans la ligne du Plan Social Santé Intégré.

Il doit par ailleurs être souligné que le dispositif bassins repris dans le présent décret et ordonnance conjoints s'inspire notamment de ce qui est fait par d'autres entités. En effet, les bassins correspondent dans les grandes lignes aux « zorgraden » institués en 2019 par la Communauté flamande.

En région flamande les zone des zorgraden ont été définie par environ 100.000 habitants. Toutefois, il n'existe pour Bruxelles qu'un seul « zorgraad » pour 1,2 million d'habitants. Cela s'explique notamment en raison du nombre limité d'acteurs sur le territoire bruxellois relevant de la compétence de la Communauté flamande qui ne permet pas une approche semblable à celle appliquée en région flamande. Au regard du nombre d'acteurs proportionnellement plus important relevant de la Commission communautaire commune ou de la Commission communautaire française, il est indispensable de créer un plus grand nombre de bassins pour le territoire bruxellois. L'objectif est bien de mettre en place une étroite collaboration entre les bassins définis dans le présent décret et ordonnance conjoint et le zorgraad bruZEL et la VGC.

Le découpage en bassins correspond également à l'esprit du découpage actuellement proposé en région wallonne dans le cadre du trajet Proxi-santé.

La logique de l'organisation du secteur social santé intégrée sur la base d'une territorialisation se développe sur l'ensemble du territoire belge. Afin de garantir une politique d'aide et de soins intégrés entre les différentes entités fédérées des mécanismes de coopération seront mis en place.

Un travail de concertation par le biais de groupes de travail ayant duré plusieurs mois avec les acteurs compétents a été mis en œuvre. Tant les acteurs ambulatoires relevant de la compétence de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française que ceux relevant de l'autorité fédérale ou de la Communauté flamande à travers la Huis voor Gezondheid ont été invités à la concertation.

Il convient par ailleurs de préciser que des contacts ont été pris avec la Communauté flamande afin d'harmoniser et de coordonner sur le territoire bruxellois la politique de la première ligne développée par le présent décret et ordonnance conjoint avec celle de la Flandre. Des discussions sont actuellement en cours afin d'aboutir à la conclusion d'un protocole d'accord.

En raison du nombre très importants d'entités compétentes dans le domaine de la santé et du social pour le territoire bruxellois, il est indispensable de mettre en place de nombreuses collaborations. Toutefois, la complexité institutionnelle et politique belgo-bruxelloise impose d'adapter les modalités de collaboration en fonction des possibilités offertes. En d'autres termes, une approche pragmatique est indispensable afin de rendre possible la collaboration au niveau bruxellois.

Il va également de soi que le présent décret et ordonnance conjoint n'empêche aucunement la conclusion d'autres accords, asymétriques ou non, avec les entités compétentes en région bruxelloise. ».

7.3. À la question de savoir si l'avant-projet met en œuvre les principes figurant dans le plan social santé intégré ou si, d'une autre manière, il vise à mettre en place une politique intégrée de l'ambulatoire et de la première ligne social santé pour l'ensemble de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, et si, dans l'affirmative, une véritable tentative de coopération a été effectuée avec les Communauté française et flamande, les délégués ont répondu ce qui suit :

« Het ontwerp geeft inderdaad uitvoering aan principes en beleidsplan zoals opgenomen in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan. Het dient dan te worden gezien als één van de concrete uitvoering[en] van dit plan. (...) »

Wat de samenwerking met de andere bevoegde entiteiten betreft kan worden verwezen naar (...) de memorie van toelichting. Zoals daar vermeld zijn er vandaag nauwe contacten gelegd om de samenwerking te versterken en ervoor zorgen dat de inhoud van dit ontwerp complementair wordt met het beleid van de andere entiteiten. Deze samenwerkingen (die in functie van de noden de volgende vormen kunnen nemen : vergaderingen, protocolakkoord, samenwer-

(17) Voir dans le même sens les avis 71.902/VR et 71.908/VR.

kingsakkoord, ...) zijn dus essentieel om de beleidsvisie van onderhavig ontwerp te verwezenlijken.

Het principe van territorialiteit en de oprichting van drie niveau in Brussel waarop en in functie waarvan de zorg zullen kunnen worden georganiseerd werd ook reeds meermaals besproken tijdens interministeriële conferentie gezondheid (IMCCIM) en er wordt vandaag reeds daarmee rekening gehouden in de discussie tussen de verschillende entiteiten (zie onder meer : <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/interfederaal-plangeintegreerde-zorg/Paginas/default.aspx>).

Er zijn vandaag ook reeds discussie[s] om deze samenwerkingen verder [te organiseren in de vorm van [een] protocolakkoord of samenwerkingsakkoord ».

7.4. Au vu des explications données et, notamment, de la volonté annoncée de développer une coordination et une complémentarité avec les politiques respectives de la Communauté française et de la Communauté flamande, il est pris acte de ce qu'une tentative réelle et effective en vue de mettre en place une coopération et une coordination similaires avec la Communauté flamande et la Communauté française est en cours.

8.1. L'article 6 de l'avant-projet dispose que l'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale. Aux termes de l'article 7 de l'avant-projet, dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins, le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale est divisé en trois niveaux : les quartiers social-santé, les bassins d'aide et de soins et la région. Conformément à l'article 8 de l'avant-projet, l'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité. L'article 9 de l'avant-projet prévoit que les acteurs de l'ambulatoire inscrivent leurs actions et mettent en œuvre les missions visées aux articles 4 et 5 sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle ⁽¹⁸⁾. L'article 24 de l'avant-projet énonce que les agréments et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée; les collègues peuvent fixer les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire.

Les conséquences juridiques concrètes de ces dispositions n'apparaissent pas clairement, en particulier celles de l'article 9 de l'avant-projet, en ce qui concerne la répartition territoriale de l'offre social santé envisagée.

8.2. À ce sujet, l'exposé des motifs indique ce qui suit :

« L'organisation de l'offre social santé sur une base territoriale n'implique pas d'obligation nouvelle pour les usagers de recourir à un service basé sur le territoire défini. Il n'existe sur ce point aucune intention de limiter le droit des patients à leur libre choix de prestataire de soins. ».

Toutefois, ailleurs dans l'exposé des motifs, il est également fait mention de ce qui suit :

« Un des impacts majeurs du présent décret et ordonnance conjoints est l'intégration de la notion d'action sur un territoire déterminé.

Les acteurs devront intégrer leurs actions au sein d'un territoire. Les éventuels agréments octroyés à ces acteurs devront dès lors mentionner le territoire pour lequel un acteur est agréé.

Toutefois, d'une part, tous les acteurs n'exercent actuellement pas leurs activités sur un territoire déterminé et d'autre part, certains acteurs inscrivent leurs actions sur un territoire déterminé sans que ce territoire corresponde aux territoires qui seront déterminées par les collègues.

Une certaine période d'adaptation est indéniablement nécessaire.

C'est pourquoi le présent décret et ordonnance conjoints n'impose aucunement aux acteurs un territoire déterminé.

La détermination du territoire d'intervention d'un acteur de l'ambulatoire devra se faire en concertation entre les autorités compétentes, la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune et les acteurs eux-mêmes. L'avis des administrations, des services d'étude et de soutien, les instances des bassins seront pris en compte.

En d'autres termes, l'intention du paragraphe premier du présent article est bien d'imposer le choix d'un territoire dans le cadre de l'octroi d'un agrément, mais le « choix » de ce territoire devra se faire sur la base d'une concertation avec les différents acteurs compétents.

L'article 44 prévoit un délai à fixer par les collègues pour la mise en œuvre de cette disposition.

C'est uniquement une fois que le dispositif de territorialité connaîtra une certaine stabilité pour un groupe d'acteur déterminé que les collègues pourront le cas échéant déterminer par arrêté le niveau d'intervention d'un ou de plusieurs secteurs déterminés. ».

(18) Telle que définie à l'article 2, 7°, de l'avant-projet.

8.3. À cet égard, les délégués ont encore ajouté les explications suivantes :

« Op termijn is het wel de bedoeling dat de actoren gefinancierd of erkend worden om hun opdrachten op een welbepaald grondgebied uit te voeren. Dit zal wel enige tijd duren vooraleer het effectief uitgevoerd wordt en zal uitvoeringsbeslissingen en besluiten vereisen. Het is wat wordt ermee bedoeld met de volgende passage « Daarom wordt in geen geval in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie een bepaald gebied opgelegd aan de actoren. ». Die passage moet worden gelezen met de twee volgende paragrafen van de memorie van toelichting waaruit blijkt dat het gebied niet zozeer opgelegd zal worden maar gekozen in samenwerking met de betrokken actoren.

Er vloeit wel uit dit ontwerp een verplichting om de erkende of gefinancierde opdrachten op een bepaald grondgebied uit te voeren, maar de keuze van dit grondgebied zal in overleg met de betrokken actoren gebeuren en geval per geval worden bekeken. ».

8.4. De ces précisions, il peut être déduit que l'intention est, dans un délai à fixer par les collègues, de limiter à un territoire déterminé l'exercice des activités de certains acteurs. Indépendamment même des considérations émises ci-après concernant leur compatibilité avec le droit européen (voir l'observation 8.5), il convient de faire ressortir plus clairement les conséquences juridiques concrètes qui s'attachent à la limitation territoriale des agréments et subventions de ces acteurs au niveau des quartiers social-santé et des bassins d'aide et de soins.

En l'état actuel, l'avant-projet ne pose pas clairement le principe selon lequel le choix du territoire d'intervention d'un acteur de l'ambulatoire se fera en concertation avec les acteurs concernés et au cas par cas, ni que cette modalité est directement liée à l'obtention d'un agrément ou d'un financement spécifique, ce qui paraît pourtant être l'intention poursuivie. L'avant-projet sera complété sur ce point.

Quoi qu'il en soit, une telle limitation territoriale ne peut avoir d'effet que dans le cadre des compétences matérielles de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française dans le domaine des soins de santé. Les explications des délégués selon lesquelles les acteurs concernés sont uniquement ceux relevant de la compétence de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française (voir l'observation 19), ne changent rien au fait qu'il existe des acteurs qui relèvent aussi pour partie de la compétence de l'autorité fédérale, à savoir les profession-

nels de la santé (19). Il n'est pas possible d'interdire à des professionnels de la santé visés à titre individuel de dispenser des services de soins de santé en dehors de certains bassins ou quartiers de la région de Bruxelles-Capitale, car cela constituerait un empiètement sur la compétence fédérale en matière d'exercice de la médecine (20).

Si, comme l'indique l'exposé des motifs, le dispositif en projet ne limite aucunement la liberté de l'usager de choisir lui-même son prestataire de soins, l'avant-projet devrait le prévoir explicitement, mais la question se pose alors également de savoir comment cette liberté de choix s'articule avec la limitation territoriale évoquée, ce qui devrait donc aussi être réglé par l'avant-projet.

8.5. Dans la mesure où le dispositif en projet concerne des services, autres que des services non économiques d'intérêt général, en particulier en ce qui concerne des acteurs individuels, et a pour effet de limiter l'exercice de certaines activités à un bassin territorial déterminé, il convient d'examiner s'il se concilie avec la liberté d'établissement (article 49 et suivants du Traité « sur le fonctionnement de l'Union européenne » (ci-après : « TFUE ») et la libre prestation des services (article 56 et suivants du TFUE). À cet égard, les délégués ont donné les explications suivantes :

« Daarnaast, het merendeel van de erkenningsstelsel en financieringen die onder de toepassing van onderhavig ontwerp vallen kunnen niet beschouwd worden als een vergunningsstelsel in de zin van de Dienstrichtlijn in de mate dat ze niet de toegang tot een bepaalde activiteit voorwaardelijk maken aan het bekomen van een « vergunning », maar enkel de financiering ervan. Met andere woorden, de betrokken actoren mogen hun activiteiten vrij uitoefenen (of in sommige gevallen mits naleving van regelgevingen die niet onder de bevoegdheid van de GGC of de FGC vallen – zoals voor artsen en dergelijk) maar indien zij de financiering van de GGC of de FGC willen ontvangen dienen ze wel aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Behoudens vergissing kunnen deze gevallen niet worden beschouwd als een belemmering van de vrijheid van vestiging.

Wat de activiteiten die wel alleen mogen worden uitgeoefend mits naleving van een GGC of FGC vergunningsstelsel (zie bijvoorbeeld artikel 6 van ordonnantie van 7 november 2002 betreffende de centra en

(19) Ceux-ci tombent sous le coup de la loi coordonnée du 10 mai 2015 « relative à l'exercice des professions des soins de santé » et de la loi du 29 avril 1999 « relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales ».

(20) C.C., 19 décembre 2013, n° 170/2013, B.13 à B.16.

diensten voor bijstand aan personen) vallen deze wel minstens onder de toepassing van artikelen 49 en volgende en 56 en volgende VWEU. Voor deze diensten kan wel worden beschouwd dat onderhavig ontwerp een territoriaal beperking aan de uitoefening van een dienst invoegt.

Het principe van territorialiteit toegepast aan het sociaal/gezondheid sector in België is niet nieuw. Er wordt immers regelmatig ervan gebruik gemaakt. Een recent geval kan worden gevonden in de invoering van een territoriale programmatie voor de ziekenhuisnetwerken, zoals ingevoegd bij artikel 6 van de wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, waarover de RvS geen principiële bezwaar had (zie advies 65.023/3).

Een strikt territoriale spreiding kan ook worden gevonden in het vergunningsstelsel van de apotheken. De RvS heeft reeds beschouwd dat : « het begrip « spreiding van de apotheken » moet zo worden opgevat dat het in overeenstemming is met de eisen van de volksgezondheid, inzonderheid met het oog op het op een doeltreffende wijze uitoefenen van de artsenspecialiteit, hetgeen in concreto betekent dat de organisatie en de inplanting van de apotheken dient te worden georganiseerd in het licht van een doeltreffende aflevering van de geneesmiddelen aan de bevolking » (arrest nr. 180.948 van 13 maart 2008, p. 16).

Tot slot heeft het Hof van Justitie reeds gesteld dat « volgens vaste rechtspraak van het Hof artikel 49 VWEU aldus moet worden uitgelegd dat deze bepaling zich in beginsel niet ertegen verzet dat een lidstaat een stelsel van voorafgaande vergunningen voor de vestiging van nieuwkomers in de zorgsector zoals apotheken vaststelt, wanneer een dergelijk stelsel onmisbaar is om eventuele leemten in de toegang tot de gezondheidszorg te dichten en overlappingsen te voorkomen, zodat de gezondheidszorg passend tegemoet komt aan de behoeften van de bevolking, het gehele grondgebied bestrijkt en rekening houdt met geografisch geïsoleerde of anderszins benadeelde gebieden » (arrest C-367/12 overweging 24).

Het Hof van Justitie heeft dus principieel geen bezwaar tegen een stelsel die op grond van sociaal- of gezondheidsoverwegingen een bepaalde locatie voor het uitvoeren van een sociale/ gezondheidsdienst oplegt. Om de wettelijkheid van dit stelsel te beoordelen dient wel te worden nagegaan op grond van welke objectieve en concrete criteria het grondgebied van de betrokken dienst wordt opgelegd. Deze analyse kan in dit stadium niet worden uitgevoerd aangezien onderhavig ontwerp slechts het principe bepaald, hetwelk in de uitvoering van dit ontwerp zal geconcretiseerd moeten worden.

Er dient bijgevolg te worden besloten dat in zover dit ontwerp slechts het principe van de organisatie van de zorg op territoriaal basis regelt het niet strijdig is met artikelen 49 en volgende en 56 en volgende VWEU ».

8.5.1. Selon une jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne, constitue une restriction au sens des articles 49 et 56 du TFUE toute mesure nationale qui, même applicable sans discrimination tenant à la nationalité, est susceptible de gêner ou de rendre moins attrayant l'exercice, par les ressortissants de l'Union, de la liberté d'établissement ou de la liberté de service garanties par le traité ⁽²¹⁾.

En l'espèce, l'imposition d'une obligation de respecter un territoire donné pour la prestation de ses services dans le cadre d'un agrément ou d'une subvention revient à soumettre l'exercice de l'activité des acteurs de l'ambulatoire à une restriction à la libre prestation de services et à la liberté d'établissement au sens des articles 49 et 56 du TFUE. Dès lors que l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en Belgique repose principalement sur le financement par l'État, en tout ou en partie, des prestations qui y sont liées, le seul fait que l'imposition de la définition d'un niveau d'intervention territorial aux acteurs de l'ambulatoire serait uniquement lié au subventionnement de ces acteurs n'a pas pour conséquence que cette territorialisation imposée ne constituerait pas une entrave à la liberté d'établissement ou à la libre prestation de services. S'il est vrai que la réglementation en cause ne prive pas les bénéficiaires des services ambulatoires de la possibilité d'avoir recours à un prestataire de services non agréé et non subventionné, une telle réglementation décourage ceux-ci de s'adresser aux prestataires de services ambulatoires qui n'ont pas obtenu un agrément et un subventionnement et, par voie de conséquence, ne se sont pas astreints à une limitation territoriale de leurs activités.

En outre, la territorialisation conditionne également l'agrément des acteurs de l'ambulatoire en tant que tel et cet agrément, bien qu'il constitue un préalable indispensable au subventionnement, existe indépendamment de celui-ci. Il permet également de témoigner du respect de toute une série de normes de fonctionnement, architecturales ou de personnel, ce qui constitue un gage de qualité à l'égard des tiers. Le lien qui est fait par l'article 24 de l'avant-projet entre l'agrément et le territoire d'exercice des activités aura donc également des conséquences au regard de la libre prestation de services ou de la liberté d'établissement des acteurs de l'ambulatoire. L'article 29 de

(21) En ce sens, voir C.J., 14 octobre 2004, arrêt *Commission des Communautés européennes c. Royaume des Pays-Bas*, C-299/02, Rec. p. I-9761, § 15; 21 avril 2005, arrêt *Commission des Communautés européennes c. République hellénique*, C-140/03, Rec. p. I-3177, § 27.

l'avant-projet lie d'ailleurs programmation et territorialisation.

Il est vrai qu'à l'heure actuelle, le respect d'un territoire donné pour l'exercice de leurs activités est déjà imposé aux réseaux organisés par les articles 177 et suivants du décret du 5 mars 2009. La programmation prévue par l'article 32 du décret du 5 mars 2009 ⁽²²⁾ tient par ailleurs compte des besoins constatés, notamment d'un point de vue géographique. En imposant aux acteurs de l'ambulatorio d'inscrire leurs actions et de mettre en œuvre leurs missions sur un territoire donné, en faisant de cette exigence un élément d'agrément et de subventionnement et en prévoyant que la programmation est organisée en prenant en considération les délimitations territoriales, les articles 9, 24 et 29 de l'avant-projet mettent cependant en place un ensemble de règles plus contraignantes dès lors qu'ils entendent imposer un ancrage territorial à l'ensemble des acteurs de l'ambulatorio et également aux prestataires à titre individuel (et non pas uniquement aux organisations auxquelles ils peuvent se rattacher).

8.5.2. Selon une jurisprudence constante, les restrictions à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services, qui sont applicables sans discrimination tenant à la nationalité, peuvent être justifiées par des raisons impérieuses d'intérêt général, à condition qu'elles soient propres à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi et n'aillent pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif ⁽²³⁾. Il ressort de l'article 52, paragraphe 1^{er}, du TFUE que la protection de la santé publique peut justifier des restrictions aux libertés fondamentales garanties par le traité telles que la liberté d'établissement ou la libre prestation de services. Plus précisément, des restrictions peuvent être justifiées par l'objectif visant à assurer un accès à la population à des soins de santé sûrs et de qualité ⁽²⁴⁾ mais également équilibré et accessible

(22) Cet article prévoit, en son alinéa 1^{er} : « Le Collège établit, après avis du Conseil consultatif, une programmation incluant un nombre de services par secteur en tenant compte de l'offre existante et des besoins constatés d'un point de vue sociologique, géographique, épidémiologique et socio-économique ».

(23) C.J. (gde ch.), 1^{er} juin 2010, arrêt *Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias*, C-570/07 et C-571/07, § 61.

(24) C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung*, C-169/07, § 46 (dentistes); C.J. (gde ch.), 19 mai 2009, arrêt *Apothekerkammer des Saarlandes e.a. c. Saarland et Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales*, C-171/07 et C-172/07, §§ 27 et 28; C.J., 1^{er} juin 2010, arrêt *Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias*, C-570/07 et C-571/07, §§ 63 et 66 (pharmacie); C.J., 5 décembre 2013, arrêt *Alessandra Venturini c. ASL Varese e.a.*, C-159/12 jusqu'au C-161/12, § 42; C.J., 28 avril 1998, arrêt *Kholl c. Union des caisses de maladies*, C-158/96, § 51.

à tous ⁽²⁵⁾. Un tel raisonnement est transposable à l'égard des services sociaux qui participent régulièrement au maintien de la santé. Le risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale et le souci corrélatif de maîtriser les coûts de la sécurité sociale peut également constituer une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une entrave au principe de la libre prestation des services ⁽²⁶⁾.

Plus particulièrement, selon la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, des établissements et infrastructures sanitaires peuvent faire l'objet d'une planification. Celle-ci peut comprendre une autorisation préalable pour l'installation de nouveaux prestataires de soins, lorsqu'elle s'avère indispensable pour combler d'éventuelles lacunes dans l'accès aux prestations sanitaires et pour éviter la création de structures faisant double emploi, de sorte que soit assurée une prise en charge sanitaire adaptée aux besoins de la population, qui couvre l'ensemble du territoire et qui tienne compte des régions géographiquement isolées ou autrement désavantagées ⁽²⁷⁾.

La Cour de justice de l'Union européenne a notamment considéré que :

« 51. À cet égard, il ne saurait être d'emblée exclu, à l'instar de ce que la Cour a déjà jugé à propos des établissements hospitaliers (arrêts du 12 juillet 2001, *Smits et Peerbooms*, C-157/99, Rec. p. I-5473, points 76 à 80, et *Watts*, précité, points 108 à 110), que des infrastructures de soins ambulatoires, telles que des cabinets de médecins et des policliniques, puissent également faire l'objet d'une planification.

52. En effet, une planification, qui exige une autorisation préalable pour l'installation de nouveaux prestataires de soins, peut s'avérer indispensable pour combler d'éventuelles lacunes dans l'accès aux soins ambulatoires et pour éviter la création de structures faisant double emploi, de sorte que soit assurée une prise en charge médicale qui s'adapte aux besoins de la population, couvre l'ensemble du territoire et tienne

(25) C.J., 12 juillet 2001, arrêt *Smits c. Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. et Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, C-157/99, § 79.

(26) C.J., 29 octobre 2020, arrêt *A c. Veselības ministrija*, C-243/19, § 52; C.C., 4 novembre 2015, n° 159/2015, B.9.

(27) C.J., 1^{er} juin 2010, arrêt *Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias*, C-570/07 et C-571/07, § 70; C.J., 12 juillet 2001, arrêt *Smits c. Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. et Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, C-157/99, §§ 76 à 80; C.J. (gde ch.), 16 mai 2006, arrêt *Watts c. Bedford Primary Care Trust et Secretary of State for Health*, C-372/04, §§ 108 à 110; C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung*, C-169/07, §§ 51 et 52.

compte des régions géographiquement isolées ou autrement désavantagées »⁽²⁸⁾.

8.5.3. En l'espèce, dans l'exposé des motifs, la territorialisation imposée aux acteurs de l'ambulatoire est justifiée par :

- le souci de fournir à ceux-ci un cadre clair, leur permettant d'assurer la cohérence de leurs actions avec celle de leurs partenaires, ce qui permettra globalement de renforcer la cohérence de la politique sociale santé dans la région bilingue de Bruxelles capitale;
- la volonté de développer la coordination entre les acteurs de l'offre sociale santé et de développer une politique d'intégration sociale santé au niveau local dont plusieurs expériences pilotes témoigneraient de la pertinence;
- le souhait d'adapter le subventionnement en fonction des besoins réels;
- le souhait d'arriver à mieux identifier le niveau d'action pertinent pour intervenir en cas de crise sanitaire;
- la volonté de développer une logique de territorialisation sur l'ensemble du territoire belge;
-
- de l'aide et des soins de même niveau sur l'ensemble du territoire bruxellois.

Ces justifications témoignent d'un objectif de santé publique et de politique sociale visant à assurer à la population un accès à des soins de santé et des services sociaux sûrs et de qualité⁽²⁹⁾ mais également équilibrés et accessibles à tous.

Il convient encore d'examiner si l'avant-projet est propre à garantir les objectifs poursuivis et nécessaire à cette fin. Si la définition de différents niveaux d'intervention paraît effectivement utile à la poursuite des différents objectifs annoncés, la question se pose de savoir si ceux-ci requièrent, pour autant que soit imposée une obligation d'agir sur un territoire donné

à tous les acteurs de l'ambulatoire, que ceux-ci soient des organisations spécifiques ou des prestataires à titre individuel.

Pour sa part, le décret de la Communauté flamande du 26 avril 2019 « relatif à l'organisation des soins de première ligne, des plateformes régionales de soins, et du soutien des prestataires de soins de première ligne », impose uniquement des zones régionales de soins (articles 13 et 18) aux conseils de soins et aux plateformes régionales de soins. Le Code wallon de l'action sociale et de la santé impose également des programmations territoriales et des agréments liés à une zone d'action spécifique à diverses institutions ou organisations. Il se limite cependant à imposer une telle exigence à des organisations (tels que les services intégrés de soins domicile, les plates-formes de concertation de soins palliatifs, les plates-formes de concertation en santé mentale, etc.), sans viser les prestataires de soins de santé à titre individuel.

Les auteurs de l'avant-projet veilleront par conséquent à justifier plus précisément la nécessité des mesures, notamment quant à leur champ d'application personnel, qu'ils entendent imposer par le biais des articles 9, 24 et 29 de l'avant-projet au regard des objectifs annoncés.

9. Les délégués ont confirmé que les délégations aux « collèges » inscrites dans l'avant-projet visent à ce que le Collège réuni de la Commission communautaire commune et le Collège de la Commission communautaire française prennent un arrêté d'exécution conjoint au sens de l'article 92bis/1, § 3, de la loi spéciale du 8 août 1980. Il est dès lors préférable que ces délégations mentionnent explicitement que les collèges prennent les mesures envisagées « par un arrêté d'exécution conjoint ». Les délégués ont marqué leur accord sur ce point.

10. Chaque fois qu'il est fait référence à « la région » dans l'avant-projet, on écrira « la région bilingue de Bruxelles-Capitale ».

EXAMEN DE L'AVANT-PROJET

Article 2

11. Dès lors que l'article 4, 2°, de l'avant-projet entend se référer à la notion de « plan social santé intégré », il convient de définir celle-ci dans l'article 2.

12. Les notions définies par les 4° (« première ligne sociale santé »), 5° (« aide et soins intégrés »), 6° (« action communautaire »), 7° (« responsabilité populationnelle ») et 9° (« fonction inclusive ») reprennent plusieurs éléments qui visent en réalité à imposer un comportement donné, respectivement

(28) C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung*, C-169/07, §§ 51 et 52.

(29) C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung*, C-169/07, § 46 (dentistes); C.J. 19 mai 2009, arrêt *Apothekerkammer des Saarlandes e.a.*, C-171/07 et C-172/07, §§ 27 et 28; C.J., 1^{er} juin 2010, arrêt *Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias*, C-570/07 et C-571/07, §§ 63 et 66 (pharmacie); C.J., 5 décembre 2013, arrêt *Alessandra Venturini*, C-159/12 jusqu'au C-161/12, § 42; C.J., 28 avril 1998, arrêt *Kholl c. Union des caisses de maladie*, C-158/96, § 51.

aux acteurs de la première ligne sociale santé, aux autorités chargées de mettre en œuvre des actions communautaires et aux acteurs de l'ambulatoire.

Il convient d'éviter de faire figurer des prescriptions à caractère normatif dans une définition. Par conséquent, ces prescriptions seront formulées ailleurs que dans l'article 2.

13.1. Il résulte des informations communiquées par les délégués que les médecins spécialistes qui travaillent en dehors d'un hôpital appartiennent au secteur « ambulatoire » mais pas à la « première ligne social santé » au sens de l'avant-projet. Ils expliquent en effet :

« De artsen-specialisten die buiten een ziekenhuis werken behoren tot de ambulante sector, maar niet in de eerste lijn voor welzijn en gezondheid bedoeld in 4° van datzelfde artikel ».

Cette explication figurera utilement dans le commentaire de l'article.

13.2. Le commentaire de l'article précise que seuls les acteurs de l'ambulatoire « ayant une approche généraliste » et répondant au contenu de la définition font partie de la première ligne social santé. Cela ne résulte pas clairement de la définition donnée par l'article 2, 4°, de l'avant-projet et gagnerait à figurer expressément dans le dispositif ⁽³⁰⁾.

Article 3

14. À l'article 3, seules les matières visées à l'article 5, § 1^{er}, II, 3° et 4°, 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° et 7°, du décret spécial de la Communauté française du

(30) *A contrario*, l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 « relative à la politique de première ligne de soins » définit en son article 2, 2°, la notion de première ligne de soins comme étant : « les acteurs qui offrent, favorisent ou soutiennent des soins généralistes qui répondent à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du bien-être. Elle assure la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie, en ce compris les situations complexes où une collaboration intense entre les prestataires est nécessaire. La première ligne de soins joue un rôle dans la prévention, le diagnostic, le soin, la révalidation et les soins palliatifs et continués. Elle adopte des méthodes de travail intégrées et centrées sur les personnes. Elle s'assure de rendre ses services accessibles à tous les publics ». Ce faisant, l'ordonnance vise expressément les « soins généralistes ».

3 avril 2014 ⁽³¹⁾ et de l'article 3, 6° et 7°, du décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 ⁽³²⁾.

Les délégués s'en expliquent comme suit :

« Het lijkt ons niet relevant en niet coherent om deze uitzondering uitdrukkelijk op te nemen. Immers, de GGC is bevoegd voor alle aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, I en II. Aangezien het de bedoeling is om de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4°, uit te sluiten is het nodig dat het expliciet wordt opgenomen in de tekst zelf. Anders zouden deze aangelegenheden van rechtsweg onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen.

Daarentegen is de FGC niet bevoegd voor de aangelegenheden bedoeld in het hoger vermeld artikel 3, 6° en 7°. Het heeft dan volgens ons geen nut om expliciet te vermelden dat de bevoegdheden waarvoor de FGC niet bevoegd is niet onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen voor wat de FGC betreft.

Daarnaast in zover deze verduidelijking geen normatief karakter zou kunnen hebben (het is niet onderhavig ontwerp dat bepaald dat de aangelegenheden bedoeld in reeds vermeld artikel 3, 6° en 7° niet onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen maar de reeds vermelde decreten van 3 avril 2014) lijkt het ons ook niet coherent om dit op te nemen in de dispositief van de tekst zelf.

Om het concrete toepassingsgebied te verduidelijken zouden we wel in de memorie van toelichting meer uitleg kunnen geven wat dit punt betreft. ».

Par souci de clarté, il s'indiquerait de faire mention dans l'exposé des motifs de la limitation précitée de la compétence de la Commission communautaire française, afin de ne laisser aucun doute subsister quant à la portée exacte du champ d'application du décret et ordonnance conjoints à adopter.

Article 4

15. Dans un souci de sécurité juridique, la notion d'« instances territoriales » figurant à au 2° sera définie.

(31) 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 ».

(32) 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 ».

16. Au même 2°, la notion de « plan social santé intégré » n'est pas définie. Cela étant, il résulte de l'exposé des motifs que les auteurs de l'avant-projet entendent viser le plan social santé intégré au sens de l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française « relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois »⁽³³⁾.

Outre que la référence à ce document nécessiterait que celui-ci ait reçu, à tout le moins, une consécration légale d'ici l'adoption de l'avant-projet, le plan social santé intégré est dépourvu de contenu normatif⁽³⁴⁾. Par conséquent, les mots « en vue de réaliser les objectifs du plan social santé intégré » sont, soit inutiles car ils auraient pour seul objet d'énoncer que la collaboration permet de réaliser les objectifs politiques de ce plan, soit ont pour conséquence de donner une portée normative à un texte qui n'a initialement qu'une portée politique. Dans cette dernière hypothèse, afin de respecter la nature du plan social santé intégré, il serait préférable de faire mention dans l'avant-projet des objectifs poursuivis auxquels on entend donner une portée contraignante.

Article 5

17. Au 1°, la question se pose de l'utilité de la précision selon laquelle les acteurs de la première ligne sociale santé ont pour mission d'organiser les services pour qu'ils soient accessibles, dès lors que ceux-ci ont déjà, en tant qu'acteurs de l'ambulatoire, pour mission d'« offrir de l'aide et des soins de qualité, sûrs, accessibles et continus » en vertu de l'article 4, 4°. Si la disposition citée en premier vise à donner une portée particulière à cette accessibilité, il faut la formuler plus clairement.

Article 8

18. L'article 8 dispose que l'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité. Même à supposer que l'on entende ainsi éviter que le niveau supérieur s'immisce dans des actions qui peuvent être réglées à un niveau inférieur, la portée concrète et les conséquences de ce principe ne sont pas claires. Il convient de les préciser.

(33) Sur lequel la section de législation a donné le 16 juin 2023 les avis 73.262/VR et 73.285/VR.

(34) Voir aussi l'observation 3 des avis précités.

Article 10

19. Le paragraphe 2 dispose que « [l']ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier [social santé] » contribuent collectivement à améliorer le bien-être des habitants en prenant certaines initiatives. À la question de savoir si par ces acteurs, on vise également les acteurs qui sont agréés ou subsidiés par la Communauté flamande ou par la Communauté française, et comment cette disposition serait alors compatible avec les règles répartitrices de compétences, les délégués ont répondu ce qui suit :

« We zijn heel goed bewust van de grondwettelijke perken die in de weg staan om enig vorm van verplichting aan VG, VGC of FG actoren op te leggen. Daarom, onder meer, wordt duidelijk gesteld in de memorie van toelichting betreffende de definitie van ambulante sector dat de VG/FG actoren niet geassocieerd zijn (zie commentaar op artikel 2, 3° p. 10).

In artikel 10, § 2, wordt de plicht enkel gelegd op de GGC en FGC actoren. Wat in de MvT wordt vermeld heeft niet specifiek betrekking op artikel 10, § 2, maar op het wijk in het algemeen. Er wordt daarmee bedoeld dat om te functioneren, dient de wijk rekening te houden met alle actoren, alsook VG, VGC en FG actoren. Het zou immers niet efficiënt zijn om geen rekening te houden met deze actoren om samenwerking tussen de verschillende actoren van de wijk te verbeteren. Om rekening met deze actoren te houden dienen ze uitgenodigd te worden opdat ze, vrijwillig, hun standpunt kunnen doen gelden. Het is dus de bedoeling dat VG, VGC en FG actoren ook geassocieerd worden aan de werking van de wijk, maar slechts op vrijwillige basis.

Er wordt dus in dit ontwerp geen verplichtingen opgelegd aan actoren die ressorteren onder de VG, de VGC of de FG. ».

Compte tenu des limites inhérentes à la répartition des compétences et de l'autonomie respective de l'État fédéral, des communautés et des régions, des obligations de collaborations ne peuvent être imposées par l'avant-projet qu'aux entités qui dépendent de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune. Toute implication de la Communauté française et de la Communauté flamande ne peut être prévue dans l'avant-projet qu'en prévoyant expressément le caractère volontaire et facultatif de cette implication. Par conséquent, il va de soi que les termes « [l']ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier » ne pourront être interprétés que dans le respect des principes précités. Mieux vaudrait le préciser dans l'exposé des motifs.

En outre, dans un souci de cohérence avec le vocabulaire utilisé ailleurs dans le dispositif et avec la définition qui est donnée de la notion d'« ambulatoire » dans l'article 2, 3°, de l'avant-projet, les mots « des acteurs social santé actifs au niveau du quartier » seront remplacés par les mots « des acteurs de l'ambulatoire actifs au niveau du quartier ».

Articles 11 et 14

20. L'article 11, § 1^{er}, dispose que le Collège réuni subventionne les CPAS en vue de l'exécution d'un certain nombre de missions dans chacun des quartiers social santé de leur commune. L'article 14, alinéa 2, habilite le Collège réuni à fixer la subvention et les modalités de contrôle et de constitution d'une réserve.

Interrogés sur la question de savoir si cette subvention est réglée uniquement dans le décret et ordonnance conjoints envisagé et, dans l'affirmative, s'il ne faut pas prévoir dans l'avant-projet des dispositions concernant le montant des subventions, les conditions d'octroi de celles-ci et la procédure d'introduction et d'examen des demandes de subvention (ou prévoir des délégations à cet égard), les délégués ont donné la réponse suivante :

« Het zijn de enige bepalingen op ordonnantie-niveau die de subsidies regelen. De regeling en de bepaling van de subsidies wordt dan vervolgens in de uitvoeringsbesluiten geregeld. Bij de financiering van de Vlaamse zorgzones werd datzelfde schema gevolgd waarover de RvS in zijn adviezen geen opmerking heeft gedaan (zie artikel 10 van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en advies 64.944).

Wat de procedure betreft wordt in artikel 12 bepaald dat het VC een contract met het OCMW zal sluiten en dat de modaliteiten (lees : de procedure) voor het sluiten van deze contracten door het VC zal worden bepaald, wel rekening houdend met artikel 16, § 2, lid 2, die bepaalt dat er modaliteiten kunnen worden voorzien, door het VC, om slechts een deel van de OCMW's te financieren ».

Si l'intention est que la subvention dépende de la mesure dans laquelle sont accomplies les missions visées à l'article 11, § 1^{er}, de l'avant-projet, mieux vaudrait le formuler en termes exprès. La délégation prévue à l'article 14, alinéa 2, devrait en outre être précisée plus avant en habilitant le Collège réuni à fixer le montant de la subvention et à déterminer d'autres conditions de subvention éventuelles. À cet égard, il faut également tenir compte de l'article 16, § 2, de

l'avant-projet, qui prévoit l'hypothèse où seuls certains CPAS sont subventionnés et où les collèges (et non le Collège réuni) sont habilités à déterminer (par un arrêté d'exécution conjoint) les modalités d'exécution de cette subvention.

21. L'article 11, § 1^{er}, alinéa 2, habilite les collèges à « préciser [par un arrêté d'exécution conjoint] les missions des quartiers social santé ». Les délégués ont confirmé que l'on vise les missions des CPAS dans les quartiers social santé et ont formulé la proposition de texte suivante :

« De Colleges kunnen [bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit] de opdrachten die op het grondgebied van de welzijns- en gezondheidswijken worden uitgevoerd nader bepalen ».

On peut se rallier à cette proposition.

Article 12

22. L'article 12 concerne le contrat local social santé que le Collège réuni conclut avec chaque CPAS et qui précise « la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation et à son renouvellement ». Compte tenu notamment des dispositions de l'avant-projet concernant les subventions des CPAS et les délégations au Collège réuni et aux collèges prévues à cet égard (voir à ce sujet l'observation 20), un tel contrat peut uniquement comporter les modalités pratiques de mise en œuvre de ces règles.

23. Dans un souci de transparence, le contrat local social santé devrait être publié, à tout le moins sur le site internet du CPAS.

24. À l'alinéa 2, il convient de clarifier ce qu'il y a lieu d'entendre par la « portée » du contrat local social santé. Cette question semble en effet déjà réglée par l'alinéa 1^{er}, de l'article 12, dès lors que cette disposition précise que le contrat local social santé a pour finalité de fixer les objectifs et les modalités concrètes d'exécution des missions visées à l'article 11 et pour objet de préciser la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation et à son renouvellement. Le cas échéant, le dispositif sera revu au regard de cette observation.

Article 18

25.1. La question se pose de savoir ce qu'il faut entendre, à l'article 18, par les termes « unité territoriale intermédiaire », « région », « acteurs du niveau régional ou national » et « niveau de coordination et

de concertation », et comment la collaboration entre les acteurs concernés se déroule, y compris avec les acteurs qui ne relèvent pas de la compétence de la Commission communautaire commune ni de la Commission communautaire française. Les délégués ont déclaré à cet égard ce qui suit :

« Zoals bepaald in artikel 7 zijn er drie grondgebieden om het sociaal-gezondheidsbeleid op een territoriale basis te organiseren (wijk; zone; gewest). Aan deze drie zones wordt ook een territoriale schaal verbonden : de wijk is de kleinste (in principe een veertigtal voor Brussel); de zone de intermediaire (in principe 5 voor Brussel) en het gewest de grootste (het tweetalige grondgebied van Brussel-Hoofdstad).

Overeenkomstig artikel 9 dienen de actoren van de ambulante sector hun opdrachten op een bepaald grondgebied uit te voeren. Bepaalde actoren zullen actief zijn op het niveau van de wijk (bijvoorbeeld huisartsen), andere op het niveau van het gewest (ondersteuningsstructuur voor alle actoren), andere op het niveau van de zones (het intermediaire niveau). Sommige actoren ressorteren onder de bevoegdheid van de GGC maar zijn eerder actief op nationaal niveau, met name een niveau dat groter is dan het Brusselse gewest, dit is bijvoorbeeld het geval van ziekenhuizen.

Het grootste deel van de bedoelde actoren zijn actoren die onder de bevoegdheden van de GGC of FGC ressorteren. Maar de bedoeling van onderhavig ontwerp is expliciet om een niveau te creëren waarin alle actoren die actief zijn in Brussel uitgenodigd kunnen worden om nodige acties te coördineren en overleg te plegen.

De coördinatie/overleg kan betrekking hebben op acties die enkel GGC of FGC actoren aanbelangen maar ook op acties die een nauwere betrekking eisen met actoren die niet onder de bevoegdheid van de GGC en FGC vallen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor sommige project die op interfederaal niveau worden gelanceerd (inzake project geïntegreerde zorg bijvoorbeeld : <https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/interfederaal-plangeintegreerde-zorg/Paginas/default.aspx>). Dit is reeds in het verleden gebeurd dat op interfederaal niveau afgesproken wordt om bepaalde projecten op territoriaal basis te organiseren. Voor Brussel zou dergelijke projecten op de grondgebieden van de zones kunnen worden georganiseerd. Dit is bijvoorbeeld het geval voor het beheer van een crisis gelijkaardig aan de Covid crisis. Veel acties (testing, tracing vaccinaties, ...) zouden gecoördineerd kunnen worden op het niveau van de zone.

Het enig dat hier wordt geregeld is dus het creëren van een territoriaal niveau en het financieren van een structuur om ervoor te zorgen dat de acties die op dat niveau worden gepland op efficiënte en coherente wijze plaatsvinden.

De opgerichte samenwerkingen zijn dan slechts afspraken die kunnen worden gemaakt tussen de betrokken actoren of overheden en geenszins rechtspersonen. ».

Il faut en tout état de cause préciser que la coordination et la concertation avec des acteurs ne relevant pas de la compétence de la Commission communautaire commune ni de celle de la Commission communautaire française ne peuvent être que facultatives et qu'aucune obligation ne peut leur être imposée, pas même celle de simplement participer à la concertation et à la collaboration qui sont prévues par la disposition en projet.

25.2. Dans la version néerlandaise de l'article 18, alinéa 2, on écrira « tot stand gebrachte samenwerkingen » au lieu de « opgerichte samenwerkingen », cette dernière formulation laissant penser qu'il s'agit d'une structure qui est créée conjointement.

Articles 19 et 20

26. L'article 19 mentionne la « structure d'appui à la première ligne de l'aide et de soins ». Il résulte des explications données par les délégués qu'il s'agit de la structure visée par les articles 25 et 27 de l'avant-projet. Le lien entre ces dispositions devrait être précisé expressément dans l'article 19.

En outre, la cohérence de l'appellation « structure d'appui à la première ligne de l'aide et de soins » et des missions qui lui sont confiées par l'article 25 de l'avant-projet (« renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de la première ligne social santé ») pose question au regard de la mission que l'article 21 de l'avant-projet confie aux antennes de la structure d'appui, consistant à venir en appui « aux acteurs de l'ambulatoire » et pas uniquement aux acteurs de « la première ligne de l'aide et de soins ».

27. À propos du régime des « antennes » mises en place par la structure d'appui conformément à l'article 19 et de l'articulation avec les conseils d'aide et de soins qui doivent être créés dans chaque zone conformément à l'article 20, les délégués ont donné les explications suivantes :

« [De antennes] zijn onderdelen van de ondersteuningsstructuur die geen rechtspersoonlijkheid hebben maar met bepaalde opdrachten worden belast. De ondersteuningsstructuur moet antennes oprichten, wat betekend dat voor elke zone een team moet alleen

worden gewijd aan het uitvoeren van de opdrachten voor de betrokken zone en het aanspreekpunt worden voor de betrokken zone.

De hulp- en zorgraad is een instantie zonder rechtspersoon die de strategische en operationele doelstellingen moet vastleggen. In de zorgraden moeten alle actoren van de zone vertegenwoordigd worden (dit zal onder meer in de uitvoeringsbesluiten worden uitgewerkt). Het zijn in fine de actoren die de strategische en operationele doelstellingen van de zone moeten vastleggen.

De antennes is de team van de ondersteuningsstructuur die aan de zorgraden de nodige ondersteuning biedt om de strategische en operationele doelstellingen vast te leggen (wat is realistisch, wat is de diagnostiek, ...) en uit te voeren. De antennes zullen ook praktisch ondersteuning bieden (organisatie van vergadering, PV opstellen enz).

Via de zorgraad komt het dus aan de actoren om de strategische doelstellingen te bedenken en vast te leggen, maar daarvoor hebben ze ondersteuning nodig, op operationeel en intellectueel vlak. Het is wat de antennes moeten aanbieden ».

Mieux vaudrait faire figurer ces explications dans l'exposé des motifs.

28. À la question de savoir ce que l'on entend par « la représentativité et [...] la fonctionnalité des conseils d'aide et de soins dans chaque antenne », dont il est question à l'article 19, § 1^{er} (lire : alinéa 1^{er}), 3^o, de l'avant-projet, les délégués ont donné la réponse suivante :

« Er wordt hiermee bedoeld dat de ondersteuningsstructuur ervoor moet zorgen dat de raad representatief is voor de actoren van de zone alsook een goede werking heeft. De verwording zou kunnen worden verbeterd door deze passage als volgt te formuleren :

« 3^o de representativiteit en de functionaliteit van de hulp- en zorgraden van elke zone waarborgen; ». ».

On peut se rallier à cette proposition.

29. À l'article 19, § 1^{er} (lire : alinéa 1^{er}), 4^o, il est renvoyé à l'observation 24.

30. L'article 19, § 3 (lire : alinéa 2), fait état de moyens que la structure d'appui met à la disposition des bassins. À la question de savoir de quels moyens il s'agit et comment ceux-ci sont répartis, les délégués ont répondu comme suit :

« De ondersteuningsstructuur zal een financiering krijgen specifiek om de opdrachten bedoeld in arti-

kel 19 uit te voeren. Deze financiering zal door het VC worden toegekend op basis van artikel 25 en 27.

Met artikel 19, § 3, wordt bedoeld dat de ondersteuningsstructuur een specifiek bedrag moet toewijzen aan de uitvoering van de opdrachten op het grondgebied van elke zone. Er wordt wel toegevoegd dat deze verdeling het proportioneel universalisme moet naleven. Dit betekent dat elke zone niet noodzakelijk exact hetzelfde bedrag moet krijgen maar dat het aangepast kan worden in functie van de eigenschappen van elke zone. Om dit duidelijker te maken zou dat lid als volgt kunnen worden geformuleerd :

« Het Verenigd College subsidieert de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg en -zorg binnen de perken van de beschikbare kredieten om ze de uitvoering van de volgende opdrachten toe te vertrouwen :

(... 1^o tot 6^o)

De ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnszorg en -zorg wijst een bedrag toe aan de uitvoering van de opdrachten bedoeld in het eerste lid en in artikel 21 op het grondgebied van elke zone overeenkomstig het proportioneel universalisme. ». ».

On peut en principe se rallier à cette suggestion de texte, à condition d'établir un lien avec la subvention accordée à la structure d'appui visée aux articles 25 et 27, afin qu'il soit clair que les moyens visés à l'article 19, alinéa 2, constituent une partie de cette subvention et que la délégation visée à l'article 27, alinéa 2, s'y applique.

En outre, la notion « d'universalisme proportionné » ne suffit pas à délimiter de manière suffisamment claire et objective, dans le respect du principe d'égalité et de non-discrimination, la façon dont des différences pourront être instaurées entre les montants alloués pour l'exécution des missions visées à l'article 21 de l'avant-projet, selon le bassin concerné. Il convient à tout le moins d'habiliter les collèges à définir les éléments qui seront pris en compte pour établir le niveau de défaveur social ou sanitaire d'un bassin et l'ordre de priorisation qui leur sera donné.

Article 20

31. Aux termes du paragraphe 1^{er}, le conseil d'aide et de soins du bassin est une instance ⁽³⁵⁾ au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du social et de

(35) La version néerlandaise fait mention d'un « strategisch bestuursorgaan », mais ce terme est sans équivalent dans la version française, qui fait uniquement état d'une « instance ». Les délégués proposent d'écrire simplement « orgaan » dans la version néerlandaise, mais le terme « instantie » est sans doute préférable.

la santé actifs dans le bassin sont représentés. À la question de savoir s'il s'agit d'une personne morale et quelle forme juridique elle revêt, les délégués a répondu ce qui suit :

« De hulp- en zorgraad is geen rechtspersoon. Deze raad heeft geen juridisch vorm, het gaat enkel om een raad die de actoren van de zone moet vertegenwoordigen. Zoals hoger reeds uiteengezet is het de bedoeling dat het aan de actoren zelf toekomt om de strategische doelstellingen te bepalen. De financiering die aan de ondersteuningsstructuur zal worden toegekend is bedoeld om de actoren te ondersteunen en te helpen om zich beter te organiseren. Dit zal ook nader worden bepaald in de uitvoeringsbesluiten. ».

Cette explication ne fait pas apparaître suffisamment le rôle que joue le conseil d'aide et de soins ni comment les objectifs stratégiques qui sont alors apparemment fixés par les acteurs du social et de la santé (chacun séparément ?) sont convertis par le conseil d'aide et de soins en objectifs opérationnels au sens du paragraphe 2. La disposition en projet ainsi que l'exposé des motifs seront précisés.

Il convient par ailleurs de rappeler que, dans le respect du principe de l'autonomie respective de l'État fédéral, des communautés et des régions, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne sont pas compétentes pour imposer la représentation obligatoire d'entités relevant d'une autre autorité (telles que les communes, les entités agréées par d'autres autorités, etc.) au sein d'une instance de concertation qu'elles instituent, tel que le conseil d'aide et de soins du bassin⁽³⁶⁾. De telles représentations ne sont admissibles qu'à la condition que celles-ci soient purement facultatives, 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 du conseil d'aide et de soins du bassin, ne puisse avoir de répercussion sur le fonctionnement de celui-ci ni sur la validité des actes qu'il pose⁽³⁷⁾. Le dispositif du paragraphe 1^{er} sera adapté en conséquence.

(36) Sur les possibilités permettant d'organiser légalement une telle représentation, voir l'avis 73.262/VR et 73.285/VR, observation 14.

(37) Avis 49.794/VR/3-49.795/VR/3 donné le 28 juin 2011 sur, notamment, 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, 2010-2011, n° 5-62/2. Voir aussi l'avis 59.592/2/V donné le 18 juillet 2016 sur un 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. 26-35.

Article 21

32. À l'alinéa 2, il y a lieu d'omettre la mention du « § 2. ».

33. Selon l'alinéa 1^{er}, 2^o, il y a lieu de « [d]évelopper l'interconnaissance des acteurs et des organisations ». À la question de savoir ce que signifie cette disposition, les délégués ont répondu ce qui suit :

« Het gaat om de onderlinge kennis tussen de verschillende actoren van de zone alsook de organisaties die actief zijn in het sociaal-gezondheid domein. De antennes moeten ervoor zorgen dat de actoren het bestaan van andere actoren in hun zone beter kennen ».

Au vu des explications données, la notion d'organisations paraît figurer dans la notion plus globale d'acteurs de la zone. Les mots « des acteurs et des organisations » seront remplacés par les mots « des acteurs de l'ambulatorie ».

Article 23

34. Selon l'article 23 de l'avant-projet, « [I]es acteurs ambulatoires spécialisés dont le fonctionnement ne s'aligne pas sur l'approche territorialisée en bassins d'aide et de soins ou quartiers sont programmés au niveau de la région ».

La portée de cette disposition n'est pas claire. Si l'intention est de prévoir une programmation distincte au niveau de la région pour certains acteurs, mieux vaudrait que l'article 29 de l'avant-projet le précise explicitement.

Article 24

35. Conformément au paragraphe 1^{er}, les agréments et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatorie précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée. La question se pose de savoir s'il ne conviendrait pas également de mentionner, outre les agréments et financements, les contrats de gestion visés par l'article 13 de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019. Le dispositif sera réexaminé au regard de cette observation. Le cas échéant, l'article 44 de l'avant-projet sera complété en conséquence.

Articles 24 et 29

36. L'article 24, § 2, de l'avant-projet habilite les collèges à fixer (par un arrêté d'exécution conjoint) les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de

l'ambulatoire. Les délégués ont confirmé qu'il s'agit d'une délégation de pouvoir réglementaire, tandis qu'au paragraphe 1^{er} de cet article, il s'agit d'un pouvoir de décision individuel.

Cependant l'article 29, alinéa 2, précise que la programmation « est organisée en prenant en considération [...] les délimitations territoriales visées dans le présent décret et ordonnance conjoints [...] », ce qui paraît imposer aux collèges de fixer, de manière réglementaire, les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire. Le dispositif sera revu au regard de cette observation afin de veiller à la cohérence du dispositif.

37. Interrogé sur l'articulation de l'avant-projet avec la législation existante de la Commission communautaire française, d'une part, et de la Commission communautaire commune, d'autre part, tout particulièrement en ce qui concerne la programmation prévue par l'article 29 de l'avant-projet, les délégués expliquent ce qui suit :

« Artikel 29 biedt een rechtsgrond voor een gezamenlijke GGC-FGC programmatie. Wanneer [er] een gezamenlijke programmatie zal zijn, zal deze dan de bestaand zuiver GGC of zuiver FGC programmatie opheffen.

Het is wel niet de bedoeling om de rechtsgrond[en] (in decreet en ordonnantie) voor de zuiver GGC of zuiver FGC programmatie op te [heffen] aangezien deze nog steeds zouden kunnen worden gebruikt ».

Tel que rédigé, l'avant-projet n'organise pas explicitement le maintien de la programmation unilatérale réalisée par la Commission communautaire française sur la base de l'article 32 du décret du 5 mars 2009. Le dispositif doit préciser expressément quel est l'effet sur la programmation existante de l'habilitation donnée aux collèges par l'article 29 de l'avant-projet. Dans un souci de sécurité juridique, l'avant-projet organisera la période transitoire dans l'attente de la mise en œuvre de l'article 29 de l'avant-projet.

Article 25

38. À l'alinéa 1^{er}, on écrira « agréée et subventionnée » au lieu de « agréée et financée », par analogie avec l'article 11 de l'avant-projet relatif au subventionnement des CPAS.

39. Dans la même disposition, il convient de préciser qu'il s'agit d'une structure d'appui chargée de renforcer l'organisation et la cohérence de la première ligne social santé, compte tenu notamment de la définition inscrite à l'article 2, 4^o, de l'avant-projet.

Article 26

40. Comme évoqué dans l'observation 26, il convient de faire le lien entre les missions énoncées à l'article 26 de l'avant-projet et les missions mises à charge de la structure d'appui visée à l'article 19. Le fait que l'article 26, 10^o, prévoit que la structure d'appui « [o]rganise la coordination des bassins d'aide et de soins afin d'assurer les missions visées à l'article 21 pour l'ensemble des bassins d'aides et de soins » ne correspond pas à l'ensemble des missions énumérées par l'article 19. L'article 26 sera adapté en conséquence.

41. En ce qui concerne le 11^o, la notion de « Plateforme bruxelloise de soins palliatifs » sera définie.

Articles 25 à 27

42. Dès lors que l'article 25 de l'avant-projet prévoit l'agrément d'une structure d'appui, il appartient aux collèges d'en définir les conditions d'agrément. Cela ne peut constituer dans leur chef une simple faculté. Les articles 25 et 26 se limitent à définir la forme et les missions de la structure d'appui sans en faire expressément des conditions d'agrément. L'article 27, alinéa 1^{er}, habilite les collèges à préciser (par un arrêté d'exécution conjoint) les conditions d'agrément (selon la version française) ou à les fixer (« vaststellen », selon la version néerlandaise).

Si l'intention est de considérer les missions mentionnées à l'article 26 de l'avant-projet comme des conditions d'agrément, mieux vaudrait le prévoir explicitement. Si l'habilitation prévue à l'article 27, alinéa 1^{er}, de l'avant-projet implique uniquement celle d'élaborer plus avant ces conditions, la version néerlandaise doit aussi mentionner que les collèges peuvent préciser ces conditions. Si, en revanche, l'intention est que les collèges puissent également fixer d'autres conditions d'agrément, la version française devra viser la « fixation » des conditions d'agrément.

43. Dans la version française de l'article 27, alinéa 1^{er}, la question se pose de savoir si l'utilisation du mot « gouvernance » est adéquate et ne serait pas avantageusement remplacée par le mot « gestion », à l'instar de la version néerlandaise (« bestuur »).

Article 28

44. À l'alinéa 2, il convient de clarifier ce qu'il y a lieu d'entendre par la « portée » de la convention conclue avec la structure d'appui. L'alinéa 1^{er} prévoit en effet déjà que cette convention fixe les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions.

Article 44

45. L'article 24 de l'avant-projet dispose que les agréments et financements (voir à ce sujet l'observation 35) octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale. À la question de savoir si l'article 44 ne doit pas, dès lors, mentionner les financements, et pas uniquement les agréments, les délégués ont répondu :

« Inderdaad, artikel 44 zou dus als volgt kunnen worden geschreven : « In de erkenningen en financieringsbeslissing worden de in artikel 24, § 1, bedoelde vermeldingen gepreciseerd binnen een door de Colleges bepaalde termijn » ».

46. L'article 44 semble impliquer une délégation permettant aux collègues de fixer (par un arrêté d'exécution conjoint) à partir de quel moment les niveaux d'intervention territoriale sont instaurés pour les acteurs concernés de l'ambulatoire, autrement dit quand la limitation territoriale précisée aux observations 8.1 à 8.4 est instaurée pour ces acteurs. Si telle est la portée de l'article 44, mieux vaudrait habiliter les collègues à fixer la date d'entrée en vigueur de l'article 24 de l'avant-projet. En outre, il convient de fixer une date limite d'entrée en vigueur du texte avec la possibilité pour le pouvoir exécutif d'anticiper celle-ci 38.

Le dispositif de l'article 44 sera précisé et complété à la lumière de cette observation.

Article 45

47. À l'article 45, la date d'entrée en vigueur du décret et ordonnance conjoints n'a pas été complétée. Il convient d'y remédier. Les délégués ont déclaré que l'intention n'était en tout cas pas d'attribuer un effet rétroactif à la réglementation en projet.

La chambre était composée de

Messieurs	J. VAN NIEUWENHOVE,	président de chambre, président,
	B. BLERO,	président de chambre,
	L. CAMBIER,	
	K. MUYLLE,	
	T. MOONEN,	
Madame	G. ROSOUX,	conseillers d'État,
Messieurs	J. VELAERS,	
	S. VAN DROOGHENBROECK,	
Madame	M. DONY,	
Monsieur	B. PEETERS,	assesseur,
Mesdames	A. GOOSSENS,	
	A.-C. VAN GEERSDAELE,	greffiers.

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

Le Greffier,

Le Président,

A.-C. VAN GEERSDAELE J. VAN NIEUWENHOVE

ANNEXE 2

AVANT-PROJET DE DÉCRET

**de la Commission communautaire commune
et de la Commission communautaire française
relatif à l'organisation de l'ambulatorio et de la première ligne social santé
dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale**

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'aide aux personnes,

Après délibération,

ARRÊTE :

Les Membres du Collège réuni 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'aide aux personnes, sont chargés de présenter, au nom du Collège réuni, à l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune et, au nom du Collège, à l'Assemblée de la Commission communautaire française le projet de décret et ordonnance conjoints dont la teneur suit :

CHAPITRE 1^{ER}

Dispositions générales

Article 1^{er}

Le présent décret et ordonnance conjoints règle une matière visée à l'article 128, 135 et 138 de la Constitution.

Article 2

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

1° collèges : le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune;

2° Comité de coordination sociale : le comité visé à l'article 62 de la loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'action sociale;

3° ambulatorio : ensemble des acteurs actifs dans le domaine du social et de la santé, à l'exception du secteur résidentiel et hospitalier;

4° première ligne social santé : ensemble des acteurs qui au plus proche des milieux de vie des personnes offrent, favorisent ou soutiennent de l'action sociale, de l'aide et des soins intégrés qui préviennent ou répondent de manière holistique à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du social. Elle assure la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie, en ce compris les situations complexes où une collaboration intense entre les prestataires est nécessaire. La première ligne sociale et de santé joue un rôle dans l'aide aux personnes, l'action sociale, la prévention, le diagnostic, le soin, la revalidation et les soins palliatifs et continués. Elle adopte des méthodes de travail intégrées et centrées sur les personnes. Elle s'assure de rendre ses services accessibles à tous les publics. Elle est partie intégrante de l'ambulatorio;

5° aide et soins intégrés : approche qui permet à toutes les personnes d'accéder à des services de l'aide et des soins de qualité, qui sont coproduits d'une façon qui répond à leurs besoins tout au long de leur vie et qui respecte leurs préférences;

6° action communautaire : En se basant sur le pouvoir d'agir des populations, l'action communautaire est une approche qui vise à élaborer et développer, avec et pour les personnes concernées, des réponses collectives à des problématiques collectives dans une perspective de changement social, d'amélioration des déterminants de la santé, de lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle;

Ce processus progressif d'analyse et d'action à mettre en œuvre repose sur la participation effective des personnes concernées et leur mise en synergie avec des professionnels du social et de la santé, des acteurs locaux et des ressources du territoire;

7° responsabilité populationnelle : responsabilité collective qui implique chez les acteurs de l'ambulatoire la nécessité de collaborer et de viser à l'amélioration du bien-être des résidents sur un territoire donné, y compris celui des personnes en situation de non recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre, compte tenu des moyens mis à leur disposition par les pouvoirs publics;

8° universalisme proportionné : principe en vertu duquel, un accès aux mêmes services est offert à l'ensemble de la population, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale ou sanitaire;

9° fonction inclusive : fonction mise en œuvre par les acteurs de l'ambulatoire afin de rendre possible l'intégration des publics fragiles dans le système socio-sanitaire en prenant en charge, y compris en allant à leur rencontre, les personnes qui n'ont pas accès aux soins, leurs besoins, et en les aidant à accéder au système de soins classique quelle(s) que soi(en)t la ou les raisons de leur manque d'accès.

Article 3

Le présent décret et ordonnance conjoint s'applique aux acteurs relevant de la politique de la santé et de l'aide aux personnes visées à l'article 5, § 1^{er}, 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^{er}, II, 3° et 4°, de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches.

CHAPITRE 2 Missions

Article 4

Dans le cadre d'une approche social santé intégrée, les acteurs de l'ambulatoire ont pour mission de :

- 1° offrir un accompagnement professionnel social santé centré sur la personne et ses priorités;
- 2° collaborer avec les instances territoriales en charge de la mise en œuvre de l'approche intégrée social santé qui correspond à leur(s) niveau(x)

d'intervention, le quartier, le bassin et la région en vue de réaliser les objectifs du plan social santé intégré;

3° collaborer entre eux et avec les institutions résidentielles afin d'améliorer la prise en charge et la continuité de l'aide et des soins des bénéficiaires;

4° offrir de l'aide et des soins de qualité, sûrs, accessibles et continus;

5° contribuer à l'enregistrement des données et à l'échange des données en utilisant de préférence les outils numériques afin d'assurer la continuité et la qualité de l'aide et des soins;

6° œuvrer à l'accès aux droits des personnes afin de lutter contre le non-recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre et assurer une fonction inclusive.

Article 5

Les acteurs de la première ligne social santé ont, en outre, pour mission de :

1° organiser les services pour qu'ils soient accessibles;

2° accompagner, orienter, soigner et suivre les personnes à travers l'ensemble du système de l'aide et des soins;

3° contribuer à améliorer, maintenir ou rétablir le bien-être de la population se trouvant sur leur territoire de référence sur le plan social et sanitaire, y compris à travers des actions communautaires;

4° soutenir les personnes en besoin d'aide et de soins, leur famille, leurs aidants-proches, dans leur autonomie;

5° développer une collaboration locale entre eux afin d'offrir une prise en charge intégrée, centrée sur la personne et de proximité;

6° prendre en compte l'ensemble des besoins des habitants du territoire qui les concerne dans les domaines du bien-être et de la santé.

CHAPITRE 3 Territorialisation

SECTION I *Dispositions générales*

Article 6

L'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale.

Article 7

Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins, le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale est divisé en 3 niveaux :

- 1° les quartiers social-santé;
- 2° les bassins d'aide et de soins;
- 3° la région.

Article 8

L'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité.

Article 9

Les acteurs de l'ambulatoire inscrivent leurs actions et mettent en œuvre les missions visées aux articles 4 et 5 sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle.

SECTION II *Les quartiers social santé*

SOUS-SECTION I *Dispositions générales*

Article 10

§ 1^{er}. – Les quartiers social santé sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque quartier social santé regroupe maximum 30.000 habitants. En fonction de l'évolution démographique des quartiers, les collègues peuvent déroger au nombre d'habitants indiqué.

Les collègues fixent les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les caractéristiques

sociologiques de chaque territoire et en respectant les frontières communales.

§ 2. – L'ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier contribuent collectivement à améliorer le bien-être des habitants en :

- 1° luttant contre le non-recours;
- 2° organisant l'offre social santé du quartier de manière à mettre au mieux les objectifs de vie des personnes en besoin d'aide et de soins au cœur de l'offre;
- 3° agissant sur les déterminants de la santé.

SOUS-SECTION II *Missions et gouvernance*

Article 11

§ 1^{er}. – Dans les limites des crédits disponibles, le Collège réuni subventionne les CPAS afin de leurs confier l'exécution des missions suivantes sur le territoire de chacun des quartiers social santé de leur commune :

- 1° favoriser l'articulation entre les acteurs actifs à l'échelle du quartier;
- 2° renforcer les mesures soutenant l'accessibilité des acteurs de l'ambulatoire;
- 3° faciliter l'approche de l'aide et des soins centrée sur la personne;
- 4° soutenir à l'échelle du quartier le travail intersectoriel;
- 5° renforcer le pouvoir d'agir des habitants du quartier par l'action communautaire.

Les collègues peuvent préciser les missions des quartiers social santé.

§ 2. – L'opérationnalisation de ces missions est mise en œuvre par le comité de coordination sociale qui selon la nécessité organise des groupes de travail ou comités de coordination de quartier.

§ 3. – Dans le cas où une mise en œuvre cohérente de ces missions, entre des quartiers contigus mais relevant de CPAS différents, nécessite une collaboration rapprochée entre les comités de coordinations sociales concernés, celles-ci mettent en place un ou des groupes de travail communs.

Article 12

Afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions visées à l'article 11, le Collège réuni conclut un contrat local social santé avec le CPAS qui est compétent pour ce quartier. Ce contrat précise la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation et à son renouvellement.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusions des contrats local social santé ainsi que leur portée.

Article 13

Dans le cas où plusieurs quartiers bénéficient d'un contrat local social santé au sein d'une même commune, le comité de coordination sociale assure l'articulation et la cohérence des actions entre les différents quartiers concernés.

Article 14

Les collèges fixent les modalités de gouvernance requises pour la mise en œuvre des contrats locaux social santé.

Le Collège réuni fixe la subvention, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

SOUS-SECTION II

Priorisation des quartiers social santé

Article 15

Sur la base d'indicateurs proposés par l'Observatoire de la Santé et du Social reflétant l'état de santé, le recours à la prévention en santé et la situation sociale dans chaque quartier, les collèges fixent la priorisation des quartiers.

Les quartiers classés en priorité sont ceux faisant état du niveau de vulnérabilité sociale et sanitaire le plus élevé et dont l'offre de services ambulatoires ne permet pas de répondre à ces besoins.

Article 16

§ 1^{er}. – Dans le cas où les crédits disponibles ne permettent pas de financer l'exécution des missions visées à l'article 11 pour tous les quartiers social santé, le Collège réuni, conformément au principe d'universalisme proportionné, subventionne les CPAS en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers.

§ 2. – Dans le cas où les crédits disponibles ne permettent pas de financer l'exécution des missions visées à l'article 11 pour un nombre suffisant de quartiers social santé, conformément au principe d'universalisme proportionné et afin de permettre d'augmenter le nombre de quartiers social santé pour lesquels ces missions sont au minimum partiellement exécutées, le Collège réuni peut subventionner, en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers, certains CPAS uniquement afin qu'ils exécutent une partie des missions qui leurs sont confiées sur la base du présent décret et ordonnance conjoints et de ses arrêtés d'exécution.

Les collèges précisent les modalités permettant de subventionner uniquement une partie des missions des CPAS conformément à l'alinéa premier.

SECTION III

Les bassins d'aide et de soins

Article 17

Les bassins d'aide et de soins sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, incluant des communes entières et/ou des parties de ces dernières et couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque bassin d'aide et de soins regroupe au minimum 5 quartiers social santé et ne comprend pas plus de 350.000 habitants.

Les collèges fixent les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les coopérations existantes entre les acteurs de l'ambulatoire, le recours aux services des acteurs de l'aide et des soins des résidents sur les territoires concernés et les délimitations des quartiers social santé.

Article 18

Le bassin d'aide et de soins est une unité territoriale intermédiaire entre la région et les quartiers social santé. Il est le niveau de coordination et de concertation d'une part entre les acteurs de l'ambulatoire actifs sur le territoire du bassin et d'autre part entre ces derniers et les services résidentiels et les acteurs du niveau régional ou national.

Les collaborations mises en place au niveau du bassin contribuent à une organisation intégrée entre les acteurs du social et de la santé en vue de renforcer la qualité, l'accessibilité, l'efficacité, l'expérience des usagers et les conditions de travail des acteurs.

Article 19

§ 1^{er}. – La structure d'appui à la première ligne de l'aide et des soins exerce les missions suivantes au niveau des bassins de l'aide et des soins :

- 1° mettre en place en son sein une antenne par bassin d'aide et de soins chargée d'assurer la mise en œuvre opérationnelle des missions visées à l'article 21;
- 2° gérer les antennes et les moyens et ressources disponibles à leur fonctionnement;
- 3° s'assurer de la représentativité et de la fonctionnalité des conseils d'aide et de soins dans chaque antenne;
- 4° coordonner les antennes entre elles et avec les acteurs du niveau régional ou supra régional;
- 5° d'initiative ou sur demande, remettre un avis aux collègues sur les objectifs et priorités opérationnelles pour les bassins d'aide et de soins et la région;
- 6° assurer un monitoring et une évaluation de l'opérationnalisation des objectifs sociaux et de santé définis pour les bassins d'aide et de soins.

§ 3. – La structure d'appui répartit les moyens à destination des bassins mis à sa disposition sur base des principes de l'universalisme proportionné et dans la limite des crédits disponibles.

Article 20

§ 1^{er}. – Le conseil d'aide et de soins du bassin est l'instance au niveau d'un bassin au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du social et de la santé actifs dans le bassin sont représentés.

§ 2. – Le conseil d'aide et de soins du bassin a pour mission de définir les objectifs opérationnels et de contribuer à la réalisation du plan d'actions du bassin d'aide et de soins.

Article 21

Les antennes de la structure d'appui ont pour missions de venir en appui aux acteurs de l'ambulatoire au sein du bassin et dans ce cadre de :

1. centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins, l'offre et l'accessibilité de celle-ci ainsi que sur l'utilisation des services en lien avec ses missions;

1. développer l'interconnaissance des acteurs et des organisations;
2. soutenir la coordination entre acteurs du social (entre eux) et de la santé (entre eux) et entre acteurs de la santé et du social;
3. soutenir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé au sein du bassin d'aide et de soins;
4. mettre en place et soutenir le fonctionnement du conseil d'aide et de soins du bassin.

§ 2. – Les collègues précisent les missions, la composition et les modalités de fonctionnement des conseils aide et soins et des antennes.

SECTION IV

*La région**Article 22*

La région est le niveau supérieur auquel se dessine la politique d'aide et de soins sur le territoire de la région.

Article 23

Les acteurs ambulatoires spécialisés dont le fonctionnement ne s'aligne pas sur l'approche territorialisée en bassins d'aide et de soins ou quartiers sont programmés au niveau de la région.

SECTION V

*Niveau d'intervention territoriale**Article 24*

§ 1^{er}. – Les agréments et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée.

§ 2. – Les collègues peuvent fixer les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire.

CHAPITRE 4

*Appui à la première ligne de l'aide et des soins**Article 25*

Le Collège réuni agréé et finance dans la limite des crédits disponibles une structure d'appui chargée de renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de

la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

La structure d'appui prend la forme d'une association de droit privé dotée de la personnalité juridique, qui ne peut, directement ou indirectement, distribuer ou fournir un quelconque avantage patrimonial, sauf pour l'objectif désintéressé défini dans ses statuts.

Article 26

La structure d'appui :

- 1° agit en tant que plateforme d'aide et d'accompagnement des acteurs de la première ligne sociale santé. Ce soutien concerne également les articulations avec tous les intervenants de l'ambulatoire, du résidentiel et de l'hospitalier. Les bénéficiaires finaux sont toutes les personnes en besoin d'aide et de soins à Bruxelles, notamment les personnes en situation complexe ou de vulnérabilité;
- 2° facilite le développement de pratiques multidisciplinaires au niveau des bénéficiaires, et interprofessionnelle, intersectorielle et interinstitutionnelle au niveau des différentes délimitations territoriales visées à l'article 7;
- 3° propose des espaces d'expérimentation et soutient l'innovation afin de permettre la participation de la première ligne sociale santé à la mise en place d'une organisation territoriale social-santé intégrée;
- 4° constitue un point de référence pour les acteurs de de la première ligne sociale santé pour l'orientation et la mise en place des aides nécessaires pour soutenir l'accompagnement des situations complexes;
- 5° facilite le partage d'expérience et les collaborations entre les acteurs de la première ligne social santé et les services dédiés aux publics vulnérables afin de travailler à l'abaissement des seuils d'accès aux services et aux aides;
- 6° développe, dans les limites de ses missions, des services qui comprennent notamment de l'information, de l'orientation, des équipes d'appui méthodologique, des espaces de rencontres et de concertation;
- 7° visible les informations prioritaires pour les acteurs de la première ligne sociale santé et plus largement améliore la lisibilité du système social-santé;

- 8° soutient à travers ses services, conjointement avec les autorités et les acteurs existants de la première ligne social santé, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité de la première ligne de l'aide et des soins;
- 9° participe à la définition, au monitoring et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé;
- 10° organise la coordination des bassins d'aide et de soins afin d'assurer les missions visées à l'article 21 pour l'ensemble des bassins d'aide et de soins;
- 11° exerce les missions de Plateforme Bruxelloise de soins palliatifs;
- 12° collabore avec les structures d'appui agréées par les autres entités compétentes sur le territoire;
- 13° s'appuie sur les connaissances et compétences de l'Observatoire de la Santé et du Social.

Article 27

Les collèges peuvent préciser les conditions d'agrément de la structure d'appui ainsi que ses missions et sa gouvernance.

Le Collège réuni fixe la durée de l'agrément, les règles pour accorder l'agrément et pour suspendre ou retirer l'agrément, en tout ou en partie, en cas de non-respect des conditions d'agrément ainsi que la subvention, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

Article 28

Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions en fonction des moyens disponibles. Cette convention concerne d'une part, l'exécution des missions exercées au niveau des bassins d'aide et de soins en précisant notamment les particularités propres à chaque bassin et l'articulation de l'action entre la structure d'appui, ses antennes et les conseils d'aide et de soins. La convention concerne d'autre part, les missions de la structure d'appui visées à l'article 26.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusion de la convention ainsi que sa portée.

CHAPITRE 5 Programmation

Article 29

Les collèges fixent la programmation de l'offre d'aide et de soins des acteurs de l'ambulatoire.

La programmation est organisée en prenant en considération les crédits disponibles, les délimitations territoriales visées dans le présent décret et ordonnances conjoints et prend en considération le principe d'universalisme proportionné.

CHAPITRE 6 Dispositions modificatives

Article 30

Dans l'ordonnance du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne de soins, en ce compris dans l'intitulé, les mots « première ligne de soins » sont remplacés par les mots « première ligne social santé ».

Article 31

L'article 2 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit :

« Art. 2. – Les définitions visées dans le décret et ordonnance conjoints du XX relatif à l'organisation de la première ligne social santé et de l'ambulatoire dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sont applicables à la présente ordonnance. ».

Article 32

L'article 3 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit :

« Art. 3. – Les missions de la première ligne social santé sont les missions visées au chapitre 2 du décret ordonnance conjoints du XX relatif à la mise en œuvre et à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. ».

Article 33

Les articles 4 à 7 de la même ordonnance sont abrogés.

Article 34

À l'article 8 de la même ordonnance les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « , à l'exclusion des activités réglementées par l'ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux centres et services de l'aide aux personnes et l'ordonnance du 14 juin 2018 relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans abri » sont abrogés;

2° au 1° les mots « visés à l'article 2, 2° » sont abrogés;

3° au 6° les mots « ligne 0.5 visés à l'article 2, 3° » sont remplacés par les mots « fonction inclusive ».

Article 35

Dans la même ordonnance, après l'article 9, il est inséré un chapitre II/1, rédigé comme suit : « Centre social santé intégré ».

Article 36

Dans le chapitre II/1, inséré par l'article 35, il est inséré un article 9/1 rédigé comme suit :

« Art. 9/1. – Le centre social santé intégré est un acteur de la première ligne de l'aide et des soins qui offre aux usagers une prise en charge généraliste intégrée de santé somatique, mentale, et action sociale. ».

Article 37

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/2 rédigé comme suit :

« Art. 9/2. – Le centre social santé intégré exerce les missions suivantes :

1° aider la personne dans sa globalité et dans toutes ses possibilités d'intégration en offrant un premier accueil aux usagers, analyser leur situation et le cas échéant, orienter leur demande vers le service compétent au sein du centre ou vers un autre service spécialisé;

2° développer le lien social et un meilleur accès des personnes aux équipements collectifs et à leurs droits fondamentaux. Agir sur l'ensemble des facteurs de précarisation sociale;

- 3° solliciter la participation active des personnes aidées, les intégrer, elles et leur famille, dans la vie citoyenne;
- 4° dispenser des soins de santé primaire;
- 5° assurer un accompagnement et un suivi de l'usager dans la durée;
- 6° assurer un accompagnement psychologique généraliste;
- 7° recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités du centre en vue d'une amélioration de la qualité des soins;
- 8° assurer des fonctions d'action communautaire;
- 9° renforcer les liens avec les services spécialisés, notamment en mettant en place des collaborations relatives à une ou plusieurs mission(s) spécialisée(s) agréée(s);
- 10° œuvrer à garantir la prise en charge de tous les usagers et ce indépendamment de leur statut administratif et de leur assurabilité financière;
- 11° mettre en place des dispositifs de liaison interprofessionnelle;
- 12° mettre en place des pratiques permettant la continuité dans la démarche de l'aide et des soins, y compris lorsque l'usager choisit de changer de service ambulatoire, ce qu'il peut faire librement, afin de le maintenir dans le système soignant. ».

Article 38

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/3 rédigé comme suit :

« Art. 9/3. – Le centre social santé intégré peut en outre exercer une fonction inclusive spécifique, consistant à :

- 1° mettre en place un service d'outreaching en vue d'aller à la rencontre des populations se trouvant sur le territoire de leur activité qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services;
- 2° assurer l'accueil et prise en charge d'un pourcentage minimum de patients bénéficiaires de l'intervention majorée et de l'aide médicale urgente, tel que fixé par le Collège réuni;

- 3° et prévoir une réactivité aux situations d'urgence afin d'accueillir des dispositifs externes d'accès aux droits et aux services nécessaires à la gestion de la situation d'urgence. ».

Article 39

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/4 rédigé comme suit :

« Art. 9/4. – Le centre social santé intégré peut mettre en place des collaborations avec :

- 1° un service de médiation de dettes;
- 2° un centre de planning familial;
- 3° un service de coordination de soins et de services à domicile;
- 4° un service actif en matière de drogue et d'addiction.
- 5° un service de santé mentale. ».

Article 40

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/5 rédigé comme suit :

« Art. 9/5. – Afin d'assurer l'exercice de ses missions, le centre social santé intégré peut bénéficier d'un accompagnement.

Les modalités de cet accompagnement sont fixées par le Collège réuni. ».

Article 41

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/6 rédigé comme suit :

« Art. 9/6. – Le centre social santé intégré est constitué sous la forme d'une association sans but lucratif qui répond à l'une des caractéristiques suivantes :

- 1° avoir pour objet de remplir les missions d'un centre social santé intégré;
- 2° avoir pour objet de mettre en place la collaboration entre plusieurs structures distinctes exploitant des services agréés distincts afin d'offrir un service correspondant aux normes d'agrément d'un centre social santé intégré;

3° disposer de plusieurs agréments qui ensemble répondent aux normes d'agrément d'un centre social santé intégré. ».

Article 42

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/7 rédigé comme suit :

« Art. 9/7. – Le centre social santé intégré dispose d'une équipe pluridisciplinaire dont le cadre minimum du personnel est fixé par le Collège réuni. ».

Article 43

Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/8 rédigé comme suit :

« Art. 9/8. – Le Collège réuni fixe les conditions d'agrément, la durée de l'agrément, les règles pour accorder l'agrément et pour suspendre ou retirer l'agrément en cas de non-respect des conditions d'agrément ainsi que la subvention, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve. ».

CHAPITRE 7

Dispositions Transitoires

Article 44

Les agréments précisent les mentions visées à l'article 24, § 1^{er}, dans un délai fixé par les collègues.

Article 45

Le présent décret et ordonnance conjoints entre en vigueur le (date).

Bruxelles, le 9 novembre 2023

Les Membres du Collège chargés de l'Action Sociale et de la santé,

Alain MARON
Barbara TRACHTE

ANNEXE 3

Rapport d'évaluation de l'impact de l'avant-projet de décret du Collège de la Commission communautaire française modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé sur la situation respective des femmes et des hommes en vertu de l'article 3, alinéa 1^{er}, 2^o, du décret du 21 juin 2013 portant intégration de la dimension de genre dans les lignes politiques de la Commission communautaire française

Objet : Avant-projet de décret du Collège de la Commission communautaire française modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé

Le décret du 21 juin 2013 portant intégration de la dimension de genre dans les lignes politiques de la Commission communautaire française transpose partiellement la directive 2006/54/CE relative à la mise en œuvre du principe d'égalité des chances et de l'égalité de traitement entre hommes et femmes en matière d'emploi et de travail.

En son article 3, alinéa 1^{er}, 2^o, le décret stipule que « pour chaque projet d'acte législatif ou réglementaire, (...) chaque membre du Collège établit un rapport d'évaluation de l'impact du projet sur la situation respective des femmes et des hommes. ».

La genrification catégorise le processus en quatre situations :

1. Genre neutre
2. Spécifique genre
3. À genrer
4. Hors compétence

L'avant-projet de décret du Collège de la Commission communautaire française modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé apporte des modifications tant pour chaque secteur ambulatoire qu'aux dispositions communes et transversales à tous les secteurs ambulatoires.

Ainsi, il est prévu de :

Revaloriser le cadre agréé de plusieurs secteurs, d'adapter les dispositions aux réalités du terrain, de proposer une nouvelle programmation favorisant l'harmonisation entre les institutions supervisées par la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune, d'augmenter les subventions à destination des organismes de coordination et d'améliorer les conditions d'agrément et d'octroi de subventions pour les réseaux.

Par ailleurs, un nouveau chapitre est ajouté pour créer les centres social-santé intégré et définir les missions et conditions d'agrément de ces nouveaux services.

Pour le surplus, l'organisation du secteur ambulatoire reste la même. L'accès des usagers aux services n'est pas modifié. Tous les services restent accessibles à tous les usagers sans distinction. Les missions des services ambulatoires restent en substance les mêmes et sont exercées à l'égard de tous les publics sans distinction.

Cet avant-projet de décret modifiant le décret du 5 mars 2009 n'a pas d'impact sur l'égalité entre hommes et femmes et est considéré comme neutre.

Fait à Bruxelles, le 28 février 2023

Le Membre du Collège chargé de l'action sociale et de la santé,

Alain MARON

La Présidente du Collège chargée de la famille,

Barbara TRACHTE

ANNEXE 4

**Rapport d'évaluation de l'impact de l'avant-projet de décret
du Collège de la Commission communautaire française
modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires
dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé
sur la situation des personnes handicapées
en vertu de 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**

Objet : Avant-projet de décret du Collège de la Commission communautaire française modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé

L'article 4, § 3, du décret du 15 décembre 2016 précité stipule que chaque membre du Collège évalue tout projet d'acte réglementaire de ses compétences au regard du principe de handistreaming.

L'avant-projet de décret du Collège de la Commission communautaire française modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé apporte des modifications tant pour chaque secteur ambulatoire qu'aux dispositions communes et transversales à tous les secteurs ambulatoires.

Ainsi, il est prévu de :

Revaloriser le cadre agréé de plusieurs secteurs, d'adapter les dispositions aux réalités du terrain, de proposer une nouvelle programmation favorisant l'harmonisation entre les institutions supervisées par la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune, d'augmenter les subventions à destination des organismes de coordination et d'améliorer les conditions d'agrément et d'octroi de subventions pour les réseaux.

Par ailleurs, un nouveau chapitre est ajouté pour créer les centres social-santé intégré et définir les

missions et conditions d'agrément de ces nouveaux services.

Pour le surplus, l'organisation du secteur ambulatoire reste la même. L'accès des usagers aux services n'est pas modifié. Tous les services restent accessibles à tous les usagers sans distinction. Les missions des services ambulatoires restent en substance les mêmes et sont exercées à l'égard de tous les publics sans distinction.

Parmi les mesures transversales ajoutées, se trouve l'attention particulière portée aux services à l'accessibilité et l'accueil des personnes en situation de handicap, qu'il soit d'ordre physique, sensoriel ou intellectuel.

Dès lors, cet avant-projet de décret modifiant le décret du 5 mars 2009 est considéré comme ayant un impact positif sur la situation des personnes porteuse d'un handicap et/ou d'une déficience.

Fait à Bruxelles, le 28 février 2023

Le Membre du Collège chargé de l'action sociale et de la santé,

Alain MARON

La Présidente du Collège chargée de la famille,

Barbara TRACHTE

ANNEXE 5

Avis des commissions consultatives



Commission communautaire française

SECTION SERVICES AMBULATOIRES DU CONSEIL CONSULTATIF BRUXELLOIS FRANCOPHONE DE L'AIDE AUX PERSONNES ET DE LA SANTE

Bruxelles, le 27 avril 2023

Avis :

Réunie en sa séance du 27 avril 2023, la section « Services Ambulatoires » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé a examiné le point à l'ordre du jour relatif à l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne de l'aide et du soin dans la Région bruxelloise.

La section a émis :

- ❖ **un avis défavorable moyennant 8 abstention(s)**

22 Membres ont participé au vote, le vote est détaillé comme suit : 5 votes favorables - 9 votes défavorables et 8 abstentions

Faisant suite aux échanges, la section des « Services Ambulatoires » émet les observations suivantes :

- **Nécessité de refinancer en priorité sérieusement et sensiblement les secteurs du social-santé.**

Le Cabinet affirme que des moyens supplémentaires ont été attribués pour le renforcement du secteur Ambulatoire, à hauteur de plus de 7 millions entre 2023 et 2024 en COCOF, mais les moyens disponibles restent limités.

- **La priorisation des moyens disponibles sur le principe de l'universalisme proportionné constitue une forme de rationalisation dans un contexte de manques, sans pouvoir cependant s'attaquer aux sources qui maintiennent les secteurs dans un état de sous-financement.**

**Le Cabinet affirme que l'enjeu du DOC est de s'auto-organiser pour utiliser au mieux les moyens attribués au secteur du social-santé.
L'universalisme proportionné n'est pas une politique du pauvre mais une politique d'équité. Elle peut être appliquée quels que soient les montants mobilisés.**

- **Le secteur du social-santé bruxellois a déjà souligné le double paradoxe** d'un manque de moyens pour pouvoir répondre aux besoins mais aussi, **de plus en plus de travailleurs qui désertent le secteur étant fatigués et surmenés.**

Le Cabinet affirme : en renforçant les liens entre acteurs engagés autour des mêmes acteurs, dans les mêmes contextes, l'approche de réseau soutenue par le DOC au niveau des quartiers et des bassins permet d'améliorer la qualité du travail et le bien être au travail, tout autre chose étant égale par ailleurs

- **Le DOC ne simplifie pas le paysage** « Cette simplification est un des objectifs à moyen ou long termes » mais les différents niveaux créés (bassins et groupements de quartiers) viennent s'ajouter à ceux déjà existants : Région, commune, quartier.

Le Cabinet affirme : en donnant des moyens aux acteurs pour penser leur organisation et en prenant des mesures pour permettre les collaborations entre structures existantes, le DOC (mise en place de réseaux de quartiers) et le décret ambu (CSSI et CCSSD Centres de Coordination des services de soins à domicile) permettent de simplifier le paysage même si ce n'est pas l'objectif premier et si ce n'est pas encore un changement radical.

- **Le nouveau découpage qui est proposé va générer un coût élevé en temps et en moyens humains** pour permettre aux acteurs de terrain de s'impliquer dans ces nouveaux lieux créés par le DOC. Comment peut-on s'impliquer de façon constructive dans cette nouvelle articulation ? Comment tous ces nouveaux organes vont-ils être composés ? Qui décidera de quoi et avec quelles articulations entre ces espaces et les autres ; par exemple la question de la future « ASBL bassin » ?

Le Cabinet affirme : les modalités pratiques d'organisation des bassins seront définies dans les arrêtés. Ils sont co-construits avec le terrain. Une partie des membres de ce conseil ont participé aux discussions.

Il n'est pas nécessaire que tous les acteurs s'impliquent dans tous les organes existants. Mais les solutions développées pour répondre aux besoins remontés du terrain serviront à tous. Exemple : si un médecin généraliste a besoin d'un répertoire des acteurs du social du quartier ou habite son patient, le besoin sera probablement le même pour d'autres MG. Le bassin pourra développer l'outil en fonction des besoins identifiés et le mettre à disposition de tous.

- **Au niveau de la territorialisation**, la logique territoriale offre un véritable intérêt dans le sens de la **lutte contre le non-recours mais présente deux limites** :

1. Une série de problématiques dépassent le cadre local et donc va se poser la question de l'articulation avec d'autres niveaux de pouvoir.

Le Cabinet affirme : L'approche territoriale ne répond pas à tous les problèmes de notre société. Les Fédérations, par exemple, gardent leur raison d'être.

2. La lutte du non-recours n'est pas seulement due à un manque d'information adaptée aux populations ou un manque d'intérêt des professionnels de l'aide et du soin, mais bien la complexification administrative et juridique qui met de plus en plus de conditions dans l'accès aux droits et, qui empêche toute une série de gens en grande détresse de pouvoir réunir toutes ces conditions.

Le cabinet affirme que le non-recours est un axe central de la réorganisation de l'offre social-santé à travers le DOC tant au niveau du PSSI que de l'approche territoriale.

- **Art. 7 : le principe de la subsidiarité entre les niveaux territoriaux** : quelle est la définition de la subsidiarité ici ? Quel travail de définition de mission par niveau est prévu ? Le texte estime aussi que les missions doivent être confiées au niveau le plus adéquat : qui définit l'adéquation et sur base de quels critères ? Adéquation entre une mission et le territoire qui est le plus adapté ? Devrions-nous **privilegier plutôt celle de complémentarité** ; puisque c'est l'enjeu de la politique sociale/santé en Belgique, à savoir, remettre du lien entre toutes ces compétences éclatées dans les différents niveaux de pouvoir de la maison Belgique.

Le Cabinet affirme que les arrêtés d'application qui suivront vont devoir préciser en quoi cette subsidiarité s'applique aux différents acteurs. A ce stade, la subsidiarité est inscrite en termes de vision.

L'approche territoriale a l'ambition de dépasser les clivages entre les autorités compétentes pour la même chose dans un même territoire, la Région bruxelloise : elle concerne la COCOF et la COCOM et invite la CF, la VG et le Fédéral à s'inscrire dans les mêmes lieux.

Dans la première phase de déploiement de l'approche territoriale, les acteurs sont invités à définir le niveau territorial le plus adapté à chacune de leurs différentes missions.

- **La première ligne** : la notion de première ligne est source de questions et de multiples lectures, à savoir qu'au niveau de l'avant-projet de réforme du décret de l'ambulatoire : « *l'ambulatoire est un acteur important de la première ligne de l'aide et des soins* » tandis que le DOC dit que : « *la première ligne sociale santé est une partie de l'ambulatoire* ».

Le Cabinet affirme que la confusion entre l'avant-projet de réforme et le DOC autour de la première ligne va être revérifiée si nécessaire. La première ligne est une partie de l'ambulatoire.

- **Les missions** : les services inscrivent leurs actions au sein d'un niveau territorial : est-ce que le service doit définir un niveau territorial pour l'ensemble de ses actions ? Ou le service choisit un niveau territorial pour chacune de ses missions, actions ?

Les fédérations sectorielles de l'ambulatoire proposent de réécrire ainsi, le passage prêtant à confusion :

« 4° inscrire ses actions au sein des niveaux territoriaux »

Le Cabinet affirme que le DOC n'impose pas à un service de s'identifier dans un seul niveau territorial mais bien de décrire comment chacune de ses missions s'inscrit dans une approche territoriale.

- **Art. 3.6°** : le DOC insiste sur l'utilisation d'outils numériques pour enregistrer et échanger des données concernant les usagers. Il manque une référence au cadre de cet échange de données : qui, quoi, comment et à quelles fins ? Pourquoi cette insistance sur le numérique alors que l'échange de données peut se faire de multiples autres manières ? Cet échange doit toujours se faire dans le respect du secret professionnel, des codes de déontologie propres aux différents métiers et du RGPD. Une proposition est de supprimer les termes « en utilisant les outils numériques ».

Le Cabinet affirme que le DOC sollicite la participation des acteurs de terrain à la collecte de données. Celle-ci est organisée via des textes spécifiques précisant les règles de traitement de données et il est déconseillé de multiplier les lieux ou les mêmes règles sont édictées. Les lois sur le traitement des données s'appliquent à l'objectif défini ici de partage des données numériques.

Le Cabinet partage l'opinion exprimée que le partage des données ne se limite pas au numérique.

- **Art. 10.4°** : le DOC évoque « la méthodologie de travail intersectoriel ». Ce qui sous-entend qu'il y a une méthodologie unique. Cela nous semble erroné et peu en phase avec les expériences de terrain, le travail intersectoriel se concrétisant de multiples manières, en fonction des spécificités locales.

Les fédérations sectorielles de l'ambulatoire proposent de réécrire ce point ainsi :

« 4° mettre en place à l'échelle du quartier une méthodologie de travail intersectoriel »

- **Point d'attention** : coquilles aux articles 11 et 15§2 : les missions visées sont à l'article 10 et non 11.
- **Art. 13 : droit de réserve aux CLSS**, après approbation du Collège, avec l'argent qui ne serait pas dépensé au bout de l'année. Quels sont les éléments juridiques et budgétaires qui permettent une telle réserve ? Un tel mécanisme peut-il être étendu à d'autres acteurs (comme les bassins ou les CSSI) ?

Le Cabinet explique que le droit de réserve est appliqué en COCOM dans l'arrêté relatif à la structure d'appui à la première ligne (BRUSANO) : dans le cadre du contrat de gestion, il est prévu, que si une mission n'a pas pu être réalisée dans l'année budgétaire X, la structure peut garder une partie de cet argent sur une ligne budgétaire pour l'année suivante sans devoir le rembourser.

- **La notion du travail collectif et communautaire** : Les fédérations sectorielles de l'ambulatoire insistent sur la responsabilité politique que la démarche de participation citoyenne implique, les populations redécouvrant un pouvoir d'agir et d'interpeller le niveau politique qui doit, dès lors, y répondre.

- **Services d'Appuis et Bassins** : le texte n'est pas clair sur la distinction entre les missions de « l'ASBL bassin » (chapitre 3, section III) et celles de la structure d'appui (chapitre 4). Beaucoup se recouvrent. Exemple : BRUSANO.
L'ASBL doit-elle porter les 2 missions ? l'une portant sur une partie du secteur ambulatoire (structure d'appui), l'autre portant sur un grand nombre d'acteurs, ambulatoires et résidentiels, privés et publics (ASBL Bassins).

Le Cabinet affirme que concernant l'articulation entre BRUSANO et « l'ASBL bassin », les discussions sont toujours en cours concernant le budget de 1 Million d'euros dégagé pour les 5 futurs bassins (200.000 euros /bassin) : le profil de fonction demandé (les facilitateurs du changement ou accompagnateurs qui vont faire le travail quotidien du bassin).

La mission de « l'Asbl bassins » est de favoriser le réseau et la connaissance entre acteurs du niveau des bassins et leurs relations avec les autres niveaux. Elle a une vocation opérationnelle.

La mission de la structure d'appui est de conseiller, d'appuyer, de faciliter, de soutenir l'ensemble des acteurs de la première ligne et leurs liens avec les autres acteurs dont le résidentiel. Elle agit au niveau des bassins mais aussi des CLSS et directement auprès des prestataires selon les cas. Elle a une vocation de soutien.

Inclure la structure d'appui dans le DOC permet de porter la responsabilité sur les missions de la structure d'appui à la fois sur la COCOM et la COCOF et plus seulement en COCOM.

- **L'intégration des antennes du réseau fédéral Psy 107** : ces antennes ont mis en place un vrai travail de réseau depuis plusieurs années et donc l'idée est d'essayer de préserver tout ce travail qui a été réalisé.

Le Cabinet affirme que son intention est que les dynamiques existantes ne soient pas perdues mais bien préservées et même dupliquées au niveau des bassins si elles sont pertinentes.

- **« L'ASBL bassin »** : le Cabinet Marron a la volonté de redonner plus de poids à l'ambulatoire dans toutes les discussions qui concernent les politiques sociales et de santé à Bruxelles vu que - d'après le CDCS - une « ASBL bassins » représentera près de 4.000 associations ce qui aurait autant de poids que les 19 CPAS ou les réseaux hospitaliers bruxellois.

Les fédérations sectorielles de l'ambulatoire demandent que dans tous les niveaux, pas seulement celui des bassins, les services ambulatoires puissent être en mesure de prendre pleinement part aux débats et à la construction des politiques social-santé.

Cela implique également les organes de représentation de ces secteurs, qui doivent être en mesure de pouvoir suivre et contribuer à plusieurs des espaces mis en place par le DOC.

Le Cabinet affirme que « l'ASBL bassin » est au service de l'ambulatoire. Le Cabinet défend par ses politiques la place du secteur ambulatoire à tous les niveaux de pouvoir de la politique social santé bruxelloise avec les GT quartier des CLSS, les coordinations sociales des CPAS, les conseils social-santé de chaque bassin, la gouvernance de l'ASBL Bassins et de BRUSANO, les conseils consultatifs et les fédérations au niveau régional. Au cours de la législature, le

Cabinet a donné du poids à l'ambulatoire au niveau des quartiers, des coordinations sociales et des bassins.

- L'adhésion au projet du DOC relatif à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne de l'aide et du soin dans la Région bruxelloise nécessite et doit rencontrer les normes d'encadrement qui sont nécessaires pour organiser les sous-secteurs social-santé COCOF-COCOM.
- **Exposé des motifs - page 8** : « Le principe est que toutes les grandes lignes des options politiques à savoir, le principe de territorialisation, la délimitation des territoires, la définition des missions, les exigences en termes de gouvernance etc. sont définies conjointement. En revanche, la mise en œuvre de ces choix est confiée uniquement à la Cocom. La programmation est définie conjointement et est appliquée par chaque entité selon ses compétences » et « la mise en œuvre de ces choix est confiée uniquement à la Cocom ».

Pourquoi la politique de l'Ambulatoire social-santé sera-t-elle définie conjointement avec la Communauté flamande et ceci dans un protocole d'accord ?

Le Cabinet insiste sur le fait que ce sont les missions de « l'ASBL Bassins » et les CLSS qui sont concerné par le DOC et non pas les missions de tous les secteurs de l'ambulatoire.

Le Cabinet affirme qu'une précision peut être apporté au DOC afin de mettre fin à cette confusion.

La Communauté flamande est compétente pour la Région bruxelloise au même titre que la COCOF et la COCOM. Un protocole d'accord entre les Communautés permet d'harmoniser les politiques afin de mieux servir les citoyens et réduire la confusion de la multiplicité des autorités compétentes. Le protocole d'accord ne porte que sur quoi les parties s'entendent. Chacune l'appliquant dans la limite de ses compétences.

- **Art 20. §1** « Le conseil aide et soins du bassin est l'instance consultative du niveau d'un bassin au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du social et de la santé sont représentés.
§2 Le conseil aide et soins du bassin a pour objectif de contribuer à la définition des objectifs opérationnels et du plan d'actions du bassin d'aide et de soins ».
 - §3 Les collèges peuvent préciser les missions, la composition et les modalités de fonctionnement du conseil aide et soins. »

La section exprime des craintes quant à demander au « Conseil d'aide et de soins » d'un bassin de participer à l'élaboration de la définition des objectifs opérationnels et au plan d'action que les mêmes participants vont devoir mettre en œuvre sans qu'ils aient voix à la décision finale.

Cela ne constitue-t-il pas une procédure qui inclut le risque d'une démobilisation générale des acteurs de terrain en cas de divergences ?

Quel sont les recours possibles ?

Le Cabinet soutien la vision de la section et demande qu'elle soit reprise dans l'avis émis.

Le Cabinet précise que la vision initiale était que le Conseil aide et soins du bassin décide et pilote le plan d'action du bassin. Mais, à la suite des discussions dans le GT territoire, une demande de pouvoir alléger la charge de travail au niveau de bassin a été prise en compte qui déplace la responsabilité juridique au niveau d'une seule ASBL régionale.

- Articles 11, 13 et 22 : ces articles présentent une contradiction dans les instances d'implémentation et de contrôle avec dans l'un : Le Collège réuni (COCOM) et dans l'autre les collèges COCOF-COCOM.

Le Cabinet affirme que le Collège réuni n'est compétent que dans le financement de « l'ASBL bassin », les collèges définissent conjointement les missions des instances. Les collèges respectifs restent compétents pour leurs secteurs.

- L'Exposé des Motifs - page 9 §5 - prévoit que l'approche quartier se fait entre la COCOM et les CPAS.
Dans ce cas de figure quelle sera l'autonomie des services ambulatoires vis-à-vis de la mainmise des CPAS ?

Le Cabinet affirme que le CPAS reçoit des moyens pour faciliter l'approche quartier et mettre en place des projet supplémentaires à l'offre du social santé, mais n'a pas le pouvoir de définir le travail des structures agréées, la programmation ou l'octroi des agréments. C'est à travers la Coordination Sociale, qu'un plan d'action quartier est validé pour l'utilisation des moyens qui sont octroyés au CPAS.



Pour Le Président,
Michel DUPONCELLE

Abder CHAFI,
Vice-président





Bruxelles, le 27 avril 2023

CONSEIL CONSULTATIF BRUXELLOIS FRANCOPHONE DE L'AIDE AUX PERSONNES ET DE LA SANTE**Section « Aide et soins à domicile »**

Réunie en séance du 27 avril, la Section « Aide et soins à domicile » a examiné le point à l'ordre du jour relatif à l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne de l'aide et du soin dans la région bruxelloise

La section a remis un **avis favorable avec 1 abstention** accompagné des remarques et/ou points d'attention suivants :

1. **Formalisation de la structure d'appui (Brusano) en COCOF** : un grand nombre des missions de la structure d'appui rejoint la mission des antennes bassins (article 28). Par mesure de simplification et de lisibilité ce serait intéressant de probablement « fusionner » les deux structures (structure d'appui et structure de gouvernance « bassin »).
2. **Missions des centres de coordination agréés (article 28 point 1) et d'autres types de services ambulatoires** : une clarification serait souhaitable pour être certain de la complémentarité entre acteurs en lien avec cette structure d'appui. Dans le cas contraire nous pensons que cela va à l'encontre de l'objectif de simplification et de lisibilité pour la région bruxelloise.
3. **Concertation** : comment et où les services et les usagers seront-ils entendus dans cette nouvelle réforme, dans cette nouvelle gouvernance ?

Gaël SCHADECK
Président



CABINET DE LA MINISTRE BARBARA TRACHTE

MINISTRE-PRESIDENTE DU COLLEGE DE LA COMMISSION
COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE CHARGÉE DE LA PROMOTION
DE LA SANTE, DE LA FAMILLE, DU BUDGET ET DE LA
FONCTION PUBLIQUE

Contact : Sylvain Amand
samand@gov.brussels
0493/197685
N/Réf. :
V/Réf. :
Annexe :

SPFB
Monsieur Jacques Warnimont
Inspecteur général des finances
Rue des Palais, 42
1030 Bruxelles

Bruxelles, le 01/03/2023

A l'attention de Monsieur Jacques Warnimont, Inspecteur des finances

Monsieur l'Inspecteur général des finances,

Par la présente, je sollicite, l'avis de l'Inspection des finances sur **Avant-projet de décret et ordonnance conjoints relatif à l'organisation de la première ligne de l'aide et du soin et de l'ambulatoire dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale**

Le point sera inscrit à l'ordre du jour du collège du 9 mars, l'avis est donc nécessaire pour lundi .

Monsieur David Hercot, conseiller en charge du dossier (dhercot@gov.brussels 0473.32.35.38) se tiennent à votre disposition pour toute question que vous auriez sur ce dossier.

Votre avis peut lui être envoyé par mail ainsi qu'à Sylvain Amand, chancelier (samand@gov.brussels).

Je vous prie de recevoir, Monsieur l'Inspecteur des finances, mes salutations distinguées.

Avis de l'Inspection des Finances

Considérant, d'une part, l'avis défavorable émis le 2 mars 2023 par l'Inspection des Finances accréditée auprès de la Cocom et, d'autre part, de l'absence de dispositions modificatives au niveau de la Cocof, au contraire de la Cocom où ces modifications sont intégrées au projet, l'Inspection des Finances accréditée auprès de la Cocof se voit également obligée de remettre un avis défavorable.

Olivier Pétit
Secrétaire du Collège

Jacques
Warnimont
(Authentic
ation)

Signature
numérique de
Jacques
Warnimont
(Authentication)
Date: 2023.03.07
14:42:09 +01'00'

Botanic Building - 12^e étage - Boulevard de la Woluwe 62 - 1200 Bruxelles - Belgique

Inspecteur général des Finances



ACCORD DU MEMBRE DU COLLEGE EN CHARGE DU BUDGET

Avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française relatif à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale : Deuxième lecture.

Pour accord, 22/06/2023

Barbara TRACHTE
Ministre-Présidente
en charge du Budget