

Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



8 décembre 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**

RAPPORT

fait au nom de la commission interparlementaire

par Mme Véronique JAMOULLE

SOMMAIRE

1. Désignation des rapporteuses.....	3
2. Exposé de M. Alain Maron, ministre.....	3
3. Discussion générale.....	6
4. Discussion et vote des articles.....	12
5. Vote de l'ensemble du projet de décret et ordonnance conjoints.....	16
6. Approbation du rapport.....	16
7. Texte adopté par la commission.....	16
8. Annexe : Liste des 18 CLSS déjà conclus.....	17

Ont participé aux travaux :

- Délégation du Parlement francophone bruxellois : Mme Leila Agic, Mme Latifa Aït-Baala, Mme Véronique Jamouille, Mme Fadila Laanan, M. Ahmed Mouhssin, Mme Marie Nagy, M. Petya Obolensky (président), Mme Farida Tahar et M. David Weytsman
- Délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune : M. Bruno Bauwens, M. Juan Benjumea Moreno (président), Mme Delphine Chabbert, M. Ibrahim Donmez, Mme Françoise Schepmans, M. Kalvin Soiresse Njall, M. Gilles Verstraeten et Mme Khadija Zamouri.

Ont également participé aux travaux : M. Jan Busselen (député) et M. Alain Maron (ministre).

Mesdames,
Messieurs,

La commission interparlementaire a procédé, en sa réunion du 8 décembre 2023, à l'examen et au vote du 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 [doc. 141 (2023-2024) n° 1].

1. Désignation des rapporteuses

À l'unanimité des membres présents, Mme Véronique Jamoulle et Mme Delphine Chabbert ont été respectivement désignées en qualité de rapporteuses pour le Parlement francophone bruxellois et pour l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

2. Exposé de M. Alain Maron, ministre

M. Alain Maron (ministre) explique que le projet de décret et ordonnance conjoints présenté ce jour est un des éléments législatifs important de cette législature. Il met en place les éléments fondateurs nécessaires à la mise en œuvre de plusieurs axes du Plan social santé intégré (PSSI). Il concrétise plusieurs ambitions de l'accord de majorité et surtout il pose un cadre légal qui permettra de mieux répondre aux problèmes sociaux et de santé des Bruxelloises et Bruxellois.

En effet, le contexte bruxellois se caractérise par de grandes inégalités sociales entre les différents quartiers et entre les différentes communes de la région. Environ 35 % des Bruxellois sont à risque de pauvreté, selon le dernier baromètre social de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.

À côté des nombreuses personnes à risque de pauvreté, de nombreuses Bruxelloises et Bruxellois font face à des difficultés sociales ou de santé qui nécessitent également une aide adaptée. Avec la grande diversité qui caractérise Bruxelles, les réponses apportées aux besoins de chacune des personnes qui nécessitent de l'aide et des soins doivent pouvoir s'adapter aux priorités des bénéficiaires.

La crise Covid-19 et les crises sociales qui se sont enchaînées depuis le début de la législature ont bien montré l'importance d'un système social-santé performant, proche des bénéficiaires et accessible au plus grand nombre. Le renforcement du lien entre social et santé qui était déjà inscrit dans l'accord de majorité a montré toute sa raison d'être à travers ces crises

successives. Les problèmes d'accès aux services et de non-recours pour de nombreux Bruxelloises et Bruxellois rendent difficile l'atteinte de l'objectif du bien être le plus élevé possible pour chaque Bruxelloise et Bruxellois.

Le non-accès aux services est en partie dû à une forte augmentation de la demande mais – il faut l'admettre – il est également lié à une faible organisation des acteurs de première ligne entre eux et avec les acteurs de deuxième ligne. Le présent projet de décret et ordonnance conjoints entend donc mettre en place les conditions pour l'organisation de la première ligne et ses relations avec l'hôpital ou les services de référence.

L'organisation de la première ligne est une des compétences dont les Communautés ont hérité avec la sixième réforme de l'État. Elles ont, dans les faits, surtout hérité d'une première ligne peu organisée, voire chaotique et en compétition alors même que les besoins sont immenses et les moyens déjà importants – bien que peut-être pas suffisants dans un contexte d'appauvrissement, de vieillissement et d'augmentation des maladies chroniques parmi les Bruxelloises et Bruxellois.

L'ambition des Collèges, à travers ce projet de décret et ordonnance conjoints, est de pouvoir poser un cadre pour permettre à l'ensemble des acteurs du social et de la santé de prendre au mieux soins des Bruxelloises et des Bruxellois. En l'état, il est une base importante qu'il s'agira d'amplifier dans les années à venir pour atteindre les objectifs fixés par le PSSI.

Le PSSI – dont la base légale a été adoptée en commission interparlementaire la semaine passée – définit les modalités de travail pour la planification en social-santé à Bruxelles. Il permet de se fixer un horizon, de mettre en œuvre des actions et d'évaluer pour adapter les objectifs des Collèges. Aujourd'hui, le présent projet de décret et ordonnance conjoints opérationnalise une partie des objectifs inscrits dans le PSSI, notamment la territorialisation de l'approche social-santé, en quartiers et en bassins. Il prévoit aussi une base pour la programmation des services social-santé.

Sur ce point, le projet de décret et ordonnance conjoints ci-présent fixe uniquement les éléments fondateurs. Un travail préalable de la part de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale et des administrations sera encore nécessaire pour disposer des éléments objectifs pour proposer une programmation aux Gouvernements.

Le ministre ajoute que le projet de décret et ordonnance conjoints traduit en actions concrètes plusieurs principes du PSSI.

En premier lieu, il précise l'intégration entre le social et la santé par la mise en réseau des acteurs dans un territoire et la coordination des intervenants sociaux et de santé autour des personnes dans des situations complexes au niveau des bassins, des quartiers et à travers les centres social santé intégrés (CSSI).

Deuxièmement, le projet de décret et ordonnance conjoints fixe le principe de l'universalisme proportionné et de la responsabilité populationnelle comme principe pour l'organisation de l'ambulatoire.

Enfin, il renforce la promotion de la santé et la prévention dans les quartiers et dans les bassins.

Concernant la structure du document, il précise qu'à travers le texte, les arrêtés qui le précisent ainsi que les moyens mobilisés au cours de cette législation, les Collèges ont l'ambition d'améliorer le bien-être de tous les Bruxelloises et Bruxellois, en aidant chacun selon ses besoins et en ne laissant personne sur le bord du chemin.

Le texte présenté ce jour fixe un cadre légal pour l'ambulatoire et la première ligne.

Le premier objet de ce projet de décret et ordonnance conjoints est de définir les missions de l'ambulatoire et de la première ligne. Actuellement, il existe une certaine confusion entre première ligne, ambulatoire et services spécialisés accessibles directement.

La première ligne – au sens des soins de santé primaire définis par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) – regroupe les acteurs avec une approche globale, de proximité offrant une palette de services répondant aux principales problématiques des bénéficiaires, à même d'y répondre de manière intégrée et de coordonner l'aide et les soins apportés par des services spécialisés.

La crise Covid-19 a, à nouveau, démontré à quel point Bruxelles a besoin d'un tissu social santé fort, accessible, de proximité et organisé pour répondre aux besoins de ses bénéficiaires et, plus largement, de toutes les personnes qui résident dans leur quartier.

Le deuxième objet de ce texte est de fixer les principes de l'approche territoriale en quartiers et en bassins.

Le projet de décret et ordonnance conjoints pose les bases d'un découpage territorial formel de la région en quartiers social-santé et en bassins d'aide et de soins. Les quartiers social-santé regroupent moins de 30.000 habitants et respectent les limites communales. Les bassins rassemblent moins de

350.000 habitants. Sur cette base, il y aurait 55 quartiers et 5 bassins dans la région.

Ce découpage territorial contribue à l'organisation de la première ligne d'aide et de soins et de l'ambulatoire. Il servira de base à l'analyse statistique et qualitative de l'offre et de la demande de services. Il pourra contribuer à une programmation plus fine de l'offre de services agréés. Il permet d'ores et déjà de renforcer l'action des acteurs présents en la structurant au sein de ces territoires. Les territoires, bassins et quartiers seront le point de départ de collaborations renforcées, mieux structurées et ce, sur tout le territoire de la région.

En effet, s'il existe déjà des réseaux et des collaborations interdisciplinaires, ils ne couvrent pas tous les quartiers ou tous les besoins et ils sont parfois multiples sur un même territoire et gagneraient à mieux collaborer.

Le troisième objet est de renforcer les collaborations entre la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et les CPAS pour les actions de social et de santé dans les quartiers, à travers les contrats locaux social santé (CLSS).

À terme, l'ambition est que chaque quartier dispose d'un CLSS qui part des besoins identifiés localement, est traduit dans un plan d'actions porté par tous les acteurs social-santé du quartier et pilotés par les coordinations sociales des CPAS.

Aujourd'hui, 18 CLSS ont déjà démarré. Ces quartiers ont été choisis sur base de critères de vulnérabilité sociale et de santé.

Le quatrième objet du document est de pouvoir mettre en œuvre, à travers les bassins d'aide et de soins, une nouvelle manière de faire soin en mettant les besoins de la personne au centre et en amenant tous les acteurs à se positionner pour répondre aux objectifs de vie des personnes. Les acteurs du social et de la santé de chaque bassin seront amenés à repenser leur action pour renforcer le travail en réseau, la coordination de l'aide et des soins, ainsi que la prévention en fonction des besoins de la population de leur territoire d'intervention.

À plusieurs reprises, les Collèges ont été interpellés par des acteurs régionaux quant à la nécessité de se définir au niveau des bassins. Il n'en est rien car les acteurs spécialisés ou qui offrent un service pour un public particulier, peu nombreux ou qui nécessite une approche spécifique, resteront actifs au niveau régional. Ils devront dès lors interagir avec des acteurs locaux mieux organisés et mieux à même d'intégrer les besoins spécifiques de chacun mais cela n'enlève

pas la pertinence de maintenir des structures spécialisées – par exemple, en termes d'accompagnement du double diagnostic ou de soutien aux travailleuses et travailleurs du sexe.

Enfin, le projet de décret et ordonnance conjoints apporte une série de modifications à l'ordonnance première ligne de la Commission communautaire commune pour l'aligner sur le présent projet de décret et ordonnance conjoints et pour intégrer l'agrément des CSSI en Commission communautaire commune. En Commission communautaire française, les CSSI seront également ajoutés aux agréments possibles et leurs conditions d'agrément seront incluses dans la modification du décret ambulatoire actuellement déposé par le Collège au Parlement francophone bruxellois.

Le ministre souhaite apporter des précisions quant à certains articles.

L'article 2 liste une série de définitions relatives à l'ambulatoire et la première ligne. L'objectif de cet article est de pouvoir utiliser les mêmes définitions aussi bien en Commission communautaire commune qu'en Commission communautaire française, en social et en santé. Il est à noter que le choix est fait de définir la première ligne comme une partie intégrante de l'ambulatoire qui est, lui, plus large car englobant des acteurs spécialisés qui, tout en n'étant pas résidentiels, n'offrent pas non plus un service à vocation généraliste.

Cet article définit également légalement certains concepts utilisés dans le PSSI et appliqués au secteur de l'ambulatoire : l'universalisme proportionné, la responsabilité populationnelle et la fonction inclusive.

Les articles 4 et 5 définissent les missions des acteurs de l'ambulatoire et de ceux de la première ligne.

Le troisième chapitre précise la mise en œuvre des quartiers social-santé et des bassins.

L'article 10 définit le découpage en quartiers social-santé tandis que les articles 11 à 14 précisent les missions dévolues aux quartiers et la gouvernance de ceux-ci.

Il est notamment proposé que le plan d'actions du quartier soit établi dans un contrat entre la Commission communautaire commune et le CPAS et que l'opérationnalisation des missions se fasse à travers le comité de coordination sociale de chaque CPAS.

Les articles 15 et 16 précisent la façon dont les Collèges doivent répartir les moyens entre les quar-

tiers, selon le principe de l'universalisme proportionné, et peuvent sélectionner certains quartiers dans l'hypothèse où les moyens ne suffisent pas à couvrir les 55 quartiers de la région. La priorité est mise sur les quartiers avec les besoins les plus élevés.

L'article 17 définit les conditions pour découper la région en bassins.

L'article 18 précise les objectifs et les missions des bassins et les articles 19 à 21 précisent les missions confiées à la structure d'appui à l'ambulatoire qui est mandatée pour soutenir les bassins d'aide et de soins dans la réalisation de leurs objectifs ainsi que la gouvernance des bassins.

Les articles 22 et 23 précisent la place des acteurs régionaux dans l'offre ambulatoire.

L'article 24 instaure l'obligation de faire référence à l'ancrage territorial des activités subventionnées ou agréées par la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune. Il permet aux Collèges de le définir mais ne l'oblige pas.

Il est en effet important, à ce stade de la mise en place de l'organisation territoriale de la première ligne et de l'ambulatoire, de construire ce concept de territorialisation avec les acteurs de terrain et de permettre un débat constructif autour de la notion de territoire afin d'aboutir à des définitions qui seront partagées par le plus grand nombre avant d'être intégrées dans des normes éventuelles.

Les articles 25 à 28 définissent les missions de la structure d'appui à l'ambulatoire, la gouvernance de celle-ci, les modalités pour sa désignation et pour l'établissement d'une convention entre celle-ci et les Collèges.

La structure d'appui à l'ambulatoire était, jusqu'ici, définie uniquement en Commission communautaire commune. Elle est maintenant régie par le projet de décret et ordonnance conjoints.

Brusano exerce actuellement les missions de structure d'appui et devra s'adapter pour endosser ces nouvelles missions.

L'article 29 précise que la programmation se fera par un arrêté conjoint entre les Collèges de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune et respectera les principes de territorialité et d'universalisme proportionné.

La suite du projet de décret et ordonnance conjoints traite de modifications de l'ordonnance première ligne

du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne de soins.

Les articles 30 à 34 traitent de modifications nécessaires pour aligner l'ordonnance sur le présent projet de décret et ordonnance conjoints.

Les articles 35 à 43 intègrent le CSSI comme institution qui peut être agréée par le Collège réuni. Le ministre rappelle que la mesure équivalente est introduite en Commission communautaire française dans le cadre de la révision du décret ambulatoire.

L'article 44 fixe la façon dont le financement de ce projet de décret et ordonnance conjoints est réglé entre la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune.

En conclusion, il s'agit d'un texte important qui doit permettre, progressivement, aux Bruxelloises et Bruxellois de disposer de services social-santé mieux à même de répondre à leurs problèmes. Le présent projet de décret et ordonnance conjoints pose les bases d'un changement important et nécessaire mais il est évident que sa mise en œuvre entière – bien qu'anticipée et déjà partiellement mise en œuvre – prendra encore un certain nombre d'années – s'agissant d'une réforme structurelle.

3. Discussion générale

M. David Weytsman (MR) rappelle que ce texte constitue la deuxième partie de l'arsenal législatif pour la mise en œuvre du PSSI. Pour rappel, ce plan était censé tout simplifier, tout intégrer et tout coordonner. Pourtant, plus on avance, moins les choses semblent claires – tant pour les parlementaires que pour les secteurs. Les textes législatifs et les débats au Parlement sont décuplés, sans réelle clarification.

Est ici principalement abordée l'approche territoriale en social-santé, seule vraie nouveauté dans la politique social-santé à Bruxelles. Les Collèges ont attendu que la Flandre et la Wallonie mettent la main à la pâte avant de se lancer – Bruxelles étant, à nouveau, en retard.

De plus, ce PSSI rajoute des couches – quartiers et bassins – à une organisation institutionnelle particulièrement complexe à Bruxelles. Les acteurs de terrain reconnaissent la nécessité d'avoir ces nouvelles couches mais la situation semble encore plus floue aujourd'hui. Si, pour le groupe MR, il était primordial de rapprocher les Bruxelloises et les Bruxellois des services de santé et d'aide sociale, force est de constater que la situation n'est pas claire.

Le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes soulignait, dans son avis, la nécessité de s'appuyer sur des structures existantes et de les renforcer, afin de limiter les rencontres et concertations à répétition, qui font perdre du temps aux acteurs. Ce temps de coordination n'est d'ailleurs que peu reconnu aujourd'hui.

Le groupe MR a du mal à entrevoir combien d'acteurs sont inclus dans le processus, combien de structures seront créées et comment tout cela se coordonnera.

Structure d'appui à l'ambulatoire, antennes de la structure d'appui, conseil d'aide et de soins du bassin, CLSS, comité de coordination sociale sont tant de sujets qui, potentiellement, découleront sur des groupes de travail et plusieurs plans d'actions. En fin de compte, cela donne l'impression d'un labyrinthe dont l'issue n'est pas très claire. Ne risque-t-on pas ici de créer une structure trop lourde et complexe ? Ce constat, partagé par un acteur clé du secteur, interpelle le député.

En termes de transparence et de bonne gouvernance, le député se pose de sérieuses questions. Beaucoup de modalités seront fixées dans des arrêtés, laissant ainsi une grande marge de manœuvre au Gouvernement. Le groupe MR se préoccupe, notamment, de la constitution du Conseil d'administration de la structure d'appui à l'ambulatoire, chargée de coordonner tout le travail au niveau des bassins.

Comment sera composée cette asbl ? Qui en seront les administrateurs ? Comment seront-ils choisis ? Toucheront-ils des jetons de présence ?

Par ailleurs, le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes indique qu'il n'apparaît pas clairement si la création de cette asbl de droit privé fera ou non l'objet d'un appel à projets. Le ministre peut-il apporter quelques éclaircissements à ce sujet ? Le référentiel stratégique cite Brusano, mais quel rôle jouera-t-il au sein de la structure d'appui ?

Avant de poursuivre sur les CLSS, le député aborde la question de la deuxième ligne et, plus particulièrement, du secteur hospitalier. Concrètement, comment le secteur hospitalier sera-t-il intégré au sein des bassins ? L'objectif des Collèges est de désengorger les hôpitaux mais il est omis cependant de faire le lien entre la première et la deuxième lignes. Ce lien n'est-il pas censé passer par les bassins d'aide et de soins ?

Concernant les CLSS, d'après les projets d'arrêtés d'exécution, les Collèges souhaitent instituer 55 quartiers social-santé. D'après le projet de décret et ordonnance conjoints, il est indiqué la volonté d'instituer 18 quartiers social-santé, tout en rappelant,

dans ce même document, que chacun des 5 bassins est constitué d'au moins 5 CLSS – ce qui fait un total de 25. Au vu de cette situation qui n'est pas claire, que reste-t-il exactement à constituer ?

En revanche, les Collèges assument dans ce texte ne pas disposer des moyens de leurs ambitions. Le commentaire de l'article 16 explique deux scénarii de financement des quartiers.

Le scénario 1 stipule que « *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.* ».

Le scénario 2 mentionne, quant à lui, le financement d'une « *partie des quartiers social-santé* ». À défaut d'avoir une vision claire sur l'impact budgétaire du PSSI, force est de constater que les ressources allouées ne sont pas suffisantes pour satisfaire les objectifs des Collèges.

Toujours concernant le financement, les Collèges ont, à nouveau, reçu un avis défavorable de l'Inspection des Finances. Le député cite que « *Ce projet est donc, à terme, générateur de coûts supplémentaires à charge de la Commission communautaire commune, lesquels n'ont en l'état actuel pas fait l'objet d'estimations.* ». Comment les Collèges peuvent-ils continuer dans cette démarche de présentation de projets au Parlement, sans vision budgétaire et suite à un avis négatif de l'Inspection des Finances ?

En conclusion, ce second chapitre laisse le député plutôt dubitatif.

Où se situent la simplification et la meilleure coordination des secteurs ?

Il est un fait que les défis financiers ne peuvent être ignorés. Or, les budgets évoqués laissent entrevoir des difficultés à atteindre pleinement les objectifs du plan sur le long terme, créant ainsi une inadéquation entre les aspirations affichées et les moyens réellement disponibles.

Enfin, le groupe Ecolo prône la transparence, ce qui ne se retrouve pas dans une réforme si confuse et complexe. Or, la clarté est cruciale pour favoriser la collaboration de l'ensemble des parties prenantes.

M. Gilles Verstraeten (N-VA) a écouté attentivement le ministre Alain Maron un vendredi midi, à la fin de l'année, en fin de législature. Comme l'a mentionné M. David Weytsman, il s'agit de la seule réforme réellement concrète en matière de politique social-santé de cette législature. Selon le ministre, il devrait s'agir d'une réforme plutôt structurelle, qui ne

produira ses effets que d'ici quelques années. Le sentiment qui s'empare alors de l'orateur est qu'en fin de législature, il faut pouvoir se contenter de cette petite victoire.

Le projet ressemble trop à un inventaire des actions qui sont entreprises et poursuivies. L'idée d'apporter une certaine coordination, avec davantage de structures claires à Bruxelles, semble être un élément positif mais, à la lecture du texte, ce n'est pas toujours clair. De nombreux acteurs du terrain partagent cet avis. Ce que l'on souhaite créer est assez lourd et imprécis. De nombreuses couches différentes sont impliquées. Alors qu'il vaudrait mieux rester « léger et simple », le texte est tout le contraire. Il s'agit d'un cadre complexe, dans lequel ont été décrits un grand nombre d'objectifs et d'ambitions différents.

De grandes définitions ont été avancées, telles que « l'universalisme proportionné », par exemple. Dans une ville déjà est elle-même complexe, où l'on ne sait pas bien qui s'occupe de quoi, la structure qui doit se charger d'un tel dispositif l'est également. Il y aura 55 quartiers et 5 zones. D'ailleurs, pour quelle raison le mot « bassins » a-t-il été choisi en français, au lieu du mot « zones » comme en néerlandais, ce qui aurait été plus clair ?

Il y aura des antennes, des conseils de soins, etc., mais il reste à définir à quoi ils ressembleront et qui y figurera. En Flandre, cela a bien été clarifié. Le ministre peut-il l'expliquer plus concrètement ? Où sont situés les quartiers et les zones visés ? S'agit-il de partenariats avec les communes, à l'instar des zones de police ? Est-ce déjà décidé ? Des chevauchements sont-ils possibles ? Ces questions sont-elles renvoyées au prochain Gouvernement ?

L'orateur se joint d'ailleurs aux remarques du groupe MR. Le tableau financier fait défaut et l'Inspection des Finances a formulé des remarques. Le ministre peut-il fournir des précisions sur ce point ?

En l'absence de crédits budgétaires, il faudra établir des priorités et certaines choses ne pourront donc pas être réalisées. Vu la situation financière de la Région, c'est peu encourageant. On semble simplement poursuivre sur cette voie. L'impact de la mise en œuvre de l'ordonnance pose question : les CLSS semblent se transformer en boîtes vides.

En ce qui concerne l'aspect financier, la future répartition entre la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française pose également question. Le Conseil d'État estime qu'elle doit être revue. L'explication avancée évoque à cet égard « une seule instance », mais qui en supportera les coûts ?

Avec ce projet de texte, on laisse les acteurs de la Commission communautaire française s'infiltrer via la Commission communautaire commune et, ainsi, la matière est financée de manière bicommunautaire, sans que la partie flamande ne puisse participer. Cela demeure un grand point d'interrogation. Comment garantit-on l'implication flamande ?

Le principe de territorialité est une bonne idée, peu importe qui subventionne, car il est souhaitable de réunir des personnes autour d'une même table sur une base territoriale. Ce qui est proposé ici constitue cependant une structure lourde, avec des charges financières et des objectifs qui doivent être prévus à la hausse. L'argument avancé de « l'efficacité du suivi » n'est pas convaincant. Le ministre peut-il clarifier cette préoccupation ?

Le principe de la territorialité est une bonne chose en soi. Il est utile et nécessaire de l'appliquer. Mais il importe de garder cela « léger et simple », avec du soutien et des encouragements éventuels. Le principe devient celui d'un niveau d'intervention territorial, mais quelles en sont les conséquences juridiques ? Est-il possible d'agir en dehors de ce niveau ? Pour un public spécifique (les personnes sans domicile fixe), il est en effet logique d'envisager une organisation au niveau régional, mais cela semble restrictif et comporte un risque de créer un carcan trop strict.

Les conséquences juridiques de ces articles ne sont pas claires. Est-ce sans faille, sur le plan juridique ? En Flandre, des zones ont également été définies en tant que conseil de soins, en déterminant un territoire. Ce sont toutefois les acteurs eux-mêmes qui décident comment procéder : cela ne constitue pas un carcan. En outre, à Bruxelles, il est évident que chacun utilise la ville à sa manière et ne suit pas toujours les découpages territoriaux.

Pour finir, une remarque sur la dernière partie : il est frappant de constater qu'un certain nombre d'ordonnances sont discutées par bribes, ce qui ne favorise pas vraiment la lisibilité des choses. Le chapitre VII, par exemple, contient une série confuse de dispositions modificatives et le Conseil d'État estime que leur contenu aurait dû faire l'objet d'une ordonnance distincte. C'est pour cette raison qu'il n'a même pas analysé ce volet ! D'un point de vue légistique, ce chapitre est donc critiquable. Pourquoi les Collèges n'ont-ils pas tenu compte de l'avis du Conseil d'État ?

Mme Delphine Chabbert (PS) explique que ces nombreuses années à parler du PSSI se concrétisent enfin. Il s'agit d'un projet ambitieux – ce qui explique sa complexité – dont les enjeux sont considérables, tant pour les Bruxelloises et Bruxellois que pour les professionnels des secteurs social-santé.

Le groupe PS soutient évidemment ce projet visant à poser des bases à cette approche intégrée, qui repose sur davantage de collaboration, d'une articulation plus fluide et d'une meilleure cohérence entre ces secteurs.

En effet, l'objectif est bien d'offrir des services de meilleure qualité et plus accessibles à toutes et tous, en particulier les publics les plus vulnérables – personnes pauvres, jeunes en difficulté, personnes sans abri, malades physiquement ou mentalement, personnes en situation de handicap, personnes migrantes, etc.

Le groupe PS soutient donc la création de cette approche territoriale visant à réorganiser l'offre par quartier, afin d'être au plus près possible du citoyen. Elle mentionne également les mesures d'*outreaching* qui seront mises en place.

Concernant la méthode de mise en œuvre de cette importante réforme, il faut avouer que travailler sur des textes si importants et imposants n'aide pas à avoir une vision ou une compréhension globale, nette et complètement limpide de la situation.

La députée comprend l'enjeu du texte présenté ce jour, davantage axé sur l'opérationnalisation de cette réforme. Elle salue, à cet égard, la volonté d'harmonisation entre les législations, les services et les réglementations de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune – essentielles pour la première ligne social-santé.

Elle ajoute que l'enjeu d'une telle réforme est de ne pas renforcer la complexité de la situation actuelle – ce qui constitue une véritable inquiétude pour les professionnels de terrain. Comment les Collèges comptent-ils garantir que cette réforme amènera davantage de cohérence et de simplification à la situation actuelle ?

Il est un fait qu'une confusion règne à l'égard de la première ligne et de l'ambulatoire, tant pour les usagers que pour les travailleurs. Elle craint que ces nouveaux concepts ne renforcent la complexité existante, raison pour laquelle il est légitime que les parlementaires s'interrogent à cet égard. Chacun souhaite être rassuré quant aux objectifs des Collèges en matière de clarification, de simplification, de cohérence et de lisibilité de la première ligne et de l'ambulatoire – en particulier durant cette période de transition et d'adoption de nouvelles bases légales.

Concernant les agréments, la députée reconnaît ne pas y voir clair. Les secteurs disposeront-ils de moyens suffisants pour assurer la mise en œuvre de cette réforme sur le terrain – frais de fonctionnement, recrutement de personnel, infrastructures, etc. ?

Quels seront les mécanismes garantissant une couverture équitable des financements sur le territoire ?

Elle mentionne, à cet égard, le CSSI d'Anderlecht qui a récemment ouvert ses portes afin de fournir une offre social-santé transparente et accessible, via une approche territoriale globalisée. Quelle est sa situation exacte au regard de l'agrément qui lui est attribué ?

Quid de la gouvernance par bassins ? Quel sera le rôle exact de Brusano dans la coordination des différents bassins ?

Pour ce qui concerne la question de l'offre minimale de soins reprise dans le texte, que constitue-t-elle concrètement ? Si cette offre est souhaitable, pour quelle raison les CPAS n'auraient-ils pas la possibilité de proposer un service minimum identique ?

Concernant l'articulation entre les dispositifs, la députée souhaite davantage de clarification, notamment sur les articulations entre les CLSS, les bassins et, en particulier, les coordinations locales des CPAS qui semblent être la pierre angulaire de cette approche intégrée. Comment cette articulation sera-t-elle organisée et avec quels financements ?

Pour ce qui a trait au rôle de Brusano, repris à l'article 19 du texte à l'examen, cette institution est vouée à subir une importante mutation, en raison de leur rôle central dans la mise en œuvre de la réforme – notamment, en matière de coordination des différents bassins et CSSI. Comment cette restructuration sera-t-elle organisée – Brusano étant une asbl avec un contrat de gestion ? Brusano sera-t-elle en capacité, sous sa forme actuelle, d'accueillir ces nouvelles compétences et ce nouveau personnel ? Quel est le calendrier relatif aux recrutements ?

Concernant les missions des CSSI, reprises à l'article 37, un agrément est-il prévu ? Si oui, quand est-il prévu et sous quelle forme ? La situation n'est, à nouveau pas claire, notamment au regard des agréments actuels des maisons médicales et des possibilités de fusion avec les CSSI. Les Collèges ont-ils déjà prévu, dans le déploiement des dispositifs, un nombre limitatif d'agrément ?

Enfin, la députée aborde la question de la prise en considération de la santé mentale au sein de cette réforme. Comment l'expertise développée durant de longues années en matière de coordination territorialisée de proximité – où les antennes 107 étaient des précurseurs de cette approche intégrée – profitera-t-elle à Brusano ? Comment, au travers de ce texte et du renforcement de la première ligne, un renforcement de l'offre spécifique en santé mentale et de l'offre transversale des services de santé mentale

sera-t-il garanti au sein des autres services de première ligne ? Comment les démarches d'outreaching en santé mentale seront-elles renforcées ?

Cette question est, en effet, indispensable pour atteindre les publics prioritaires identifiés par le ministre dans son exposé introductif.

M. Bruno Bauwens (PTB) se réfère à l'intervention de M. Jan Busselen, représentant du groupe PVDA – branche néerlandophone du PTB.

M. Ahmed Mouhssin (Ecolo) cite un ancien député, M. Paul Galand, qui expliquait que simplifier, c'est bien. Mais qu'une amibe, c'est une cellule, tandis qu'un être humain est constitué d'un milliard de cellules d'une grande complexité. Il faut avouer que l'humain est plus intéressant que l'amibe.

Selon le député, la question n'est donc pas de simplifier, mais bien de rendre plus efficace et efficient. C'est sur cette question que les Collèges seront jugés sur la mise en œuvre du présent projet de décret et ordonnance conjoints.

Il rappelle l'étude réalisée en 2012 à l'ULB pour obtenir un cadastre des besoins et demandes. Les réformes présentées ce jour apporteront-elles des réponses aux attentes de l'époque, à savoir :

- un besoin de répondre aux spécificités du territoire;
- un besoin de mieux appréhender les territoires et leurs publics cibles;
- un besoin de normes et de textes légaux;
- un besoin de coordination, d'articulation et de cohérence;
- un besoin de collaboration avec les institutions voisines et autres acteurs de terrain.

À l'époque, les textes légaux ne répondaient pas à ces demandes, notamment en raison de la construction institutionnelle à Bruxelles, qui empêche parfois de mettre en place ce qui se fait dans les régions voisines. Aujourd'hui, les Collèges cassent le cadre passé afin de penser la politique différemment.

Depuis le début de cette législature, les membres du Collège réuni en charge de l'Action sociale et de la Santé ont réalisé de nombreux efforts de réforme et de soutien de la première ligne. En juillet 2022, le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune adoptaient le PSSI.

Le groupe Ecolo salue le long de travail de concertation effectué avec le secteur de travail – qui a compris le sens de la réforme.

Ce décret conjoint vise donc à établir une vision politique commune pour la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française concernant le secteur ambulatoire et la première ligne social-santé, tout en mettant en œuvre l'approche territorialisée du PSSI.

L'approche territorialisée, organisée du quartier à la région, est une démarche pragmatique qui maximise la force d'action à chaque niveau. Il était, en effet, temps que la Région bruxelloise s'inspire des autres régions, en adaptant la politique à sa réalité institutionnelle complexe.

Celle-ci se traduit donc par la mise en place de cinq bassins et d'un travail de social-santé par quartier. Chaque bassin d'aide et de soins regroupe au minimum cinq quartiers social-santé et ne comprend pas plus de 350.000 habitants. Cela représente un modèle équilibré qui permettra de renforcer la cohérence de la politique social-santé à Bruxelles et de rendre ces services plus visibles.

Cette territorialisation permettra de mieux lutter contre le non-recours – sujet sur lequel les parlementaires ont longuement travaillé –, d'améliorer l'offre social-santé bruxelloise et d'agir sur les déterminants de la santé, dont la prévention qui est un volet primordial qui constitue le meilleur des investissements. Comme le dit le texte, c'est également le lieu de concrétisation et de mise en œuvre du principe de responsabilité populationnelle – qui tient fort à cœur au groupe Ecolo.

Le député souligne le rôle primordial des CSSI – lieux de rencontre entre les prestataires de soins de première ligne, les services sociaux, les promoteurs de la santé ainsi que les habitants des quartiers – pour un renforcement de la prise en charge globale des patients.

Il se dit heureux d'observer que l'approche centrale sera de fournir « des soins centrés sur les objectifs de la personne, ses priorités et ses souhaits », en co-création. Cela est particulièrement important en ce qui concerne les personnes les plus fragiles – mentalement et physiquement. Le député pense, par exemple, aux personnes en situation de handicap pour qui l'accès aux soins est déjà plus compliqué, ou d'autres personnes à l'intersection de ces problématiques et qui sont dans des situations sociales complexes. Cette approche bienveillante et centrée sur les personnes est donc primordiale.

La collaboration entre les différents prestataires de soins en sera améliorée, ce qui amènera à une cohérence des soins fournis.

Ce seront les CPAS – par l'intermédiaire des coordinations sociales – qui auront la charge de soutenir l'approche intégrée social-santé au niveau des quartiers de leur commune, pour exécuter les CLSS établis entre la Commission communautaire commune et les CPAS.

En effet, les CPAS jouent un rôle essentiel de proximité et de soutien. Cependant, il est nécessaire de veiller à ce qu'ils bénéficient des moyens financiers et humains adéquats afin de mener à bien leur mission et qu'ils ne se retrouvent pas surchargés. Dès lors, quelles mesures ont été mises en œuvre en ce sens ?

La création d'une asbl régionale pour les bassins, avec des antennes opérationnelles, constitue une approche pratique pour assurer une meilleure organisation des acteurs sociaux et de la santé à chaque niveau.

De plus, en cas d'émergence d'une crise similaire à la crise Covid-19, ces bassins offriront une structure efficace pour planifier et organiser les actions nécessaires. Il n'y avait jusqu'ici aucune structure permettant de planifier les différentes actions à l'échelle adéquate et de coordonner les acteurs compétents. Cela constitue donc une réforme majeure pour le secteur.

Les antennes opérationnelles joueront un rôle primordial d'appui aux acteurs de l'ambulatoire au sein des bassins, notamment pour soutenir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé.

Par ailleurs, le groupe Ecolo considère primordial de continuer à développer les outils permettant d'ajuster les politiques publiques. Dès lors, la récolte de données concernant les patients est essentielle afin d'obtenir une base de diagnostic quantitatif et qualitatif par quartier. Cela permettra, pour les prochaines législatures, de disposer d'outils d'analyse pour la mise en place des politiques ciblées.

De quelle manière l'enregistrement mais également l'échange des données sera-t-il perfectionné ? Une sorte de cadastre sera-t-il réalisé, à terme, afin d'obtenir une cartographie des besoins et de l'offre disponible ?

Enfin, ce texte souligne l'importance d'assurer que des mécanismes de coopération soient mis en place entre entités fédérées et qu'elles soient le plus fluides possibles. Dès lors, le ministre pourrait-il fournir davantage d'informations sur la manière dont cette coopération sera organisée ?

M. Jan Busselen (PVDA) approuve certains aspects du projet à l'examen, notamment ceux relatifs à la territorialisation et à la lutte contre le non-recours aux droits sociaux, mais ne lui apportera pas son soutien.

D'une part, il ne s'agit selon l'orateur que d'une demi-réforme : en effet, au niveau institutionnel, l'éparpillement des compétences entre les diverses autorités demeure inchangé – la formation politique de l'orateur plaide quant à elle pour une refédéralisation des soins de santé.

D'autre part, le député craint, à l'instar de certains acteurs de terrain, que les comités, instances, panels, plans opérationnels et contrats en projet ne complexifient encore le paysage actuel, à rebours du cadre clair et cohérent promis par les collègues.

Enfin, l'intervenant estime qu'en dépit des références au principe d'universalisme proportionné, le projet est inféodé à la logique néolibérale d'austérité budgétaire : à six reprises, il y est indiqué que la mise en œuvre de ce principe est subordonnée à la disponibilité des crédits. Alors que le secteur réclame des moyens supplémentaires (depuis 2012, comme l'a rappelé M. Ahmed Mouhssin), les Collèges leur répondent en toute fin de législature que leurs besoins ne seront pas couverts en raison des coupes budgétaires prévues en 2024 et au-delà. Une des régions les plus riches d'Europe entérine ce faisant le non-accès aux soins de santé et aux droits sociaux.

M. Alain Maron (ministre) comprend qu'à ce stade, le PSSI suscite encore de nombreuses questions : les fondements juridiques en sont en cours d'adoption et, dans le même temps, les mesures de concrétisation en sont progressivement mises en œuvre. Le travail d'information à destination des secteurs concernés se poursuivra. L'orateur en a récemment rencontré 300 représentants qui conservaient légitimement certaines interrogations mais ne présentaient pas pour autant le désarroi que leur ont prêté certains députés.

Le projet à l'examen concrétise un des axes du Plan santé bruxellois adopté par le Collège réuni sous la précédente législature, à savoir l'approche par quartier (ce plan n'a donc pas du tout été remisé; il a été intégré au PSSI). Le texte résulte de la concertation avec les acteurs de terrain tout au long de l'année 2022, de la saisine des divers conseils consultatifs en 2023, des enseignements tirés de la gestion de la pandémie de Covid-19 et des recommandations parlementaires à ce sujet, des contributions académiques (de la chaire interuniversitaire Be.Hive et de l'Academie voor de Eerste Lijn) et des retours d'expérience de Brusano et du Crebis. L'architecture du dispositif en projet a été coconstruite avec les acteurs de terrain, notamment lors des groupes de travail « ter-

ritoire ». Toute la mise en œuvre *in concreto* du PSSI se fera également en concertation avec le terrain.

D'aucuns semblent se demander si le PSSI représente une simplification ou une complexification. La comparaison avec la situation antérieure démontre que cette question est rhétorique : jusqu'à cette législature, deux membres du Collège réuni étaient compétents pour l'Aide aux personnes et deux autres l'étaient pour la Santé; deux membres du Collège de la Commission communautaire française étaient respectivement compétents pour l'Action sociale et pour la Santé; soit un nombre absurde de cabinets non coordonnés. Imaginez s'il avait fallu affronter la pandémie de Covid-19 sous cette configuration !

Un rapprochement des politiques sociales et des politiques de santé, d'une part, et, d'autre part, des politiques respectives de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune en la matière, est en cours depuis 2019 avec pour objectif premier d'améliorer l'accessibilité et l'efficience des services bruxellois d'aide et de soins.

La pleine réalisation de cet objectif demanderait que les compétences socio-sanitaires des Commissions communautaires soient transférées à la Région de Bruxelles-Capitale. Mais en tout état de cause ont été visées une simplification, une harmonisation et une coordination maximales compte tenu de la répartition actuelle des compétences.

En vue de ne pas alourdir inutilement le paysage institutionnel, les nouvelles missions en projet seront confiées à des acteurs préexistants et le développement de la coordination entre les acteurs de terrain ne passera pas par l'ajout d'une couche institutionnelle supplémentaire : au niveau des quartiers, elle sera confiée aux coordinations sociales des CPAS, que ces derniers sont déjà tenus d'organiser en vertu de leur loi organique (même si tous les CPAS ne respectent pas cette obligation à l'heure actuelle) et, au niveau des bassins, à Brusano.

Les CLSS s'inscrivent dans le cadre d'une politique de « la ville en dix minutes », où les services essentiels sont aisément accessibles, car situés à proximité, et répondent aux besoins locaux, car en interconnaissance/interconnexion fine entre eux et avec la population. Bien que les CPAS ne soient pas obligés de postuler, on constate que le dispositif les intéresse (surtout ceux dont les coordinations sociales fonctionnent).

Pourquoi n'y a-t-il à ce stade que 18 CLSS et pas directement 55 ? La disponibilité des crédits impose de les conclure progressivement, selon une priorisation. Les moyens affectés à chaque CLSS couvrent

un référent-quartier et un tiers temps pour la coordination (avec au maximum un équivalent temps plein par CPAS). Dans les petites communes dont le territoire correspond à un seul quartier, le groupe de travail CLSS et la coordination sociale peuvent être une même instance. Certains CLSS connaissent des débuts difficiles, mais cela n'a rien d'anormal pour une telle nouveauté. Le dispositif fait l'objet d'une évaluation continue et, au besoin, sera encore adapté.

Sur le modèle de la structuration de la première ligne d'aide et de soins en Flandre et compte tenu des enseignements de la pandémie de Covid-19 (au cours de laquelle la pression mise sur la première ligne bruxelloise a servi de révélateur des points d'amélioration), les Collèges ont opté pour la création de cinq bassins, chapeautés par Brusano. Les Collèges ont décidé de ne pas démultiplier les structures mais de confier la coordination générale et la gouvernance des bassins à cette asbl, ainsi appelée à poursuivre et à élargir sa mission de soutien à la première ligne.

Les acteurs de terrain (dont GIBBIS) seront représentés dans les organes de gestion de l'asbl aux côtés des autorités publiques; cette implication, souhaitée par les secteurs, est garante d'un meilleur fonctionnement. Les bassins reprennent l'ensemble des missions et des budgets octroyés aux antennes 107 (sauf les actions cliniques, qui sont transférées au secteur de la santé mentale). Les coordinateurs de ces antennes étaient prioritaires pour occuper les postes équivalents ouverts chez Brusano; s'ils ne l'ont pas fait, c'est pour des raisons individuelles. En outre, 25 emplois sont prévus chez Brusano pour les actions de prévention sanitaire menées en 2023 par la fédération des maisons médicales.

L'admissibilité de la territorialisation de l'ambulatoire n'est pas querellée par le Conseil d'État, dont les observations à cet égard ont fait l'objet d'un suivi, par le biais notamment du commentaire des articles 8, 9 et 24, où il est précisé qu'il n'est pas porté atteinte au libre choix des patients. Les associations n'ont pas non plus l'obligation de s'inscrire dans les CLSS (de même qu'elles ne sont pas obligées, à l'heure actuelle, de participer aux coordinations sociales des CPAS).

L'objectivation de la notion d'offre de base a été confiée à l'Observatoire de la santé et du social et le Crebis mènera en 2024 une recherche scientifique à cet effet.

En ce qui concerne les CSSI, il est prévu de soutenir davantage l'approche interdisciplinaire de ces services à bas seuil, qui favorise une prise en charge réellement intégrée des bénéficiaires. Les CSSI pourront être agréés, selon le cas, par la Commission

communautaire française ou par la Commission communautaire commune, et bénéficier de subventions.

Le financement du PSSI a été présenté lors des récents débats budgétaires : le budget 2024 de la Commission communautaire commune prévoit des moyens complémentaires – à hauteur de 10 millions – pour la première ligne, les CLSS, la rencontre des populations qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services (outreaching) et Brusano.

Depuis 2019, les crédits alloués à la première ligne par la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune ont augmenté de 14 millions d'euros (notamment pour faire face aux crises successives : pandémie de Covid-19, accueil des réfugiés ukrainiens, hausse prix de l'énergie).

Pour la santé mentale, il s'agit de 3,4 millions d'euros; pour les assuétudes, d'1,1 million d'euros (auxquels s'ajoutent 3,8 millions d'euros pour le projet SubLINK et la nouvelle salle de consommation à moindre risque); pour les centres d'aide aux personnes, de 2,2 millions d'euros; pour les maisons médicales, d'1,7 million d'euros (de sorte que tous les agréments en attente ont pu être octroyés); pour les services de médiation de dettes, de 650.000 euros; pour les coordinations, 400.000 euros; pour les soins palliatifs et les services d'aide à domicile, d'1 million d'euros; et, pour les CLSS, de 2,3 millions d'euros.

4. Discussion et vote des articles

Article premier

Cet article ne suscite pas de commentaire et est adopté à l'unanimité des membres présents au sein de chaque délégation.

Articles 2 et 3

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 4

M. David Weytsman (MR) note que le 5° vise le traitement de données à caractère personnel mais ne prévoit aucune balise en la matière.

M. Alain Maron (ministre) répond que la disposition ne déroge pas à la réglementation générale en matière de protection des données à caractère personnel.

L'article est adopté par 7 voix pour et 2 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 4 voix pour et 1 abstention au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 5

M. David Weytsman (MR) relève que le 3° prévoit de soutenir les aidants-proches. La demande, émanant du terrain, d'inclure un référent « aidants-proches » par CLSS a-t-elle été étudiée ? Qu'en est-il de la création d'un lieu de répit par bassin, recommandée par l'asbl Aidants proches Bruxelles ?

M. Alain Maron (ministre) répond que les groupes de travail de chaque quartier ont la faculté de s'associer des représentants des aidants-proches.

L'article est adopté par 7 voix pour et 2 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 4 voix pour et 1 abstention au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Articles 6 et 7

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 7 voix pour et 2 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 4 voix pour et 1 abstention au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 8

Il ne suscite pas de commentaire et est adopté par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 9

Il ne suscite pas de commentaire et est adopté par 7 voix pour et 2 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 4 voix pour et 1 abstention au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 10

M. David Weytsman (MR) s'interroge sur les relations entre, d'une part, les quartiers social-santé et, d'autre part, entre les acteurs présents au sein de chacun d'entre eux. En particulier, que se passe-t-il lorsque deux acteurs proposent les mêmes services ?

M. Alain Maron (ministre) explique que la coordination entre quartiers se déroule au niveau des bassins, voire au niveau régional. La coordination entre les quartiers d'une même commune relève du CPAS et, dans le cas de communes différentes, leur loi organique permet aux CPAS de développer des inter-coordinations sociales. La coordination au sein de chaque quartier est la mission des groupes de travail et comités de coordination. La coprésence de plusieurs acteurs proposant les mêmes services n'est pas problématique si elle répond aux besoins locaux : par exemple, plusieurs maisons médicales peuvent être nécessaires dans un même quartier.

L'article est adopté par 7 voix pour et 2 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 4 voix pour et 1 abstention au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Articles 11 à 14

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Articles 15 et 16

M. David Weytsman (MR) demande quel est l'ordre de priorisation des quartiers social-santé.

M. Alain Maron (ministre) expose que les 18 CLSS qui seront financés dans un premier temps se situent dans le croissant pauvre et ont été retenus en fonction de critères socioéconomiques et socio-démographiques. Leur liste est reprise en annexe au rapport ⁽¹⁾.

Les articles sont adoptés par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Articles 17 à 19

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 20

M. David Weytsman (MR) relaie les inquiétudes des acteurs de terrain sur le fonctionnement des conseils d'aide et de soins.

(1) Annexe 1.

M. Alain Maron (ministre) comprend ces inquiétudes, vu que ces conseils doivent encore être mis en place. Les antennes de chaque bassin recevront des moyens pour le faire et pour soutenir leur fonctionnement.

L'article est adopté par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Articles 21 et 22

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 23

M. David Weytsman (MR) demande des exemples d'acteurs visés par cette disposition. Comment s'articuleront-ils avec les acteurs territorialisés ?

M. Alain Maron (ministre) renvoie aux exemples (non exhaustifs) donnés dans l'exposé introductif. Rien n'empêche que les acteurs programmés au niveau de la région collaborent avec des acteurs territorialisés.

L'article est adopté par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 24

M. David Weytsman (MR) s'enquiert de la mise en œuvre de cette disposition : les acteurs déjà agréés doivent-ils introduire une nouvelle demande d'agré-

ment, cette fois pour un territoire donné ? Le délai pour se faire arrivera-t-il à échéance en 2029 ?

M. Alain Maron (ministre) répond que les arrêtés d'exécution conjoints ne sont pas encore adoptés mais, sauf en cas de renouvellement de l'agrément, les acteurs agréés ne devront pas déposer une nouvelle demande. Un délai de cinq ans permettra une mise en œuvre progressive et concertée de la territorialisation en projet, qui se met d'ailleurs en place depuis deux ans (avec les premiers CLSS).

Cela ne signifie pas pour autant que le PSSI sera intégralement opérationnalisé à l'horizon 2029. Par exemple, la conclusion effective des 55 CLSS prévus dépendra des possibilités budgétaires ouvertes aux futurs collègues.

L'article est adopté par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Articles 25 à 38

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 39

M. David Weytsman (MR) demande les motifs du choix des cinq types de services visés par la disposition : s'agit-il de missions que les CSSI ne peuvent exercer eux-mêmes ?

M. Alain Maron (ministre) répond que cette liste de partenariats possibles a été établie en concertation avec les acteurs et vise des collaborations transversales au bénéfice des usagers. La même liste sera inscrite dans la réglementation propre à la Commission communautaire française.

L'article est adopté par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone

bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Articles 40 à 42

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Article 43

M. David Weytsman (MR) souhaiterait savoir sur quelles bases juridiques et budgétaires repose la possibilité de constituer une réserve.

M. Alain Maron (ministre) est d'avis que des asbl doivent pouvoir constituer des réserves, dans certains cas et de manière cadrée. Des demandes en ce sens émanent des acteurs et il faudra pouvoir les examiner pour développer un cadre adéquat.

L'article est adopté par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

Articles 44 à 46

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

5. Vote de l'ensemble du projet de décret et ordonnance conjoints

L'ensemble du projet de décret et ordonnance conjoints a été adopté par 6 voix pour et 3 abstentions au sein de la délégation du Parlement francophone bruxellois, par 3 voix pour et 2 abstentions au sein du groupe linguistique francophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, ainsi que par 2 voix pour et 1 voix contre au sein du groupe linguistique néerlandophone de la délégation de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune.

6. Approbation du rapport

La commission a fait confiance aux présidents et rapporteuses de chaque délégation pour l'élaboration du rapport.

7. Texte adopté par la commission

Il est renvoyé au texte tel qu'il figure dans le document 141 (2023-2024) n° 1.

La Rapporteuse,

Véronique JAMOULLE

Le Président,

Petya OBOLENSKY

Annexe

Liste des 18 CLSS déjà conclus

Quartier social-santé	Commune	Bassin	Ordre de priorité	Vague de CLSS	Nom du CLSS
21	Molenbeek-Saint-Jean	Centre-Ouest	1	1	Centre Historique
15	Schaerbeek	Nord-Est	2	1	Brabant/Nord
31	Bruxelles	Centre-Ouest	3	1	Marolles
16	Schaerbeek	Nord-Est	4	1	Collignon
20	Molenbeek-Saint-Jean	Centre-Ouest	5	1	Gare de l'Ouest
30	Anderlecht	Centre-Ouest	6	1	Cureghem
35	Anderlecht	Centre-Ouest	7	1	Centre-Wayez
22	Bruxelles	Centre-Ouest	8	1	Anneessens
37	Forest	Sud	9	1	Bas de Forest
24	Saint-Josse-ten-Noode	Nord-Est	10	2	Saint-Josse
13	Molenbeek-Saint-Jean	entre-Ouest	11	2	Quartier Maritime
38	Saint-Gilles	Sud	12	2	Bas Saint-Gillis
14	Bruxelles	Centre-Ouest	13	2	Quartier Nord
7	Bruxelles	Nord	14	2	Laeken Sud
11	Molenbeek-Saint-Jean	Centre-Ouest	15	2	Karreveld
8	Schaerbeek	Nord-Est	16	2	Nord
12	Koekelberg	Nord	17	2	Koekelberg
28	Anderlecht	Centre-Ouest	18	2	Peterbos

