

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



7 décembre 2015

---

SESSION ORDINAIRE 2015-2016

---

**PROJET DE DÉCRET**

**relatif à la promotion de la santé**

**SOMMAIRE**

---

1. Exposé des motifs .....	3
2. Commentaire des articles.....	11
3. Projet de décret .....	15
4. Annexe 1 : Avis du Conseil d'État .....	23
5. Annexe 2 : Avant-projet de décret.....	33
6. Annexe 3 : Avis de la Commission communautaire française .....	41
7. Annexe 4 : Avis du Bureau du Conseil consultatif bruxellois franco- phone de l'Aide aux Personnes et de la Santé .....	45
8. Annexe 5 : Avis de l'Observatoire de la Santé et du Social .....	47
9. Annexe 6 : Avis de la Plateforme bruxelloise de promotion de la santé .....	49
10. Annexe 7 : Avis de la Fédération Wallonie-Bruxelles.....	53
11. Annexe 8 : Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé.....	58
12. Annexe 9 : Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé.....	62

## EXPOSÉ DES MOTIFS

---

### I. Cadre de référence de la promotion de la santé

#### *Rappel historique*

Confrontés aux désastres provoqués par la deuxième guerre mondiale, les Nations Unies ont organisé, en 1946, la première conférence internationale de santé, préambule à la Constitution de l'Organisation mondiale de la Santé (OMS). Une définition positive de la santé est adoptée par les participants <sup>(1)</sup> qui par ailleurs insistent sur le droit universel à la santé <sup>(2)</sup>.

En septembre 1978, à l'occasion de la Conférence internationale des soins de santé primaires qui s'est tenue à Alma Ata, l'OMS a réaffirmé le droit à la santé pour tous en précisant que l'accession à un bon niveau de santé ne peut se faire qu'en disposant, au préalable, de nourriture en quantité (et en qualité), en bénéficiant d'une éducation de base, d'un logement décent, de revenus minimum, d'un statut social, de sécurité et de paix.

La déclaration d'Alma Ata précise, en outre, que :  
« ... *Tout être humain a le droit et le devoir de participer individuellement et collectivement à la planification et à la mise en œuvre des soins de santé qui lui sont destinés ...* ».

En 1986, l'OMS, au cours de la première Conférence internationale pour la promotion de la santé qui se déroula à Ottawa, définit la promotion de la santé comme la maîtrise de la santé par les individus et la mise à leur disposition de moyens pour l'améliorer.

La Charte d'Ottawa est le texte fondateur de la promotion de la santé. Elle décrit cinq stratégies clés d'intervention de la promotion de la santé :

- 1) élaborer des politiques favorisant la santé,
- 2) créer des environnements favorables,
- 3) renforcer l'action communautaire,
- 4) acquérir des aptitudes individuelles et
- 5) réorienter les services de santé.

(1) « La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité ».

(2) « La santé est un droit fondamental pour tous ».

En 1988, à l'occasion de la deuxième conférence internationale sur la promotion de la santé qui s'est réunie à Adélaïde, la santé est vue comme étant à la fois un droit fondamental et un excellent investissement social. Les gouvernements sont appelés à promouvoir la santé en liant entre elles les politiques économiques, sociales et sanitaires.

Les recommandations formulées à Adélaïde sont :

- 1) améliorer la santé des femmes – qui sont en première ligne pour promouvoir la santé dans le monde,
- 2) permettre à tous l'accès à des quantités suffisantes d'aliments sains,
- 3) mener des actions concernant la consommation de tabac et d'alcool,
- 4) mettre en place des environnements favorables afin de faire de la santé un centre d'intérêt.

La déclaration de Sundsvall (troisième conférence internationale sur la promotion de la santé) de 1991 met en lumière le lien essentiel entre la santé et l'environnement et souligne l'importance de créer des environnements – physiques, sociaux, économiques et politiques – favorables à la santé en misant sur l'action sociale.

En 1997, la conférence de Jakarta (quatrième conférence internationale sur la promotion de la santé) est l'occasion de réexaminer les déterminants de la santé dans un nouveau contexte de mondialisation, de réfléchir sur l'efficacité de la promotion de la santé et de définir les orientations et stratégies à adopter pour relever les défis de la promotion de la santé au 21<sup>e</sup> siècle.

La cinquième conférence internationale sur la promotion de la santé se tient à Mexico en 2000. La déclaration de Mexico reconnaît que l'atteinte du meilleur état de santé possible est un bien précieux pour profiter pleinement de la vie et est nécessaire pour le développement économique et social et l'équité. Elle souligne l'importance d'agir sur les facteurs sociaux, économiques et environnementaux.

À l'occasion de la sixième conférence internationale sur la promotion de la santé la Charte de Bangkok de 2005, confirme l'importance de la Charte d'Ottawa et élargit ses 5 domaines d'action. Elle im-

plique l'ensemble des décideurs à un niveau international afin que la promotion de la santé soit reconnue comme approche incontournable pour faire face aux défis du 21<sup>e</sup> siècle.

Ensuite, l'Appel à l'action de Nairobi lors de la septième conférence internationale sur la promotion de la santé en 2009, devant les défis mondiaux de santé (émergence de nouvelles pathologies, changements climatiques et crise financière internationale) réaffirme que la promotion de la santé doit jouer un rôle prioritaire dans la mise en œuvre des soins de santé primaires et en réponse aux besoins sanitaires des populations.

Cette conférence insiste à nouveau sur l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé, à travers des partenariats et des collaborations intersectoriels.

D'autres réflexions sont encore à l'origine de recommandations ou d'engagements, tels le rapport de 2009 de la Commission des déterminants sociaux de l'Organisation mondiale de la Santé, la déclaration de Rio de 2011, etc.

### **En conclusion**

L'adoption de la Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé lors de la première conférence internationale sur la promotion de la santé (1986) marque un tournant majeur dans la façon de concevoir la santé. Cette Charte pose les « conditions préalables » ainsi qu'un ensemble de « perspectives favorables à la santé ». Son contenu a indéniablement contribué à considérer les déterminants sociaux de la santé comme faisant partie intégrante des préoccupations de santé.

Bien que la Charte d'Ottawa constitue le texte fondateur de la promotion de la santé, son contenu et son application ont fait l'objet de nombreux débats. L'adoption de la Charte de Bangkok pour la promotion de la santé à l'heure de la mondialisation en 2005 a mis en évidence les limites de son contenu par rapport à la situation mondiale et à la réalité, vingt ans après Ottawa.

Plus particulièrement, les « conditions préalables à la santé » relèvent de l'utopie pour de nombreux pays. Il n'en demeure pas moins que les stratégies fondamentales de promotion de la santé, définies dans la Charte d'Ottawa, sont plus que jamais d'actualité.

## **II. Définitions**

### **Qu'entend-on par « promotion de la santé » ?**

La Charte d'Ottawa propose la définition suivante :

« La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être. ».

De nombreuses autres définitions existent (voir notamment : O'Neill et Cardinal, 1994; Décret de la Communauté française, 1997; Green et Kreuter, 1999; Département de santé publique – Université Paris VII, 2003; Charte de Bangkok – OMS, 2005; Agence de la santé publique du Canada, 2007).

Ces différentes définitions apportent chacune certaines nuances et ont une visée tantôt conceptuelle, tantôt opérationnelle. La plupart d'entre elles ont cependant de nombreux traits communs, notamment :

- la vision globale et positive de la santé envisagée comme une ressource de la vie quotidienne, proche des notions de qualité de vie et de bien-être, incluant les dimensions physique, mentale, sociale et spirituelle;
- l'attention accordée au renforcement du contrôle des individus et de la population sur la santé;
- la mise en évidence des déterminants de la santé en dehors du champ strictement sanitaire (environnement physique et social, conditions socio-économiques, etc.);
- le caractère incontournable des stratégies de plaider afin d'inscrire la santé dans les différentes compétences politiques.

### **Les inégalités sociales de santé**

Les inégalités sociales de santé peuvent être définies comme « toute relation entre la santé et l'appartenance à une catégorie sociale » (3).

Deux éléments sont importants dans cette définition. Tout d'abord, l'existence d'un lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale. Ensuite, le fait que ces inégalités de santé sont considérées comme évitables. Elles ne relèvent pas seulement de la biologie, mais de déterminants socialement construits.

On distingue classiquement 3 types d'inégalités en santé, qui peuvent être en partie liées :

1. les inégalités entre hommes et femmes,
2. celles entre catégories socioprofessionnelles,
3. celles entre territoires.

Selon la commission des déterminants sociaux de l'OMS, les inégalités sociales de santé ne peuvent être résolues par la seule lutte contre la pauvreté ou par la mobilisation du système de soins.

### **Que sont dès lors les « déterminants de la santé » ?**

L'Agence de la santé publique du Canada (2007) propose la définition suivante :

« Facteurs définissables qui influencent l'état de santé, ou qui y sont associés. La santé publique se rapporte essentiellement aux interventions et aux activités de plaidoyer qui visent l'ensemble des déterminants de la santé modifiables, non seulement ceux liés aux actions sur les individus, tels les comportements en matière de santé et le mode de vie, mais également les facteurs tels que le revenu et le statut social, l'instruction, l'emploi et les conditions de travail, l'accès aux services de santé appropriés et l'environnement physique. Les déterminants de la santé interagissent entre eux et engendrent des conditions de vie qui influent sur la santé. ».

En 2007, certains organismes (dont l'Agence de la santé publique du Canada, 2007; Mouvement acadien des communautés en santé du Nouveau-Brunswick, 2007) ont proposé une liste de 12 déterminants de la santé :

1. Le niveau de revenu et le statut social
2. Les réseaux de soutien social
3. L'éducation et l'alphabétisme
4. L'emploi et les conditions de travail
5. Les environnements sociaux
6. Les environnements physiques
7. Les habitudes de santé et la capacité d'adaptation personnelles
8. Le développement de la petite enfance
9. Le patrimoine biologique et génétique
10. Les services de santé
11. Le sexe
12. La culture

En théorie plus une personne possède de « déterminants » positifs, meilleures sont ses chances d'être en santé. Les inégalités relatives à la distribution de ces déterminants entre personnes et entre groupes sociaux expliquent en grande partie les inégalités en matière de santé. La promotion de la santé vise à réduire ces inégalités.

### **Qu'entend-on par prévention ?**

La prévention recouvre différents processus :

- La prévention primaire désigne des actions menées pour éviter ou supprimer la cause d'un problème de santé d'un patient ou d'une population avant son émergence (par exemple la vaccination);
- La prévention secondaire concerne les actions menées pour prévenir à un stade précoce le développement d'un problème de santé d'un patient ou d'une population en réduisant sa durée ou sa progression (par exemple le dépistage du cancer);
- La prévention tertiaire se rapporte aux actions menées pour réduire l'effet et la prévalence d'un problème de santé chronique d'une personne ou d'une population en minimisant le handicap fonctionnel induit par un problème de santé aigu ou chronique (par exemple la prévention des complications du diabète);
- Enfin, la prévention quaternaire consiste à identifier un patient ou une population à risque de sur-

(3) A. Guichard et L. Potvin, « Pourquoi s'intéresser aux inégalités sociales de santé ? », in L.Potvin et coll, La réduction des inégalités sociales de santé : un objectif prioritaire des systèmes de santé, INPES, 2010.

médicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables (par exemple les soins palliatifs).

### **En conclusion :**

La promotion de la santé et la prévention renvoient à une vision positive et globale de la santé, ce qui implique d'agir sur les divers déterminants de celle-ci pour l'améliorer et réduire les inégalités sociales de santé. Une action transversale, intersectorielle, associant les différentes politiques ayant un lien avec ces déterminants, est donc un enjeu majeur de la promotion de la santé.

### **III.Évolution de la compétence « promotion de la santé »**

À l'origine, les compétences santé dévolues aux Communautés par la loi spéciale du 8 août 1980 concernent la politique de dispensation des soins de santé, dans et hors des institutions de soins, l'éducation à la santé et la médecine préventive.

En 1993, la Communauté française a délégué l'exercice de certaines de ces compétences à la Région wallonne et à la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale (Cocof). Il s'agit principalement de la médecine curative comprenant, entre autres, l'agrément et l'octroi de subventions à des services tels que les maisons de repos et de soins, les services de santé mentale, les services intégrés de soins à domicile etc.

En 2009, le décret « ambulatoire » définit le « soin » dans sa vision la plus large : « *Le soin : action au bénéfice d'un personne, d'un groupe de personnes ou de la population dans le but de promouvoir, d'améliorer, de protéger, d'évaluer, de maintenir ou de rétablir sa santé* ».

En 2014, la 6<sup>e</sup> réforme de l'État modifie la loi spéciale du 8 août 1980 des réformes institutionnelles, afin d'attribuer aux Communautés de nouvelles compétences dans les matières de la santé et de l'aide aux personnes.

En avril 2014, un nouveau décret est adopté par lequel la Communauté française a, dans un souci de cohérence, de nouveau délégué l'exercice de certaines compétences en matière de santé à la Région wallonne et à la Cocof. C'est le cas de la promotion de la santé, qui comporte des programmes d'action et de recherche thématiques (assuétudes, VIH/sida et Evras, santé cardiovasculaire, prévention des traumatismes, santé communautaire) et des programmes de

médecine préventive. Est visé ici le décret du 4 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la région wallonne et à la Commission communautaire française.

### **IV.Avant la sixième réforme de l'État**

#### **Le décret de la Communauté française de 1997**

La Communauté française s'est approprié les concepts novateurs de la Charte d'Ottawa au travers du décret du 14 juillet 1997, modifié le 17 juillet 2003, portant organisation de la politique de promotion de la santé en Communauté française, ainsi qu'au travers du Programme quinquennal de promotion de la santé.

En application de ce décret, la promotion de la santé suppose une approche multifactorielle et donc « transversale » des questions de santé en tenant compte des aspects biologiques, psychologiques, sociaux, culturels, politiques, environnementaux, économiques et éthiques. Elle prend en compte cette complexité dans l'analyse des problématiques et dans le choix des stratégies d'action.

La promotion de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles est « un processus qui privilégie l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques ».

La Communauté française s'est appuyée sur l'expertise du Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS), des centres locaux de promotion de la santé (CLPS), des services communautaires de promotion de la santé (SCPS), sur des programmes d'action et de recherche et des programmes de médecine préventive, en favorisant une large concertation entre ces acteurs.

En pratique, la Communauté française a soutenu un ensemble d'actions mises en place par les acteurs de terrain dans un souci de cohérence du secteur de la promotion de la santé, en ce compris les programmes de médecine préventive (dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal, dépistage de la tuberculose et dépistage néonatal des maladies congénitales et de la surdité) ainsi que la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion (Arrêté du Gouvernement de la CF relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion, *Moniteur belge* du 19 avril 1995).

L'administration de la Communauté française a veillé au respect de la législation et aux priorités politiques inscrites dans le Programme quinquennal et le plan communautaire opérationnel (PCO).

Dans le cadre de ce suivi, la Direction de la promotion de la santé a formulé un avis relatif aux demandes de subvention pour des programmes d'action ou de recherche en promotion de la santé et aux demandes d'agrément de services. Notons à ce propos que ces demandes de subvention ont également été examinées par une Commission d'avis, issue soit du Conseil supérieur de promotion de la santé, soit des CLPS (commission d'avis des projets locaux).

La Direction de la promotion de la santé a également été chargée de la gestion administrative et financière des subventions et des agréments, ainsi que du suivi des programmes et services, via notamment des comités d'accompagnement.

### ***Quel impact a eu la Charte d'Ottawa sur la santé publique ?***

Des experts en promotion de la santé se sont exprimés sur la portée de la Charte d'Ottawa, en tant que texte fondateur de la promotion de la santé, sur la pratique de santé publique, de son adoption en 1986 à aujourd'hui.

En Belgique, la Charte d'Ottawa a eu un grand impact sur le plan législatif et sur les pratiques locales.

La Charte d'Ottawa a servi de cadre de référence pour structurer les interventions en promotion de la santé et marque un tournant majeur dans la façon de concevoir les questions de santé.

Le décret de 1997 a eu un impact déterminant sur les pratiques des acteurs locaux. Il reste toutefois des défis à relever, en termes d'approche participative, d'intersectorialité, d'évaluation des programmes et des actions ainsi que de disponibilité des ressources pour réduire les inégalités sociales de santé.

## **V. Depuis la sixième réforme de l'État**

### **Économie générale du projet de décret de la Commission communautaire française – 2016**

La mise en œuvre de la sixième réforme de l'État et la nécessité d'inscrire la promotion de la santé dans l'arsenal législatif de la Commission communautaire française constituent une opportunité de revisiter le décret de 1997.

La volonté que la promotion de la santé telle que définie par la Charte d'Ottawa continue de se positionner comme une approche incontournable dans la lutte contre les inégalités sociales de santé est plus que jamais affirmée, tout en veillant à intégrer les nouveaux défis à relever par la société actuelle, tels que ceux soulevés par les évolutions démographiques, la mondialisation, les changements climatiques, etc.

La politique de la promotion de la santé relève désormais des compétences de la Région wallonne, d'une part, et de la Commission communautaire française, d'autre part.

Une partie des compétences en matière de promotion de la santé est cependant restée dans le giron de la Communauté française. L'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) l'organisme de référence de la Communauté française pour toutes les questions relatives à l'enfance, est désormais compétent pour les services de promotion de la santé à l'École (PSE), la prévention dans les écoles y compris l'hygiène dentaire, la vaccination, le dépistage des anomalies métaboliques et le dépistage de la surdité.

L'objectif principal du nouveau décret de la Commission communautaire française est de se doter d'un nouveau cadre légal et de se donner les moyens d'une politique de promotion de la santé. Cette politique se veut évolutive en fonction des priorités définies par le Collège sur la base des besoins de la population bruxelloise.

L'élaboration du décret s'est basée sur l'existant, en veillant à conserver l'expertise des acteurs et la qualité du travail réalisé depuis 1997 (voir plus loin l'explication relative au passage du dispositif de la Communauté française à celui de la Cocof).

Une attention particulière a été accordée aux liens entre le Décret de promotion de la santé et le Décret dit « ambulatoire » (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), notamment à travers la collaboration entre les réseaux émanant des deux dispositifs et la précision apportée à l'article 2, 10° quant à l'expertise des acteurs.

### ***Méthode d'élaboration du Décret***

De multiples consultations et concertations ont eu lieu à différentes étapes de l'élaboration du Décret afin de guider sa rédaction.

1. La Direction d'administration des affaires sociales et de la santé de la Cocof ainsi que la direction de la santé de la Communauté française ont été asso-

ciées au processus d'élaboration du décret dès le 14 avril 2015.

2. Le Conseil supérieur de promotion de la santé a été saisi une première fois le 15 mai 2015 et le décret a été présenté le 22 mai 2015. Il a rendu un premier avis le 19 juin 2015.
3. La Direction générale de la santé de la Communauté française a été saisie le 15 mai 2015. Le décret a été présenté et la DGS a rendu son avis le 8 juin 2015.
4. La direction d'administration des affaires sociales et de la santé a rendu une analyse du décret le 18 juin 2015.
5. La plateforme de promotion de la santé, représentée par une délégation (groupe ComPol <sup>(4)</sup>) a été consultée et concertée à de nombreuses reprises et en particulier sur l'avant-projet de décret le 27 mai et le 10 juin 2015. Elle a remis une note le 12 mai 2015, un avis assorti de questions complémentaires le 4 juin 2015 et un addendum le 23 septembre 2015.
6. Divers experts en santé publique et promotion de la santé, universitaires et associatifs, et partenaires sociaux <sup>(5)</sup>, issus de l'ambulatorioire ou d'autres entités, ont été réunis le 28 mai 2015. Un avis écrit a été remis par la Directrice de l'observatoire social et santé de la CCC, ce même jour.
7. Le Conseil supérieur de promotion de la santé a été saisi une seconde fois et a remis un second avis sur une version actualisée du texte le 25 septembre 2015.
8. Le Bureau du Conseil consultatif de l'aide aux personnes et de la santé a été saisi et a remis un avis le 5 octobre 2015.

### **Finalité, lignes de force et opérationnalisation du dispositif**

La finalité du projet de décret est de se doter d'une stratégie d'amélioration de la santé de la population et de réduction des inégalités sociales de santé, dans les limites des compétences de la Commission communautaire française.

Cette finalité implique, selon les principes de promotion de la santé rappelés au point I (cadre de référence de la promotion de la santé), de soutenir la mise en œuvre de multiples stratégies : travail de proximité dans le milieu de vie, formation et accompagnement de relais, travail en intersectorialité et en réseau, etc.

Elle implique également une coordination interministérielle particulièrement efficace afin d'agir sur les déterminants sociaux de la santé.

Une attention particulière doit aussi être accordée à la qualité de la politique menée (pilotage) et des actions mises en œuvre (support et accompagnement).

### **Pilotage**

À la suite de l'évaluation du dispositif de promotion de la santé de la Communauté française menée à l'initiative de la Ministre de la santé, le Conseil supérieur de promotion de la santé, dans un avis du 17 février 2012, a rappelé « la nécessité d'un système de pilotage de la politique de promotion de la santé afin de mesurer l'impact notamment en termes de réduction des inégalités sociales de santé et d'accès universel aux offres et services de santé et de promotion de la santé ».

Le nouveau décret de la Commission communautaire française crée le système de pilotage nécessaire par la création d'une instance de pilotage dont l'administration assure le secrétariat et la coordination. Une cellule de promotion de la santé est créée à l'administration au sein du département des affaires sociales, de la santé, de la cohésion sociale et de la petite enfance. Cette cellule doit réunir des compétences administratives et scientifiques afin de fournir l'appui adéquat et complet à l'instance de pilotage. À cet effet et dès 2016, un coordinateur chercheur sera engagé pour le volet scientifique de la promotion de la santé et affecté au service de la santé aux côtés des agents administratifs affectés à la promotion de la santé (agents transférés de la Fédération Wallonie-Bruxelles). Il sera chargé du secrétariat de l'instance de pilotage et de la coordination du plan de promotion de la santé. Il collaborera étroitement avec l'Observatoire de la santé et du social (Cocom).

L'instance de pilotage est chargée notamment de proposer des orientations au Collège et de suivre la mise en œuvre du plan de promotion de la santé, en bénéficiant de l'appui de l'Administration (voir ci-dessus). L'instance de pilotage permet aussi de favoriser les transversalités associatives et institutionnelles et la concertation interministérielle. À ce titre, elle peut également inviter des experts du dispositif et hors du dispositif de la promotion de la santé, tel que l'Observatoire de la santé et du social.

(4) Composée de : CBPS, Eurotox, Observatoire du Sida et des Sexualités, Réseau Santé Diabète, Repères, Forest Quartier Santé, Fares, Culture et Santé, Question Santé.

(5) Observatoire de la Santé et du social de la CCC (Muriel Deguery), Ecole de Santé publique de l'ULB (Dr Yves Coppieters), FASS (Pierre Schoemann), Question Santé (Dr Patrick Trefois), FMM (Dr Michel Roaland)



### **Support et accompagnement**

Pour garantir la qualité des interventions, le dispositif prévoit de confier à des organismes piliers des missions d'accompagnement et de support à la mise en œuvre du plan de promotion de la santé.

### **Explication du dispositif**

Le dispositif s'organise afin de promouvoir la santé de la population bruxelloise et de réduire les inégalités sociales de santé. Ces finalités sont déclinées et précisées dans le plan de promotion de la santé, document de référence pour l'ensemble des acteurs du dispositif et établi en concertation avec ces acteurs.

Le dispositif comporte :

- En première ligne, des acteurs et des réseaux de promotion de la santé qui mettent en œuvre les programmes, projets et activités de promotion de la santé, conformément à ce qui est défini dans le plan de promotion de la santé.
- En deuxième ligne, des services d'accompagnement et de support ainsi que des centres de référence. L'accompagnement généraliste a pour objectif de garantir la qualité des projets et des activités menés par les acteurs de terrain et les relais, en apportant à ceux-ci des ressources diverses. Les supports contribuent également à garantir la qualité des projets et activités. Ils développent une expertise méthodologique et/ou thématique utile à la promotion de la santé et ils font bénéficier de cette expertise l'instance de pilotage, les acteurs et les relais. Les centres de référence organisent quant à eux la coordination des programmes de médecine préventive selon différentes stratégies.
- L'administration apporte un appui au pilotage assuré par l'instance de pilotage (aide à la décision), y compris en ce qui concerne l'élaboration du plan de promotion de la santé et son évaluation. Il sera créé au sein même de l'administration une cellule de promotion de la santé qui réunit des compétences administratives et scientifiques afin de mettre en œuvre le plan de promotion de la santé.
- Une instance de pilotage qui réunit au minimum un représentant du Collège et deux représentants de l'Administration, et qui a pour rôle d'élaborer des propositions de décision de manière collective à soumettre au Collège et de suivre la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé. Cette instance peut inviter des représentants d'autres politiques et d'autres niveaux de pouvoir afin de prendre en compte les déterminants de la santé en favorisant la transversalité de la promo-

tion de la santé dans les différentes politiques. Elle s'adjoindra également des experts, notamment l'Observatoire de la santé et du social (Cocom). Une réflexion sera menée avec les entités concernées pour définir des modalités de collaboration indispensables à l'atteinte des objectifs (accords de coopération, protocoles d'accord, etc.).

### **Passage du dispositif de la Communauté française à celui de la Cocof**

L'élaboration du nouveau dispositif de promotion de la santé de la Cocof a pris pour point de départ les différentes missions et fonctions déjà existantes au sein de la Communauté française en les adaptant, notamment en créant une instance chargée du pilotage et en précisant les articulations entre les différentes composantes.

Ainsi, les acteurs de terrain subventionnés par la Cocof correspondent aux programmes d'action et de recherche précédemment subventionnés par la Communauté française. Les réseaux de promotion de la santé, soumis aux mêmes procédures que les acteurs de terrain, constituent quant à eux une nouveauté et permettent de contribuer au plan de promotion de la santé selon des approches intersectorielles et multidisciplinaires.

Les services de support et d'accompagnement (Cocof) remplissent des missions similaires à celles, respectivement, des services communautaires de promotion de la santé et du Centre local de promotion de la santé. Les Centres de référence pour les dépistages des cancers voient quant à eux leurs missions inchangées.

Le plan de promotion de la santé de la Cocof, en tant que cadre de référence pour la politique de promotion de la santé, correspond au Programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française.

L'instance de pilotage et l'appui de l'administration à cette instance en tant qu'outil d'aide à la décision constituent une nouveauté du dispositif pour organiser un système de pilotage efficace de la politique. Cela répond à une recommandation suite à différentes évaluations du décret de 1997.

La section promotion de la santé, créée au sein du Conseil consultatif de l'aide aux personnes et de la santé de la Cocof, assure les missions d'avis précédemment dévolues au Conseil supérieur de promotion de la santé.

### **Conclusion**

Les lignes de force du nouveau décret peuvent être résumées comme suit :

- il se base sur un dispositif évolutif comprenant les grandes étapes de la gestion de cycle de projet (cycle de Blum) : analyse de situation, planification, mise en œuvre et évaluation;
- il prévoit des mécanismes de concertation tant internes qu'externes;
- il crée une instance de pilotage;
- il se décline en un plan de promotion de la santé qui constitue le cadre de référence pour l'ensemble des acteurs du dispositif;
- il garantit les approches collectives;
- il est structuré selon trois niveaux :
  - a) des acteurs de terrain et réseaux (1<sup>re</sup> ligne),
  - b) des services dédiés à l'accompagnement et au support méthodologique et thématique (2<sup>e</sup> ligne),
  - c) un appui au pilotage de la politique de promotion de la santé par l'administration.

Bruxelles, le

Par le Collège,

La Présidente du Collège,

Fadila LAANAN

La Ministre, membre du Collège, chargée de la Santé,

Cécile JODOGNE

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

---

### TITRE 1

#### **Dispositions générales**

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

Cet article fait référence aux dispositions de la Constitution fondant l'intervention du législateur

##### *Article 2*

Cet article reprend une série de définitions utiles à la compréhension du dispositif décretaal.

### TITRE 2

#### **Dispositions relatives au plan de promotion de la santé**

##### *Article 3*

§ 1<sup>er</sup>. – La disposition définit le contenu et la périodicité du plan de promotion de la santé, document de référence pour la mise en œuvre de la politique de promotion de la santé, ainsi que le rôle de l'administration dans l'élaboration du plan. Elle habilite le Collège à fixer les modalités d'élaboration et d'adoption du plan ainsi que la temporalité des priorités.

La disposition inscrit d'emblée le plan de promotion de la santé dans une articulation et une méthodologie de concertation avec d'autres entités fédérées, telles que la Commission communautaire commune, la Communauté française et la Région wallonne, ainsi que la 6<sup>e</sup> réforme de l'État l'a prévu.

Elle énumère également les axes principaux de travail et les stratégies opérationnelles qui guident l'élaboration et la mise en œuvre du plan.

§ 2. – Ce paragraphe définit l'architecture du dispositif et explicite la manière dont il s'articule.

Il précise la place de l'administration au sein de l'instance de pilotage.

### TITRE 3

#### **De l'instance de pilotage**

##### *Article 4*

Cet article crée une instance chargée du pilotage de la politique de promotion de la santé. Il définit sa composition minimale. Celle-ci peut s'étendre à des invités, experts extérieurs au secteur ainsi qu'à des responsables institutionnels d'autres niveaux de pouvoir ou d'autres compétences politiques, et ceci afin de favoriser les transversalités prévues par la 6<sup>e</sup> Réforme de l'État.

À cet égard, on peut déjà préciser que l'Observatoire de la santé et du social aura un rôle central de fourniture de données socio-sanitaires à l'instance de pilotage. L'article habilite le Collège à fixer la composition de l'instance et ses modalités de collaborations et de fonctionnement.

Il en fixe également les missions ainsi que la périodicité minimale de ses réunions.

L'instance de pilotage peut constituer un bureau et a la faculté de créer des groupes de travail sur des thèmes particuliers.

##### *Article 5*

Cet article charge l'administration d'élaborer le plan de promotion de la santé.

Il détermine également les missions scientifiques que remplira l'administration dans ce cadre, ainsi que les collaborations qu'elle doit entretenir avec les services de support en promotion de la santé et les diverses institutions qui recueillent des données socio-sanitaires à Bruxelles.

En effet, l'objectif est de doter le service de la santé d'une cellule de promotion de la santé composée d'agents administratifs et scientifiques.

### TITRE 4

#### **Des services d'accompagnement et de support.**

##### *Article 6*

Cette disposition énumère les missions confiées au service d'accompagnement et habilite le Collège à

déterminer les modalités de l'appel public à candidatures et des conventions.

La désignation du service d'accompagnement interviendra pour cinq ans, sur la base d'un appel public à candidatures.

Cet article introduit également la possibilité d'une reconduction automatique de la désignation du service d'accompagnement en cas d'évaluation positive au terme de la convention initiale, dans le cadre du plan de promotion de la santé.

#### *Article 7*

Le principe de désignation sur la base d'un appel public à candidatures, et pour une période de cinq ans, prévu pour le service d'accompagnement, s'applique *mutatis mutandis* aux services de support. La disposition habilite le Collège à déterminer les modalités de l'appel public à candidatures et des conventions.

L'expertise développée par les services de support peut être une expertise thématique ou méthodologique, ou encore combiner les deux types d'expertise.

Cet article introduit également la possibilité d'une reconduction automatique de la désignation du service de support en cas d'évaluation positive au terme de la convention initiale, et dans le cadre du plan de promotion de la santé

Cet article insiste sur la nécessité pour les services de support et d'accompagnement d'entretenir des liens étroits.

#### TITRE 5

##### ***Des programmes de médecine préventive***

#### *Article 8*

Cet article habilite le Collège à déterminer des programmes de médecine préventive.

Les programmes prendront la forme d'un protocole et seront pilotés par un centre de référence et mis en œuvre par les opérateurs les plus proches possible des bénéficiaires finaux, singulièrement des personnes dont la situation socio-sanitaire et économique est fragilisée.

#### *Article 9*

Habilitation est donnée au Collège pour désigner des centres de référence – pouvant être des établis-

sements, ou des personnes de droit public ou privé – dont l'expertise scientifique sera utile à la l'administration.

Il appartiendra à ces établissements ou personnes de poser les actes de dépistage ou autres interventions rendues nécessaire dans le cadre de la médecine préventive.

Les dispositions du § 2 garantissent la qualité tant technique que professionnelle des mesures envisagées en matière de médecine préventive.

Les §§ 2 et 3 consacrent l'habilitation au Collège de définir différentes conditions d'exécution du présent titre.

#### *Article 10*

Cet article prévoit des mesures de contrôle technique par des firmes spécialisées des appareillages utiles aux dépistages organisés.

#### TITRE 6

##### ***Des acteurs et des réseaux de promotion de la santé***

#### *Article 11*

Cet article explicite la façon dont les acteurs seront désignés, à savoir sur la base de conventions triennales précisant les missions dont ils sont chargés ou sur la base d'appels à projet pour une période de 3 ans minimale. Dans ce cas, les missions confiées à ces acteurs seront définies dans l'appel à projet.

Cet article circonscrit l'utilisation des subventions à des frais de rémunération, de formation et de fonctionnement.

Délégation est donnée au Collège pour définir les modalités de désignation mais également de renouvellement ou de retrait en cas de non-respect de ces modalités. La disposition habilite également le Collège à déterminer les modalités de l'appel à projets et des conventions.

Cet article introduit également la possibilité d'une reconduction automatique limitée à deux ans de la désignation des acteurs en cas d'évaluation positive au terme de la convention initiale.

Cet article permet l'octroi de subventions annuelles hors appels à projets, mais dans le cadre du plan de promotion de la santé.

*Article 12*

Cette disposition introduit le principe des réseaux auxquels doivent permettre aux acteurs de terrain de s'unir afin de développer une nouvelle modalité d'action dans l'hypothèse ou plusieurs d'entre eux souhaitent travailler sur une même thématique ou un même territoire. Cette pratique encourage la coordination des acteurs de terrain sur des focus particuliers

Compte tenu des domaines de la santé relevant des services ambulatoires, d'une part, et de la promotion de la santé, d'autre part, des collaborations entre réseaux de ces deux secteurs sont souhaitées.

La durée conventionnelles des réseaux est fixée à 3 ans renouvelables, comme pour les acteurs de promotion de la santé.

Le § 3 précise des principes et modalités similaires à ceux prévus pour les acteurs.

TITRE 7

**Des Procédures et du subventionnement**

*Article 13*

Il appartient au Collège de définir le contenu des appels publics à candidatures qui permettront la désignation, pour 5 ans, des différents organismes pilier de promotion de la santé.

Cet article précise ce que devront contenir les appels publics à candidatures en vue de la désignation des services.

*Article 14*

À l'instar de ce qui est prévu pour les appels publics à candidature, le Collège est chargé de définir, dans le cadre du plan de promotion de la santé, le calendrier et le contenu des appels à projets pour les acteurs de promotion de la santé.

Cet article précise également dans quels cas l'avis du Conseil consultatif est requis, et, le cas échéant selon quelles modalités cet avis sera rendu.

Le Collège fixe les modalités et le contenu des conventions

*Article 15*

Cet article habilite le Collège à définir la procédure de retrait de la désignation en cas de défaillance d'un acteur et de renouvellement s'il échet.

*Article 16*

Cette disposition permet à un candidat ayant répondu à un appel à projet ou à un appel à candidatures sans avoir été désigné *in fine*, d'obtenir des explications sur cette décision.

*Article 17*

§ 1<sup>er</sup>. – Le § 1<sup>er</sup> habilite le Collège à fixer la procédure de communication entre les instances en cas de défaillance de l'acteur ou du service.

§ 2. – Après mise en demeure, la convention conclue entre le Collège et un opérateur ou un organisme pilier peut être dénoncée – temporairement ou définitivement – en cas de non-respect des termes de celle-ci.

*Article 18*

Cette disposition garantit le subventionnement des acteurs de promotion de la santé et des organismes piliers dans l'attente de nouvelles désignations.

*Article 19*

Cet article détermine les modalités de liquidation des subventions octroyées aux opérateurs et organismes piliers.

Il distingue, :

- d'une part, les opérateurs et organismes piliers recevant un montant inférieur à 10.000 € et qui perçoivent, dès les mois de février, une avance provisionnelle équivalente à 85 % de leur subvention;
- d'autre part, ceux recevant une subvention supérieure à 10.000 €, et qui perçoivent une première avance de 85 % et une seconde de 10 % du montant global.

Dans les deux cas, le solde est payé après réception et contrôle des pièces justificatives, conformément aux pratiques communément admises pour les autres secteurs de la Commission communautaire française.

*Article 20*

Cet article impose la tenue d'une comptabilité en partie double, et précise d'autres règles usuelles en matière de comptes et bilans, rapport d'activité et

recueil de données. Il ne peut pas y avoir de contradictions avec les dispositions légales.

#### TITRE 8

##### ***Du contrôle et de l'inspection***

###### *Articles 21 et 22*

Ces articles concernent les mesures d'inspection, de contrôle et de sanction. Ils sont inspirés des mesures existantes pour les autres secteurs de la Commission communautaire française. Ils prévoient des procès-verbaux de constat par souci de transparence.

Il est prévu un contrôle annuel *in situ* du respect des termes des conventions.

#### TITRE 9

##### ***Dispositions relatives à l'évaluation du plan de promotion de la santé***

###### *Article 23*

Cet article détermine, en matière d'évaluation du plan, le rôle de l'administration, les sources de données sur lesquelles se base l'évaluation ainsi que la périodicité de celle-ci. Il prévoit une évaluation intermédiaire à mi-parcours du plan de promotion de la santé ainsi qu'une évaluation finale permettant de préparer le nouveau plan.

Il prévoit aussi la communication du rapport final d'évaluation au Parlement francophone bruxellois.

Il habilite le Collège à préciser l'objet, les critères et les modalités de l'évaluation.

#### TITRE 10

##### ***Dispositions modificatives, transitoires, abrogatoires et finales***

###### *Article 24*

Cet article crée une nouvelle section du Conseil consultatif, spécifique au secteur de la promotion de la santé.

Cette nouvelle section, la 6e, s'insère dans le décret portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.

Elle remplace le conseil supérieur de promotion de la santé de la Communauté française dans sa compétence d'avis à l'autorité.

###### *Article 25*

Cet article précise le champ de compétences de la nouvelle section du Conseil consultatif dans son rôle d'organe d'avis consultatif. Avis qui constitue une formalité substantielle.

###### *Article 26*

Cet article n'appelle pas de commentaire.

###### *Article 27*

Cet article abroge le décret de la Communauté française.

###### *Article 28*

Cet article fixe la date d'entrée en vigueur du décret.

## PROJET DE DÉCRET

### relatif à la promotion de la santé

---

#### TITRE 1

#### **Dispositions générales**

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

Le présent décret règle, en application de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128 de celle-ci.

##### *Article 2*

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

- 1° *le Collège* : le Collège de la Commission communautaire française;
- 2° *l'Administration* : les services du Collège de la Commission communautaire française;
- 3° *la promotion de la santé* : le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population et à réduire les inégalités sociales de santé en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques;
- 4° *la prévention* : ensemble des processus qui permettent d'intervenir avant l'apparition de la maladie (prévention primaire), d'en détecter les premiers signes (prévention secondaire) et d'en prévenir les complications ou les rechutes (prévention tertiaire) ou d'éviter la surmédicalisation (prévention quaternaire). La prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé;
- 5° *le plan de promotion de la santé* : document de référence présentant l'ensemble des objectifs, des programmes et des approches stratégiques prioritaires définis par le Collège pour une durée de cinq ans;
- 6° *l'instance de pilotage* : organe composé de représentants du Collège, de l'Administration et d'invités associatifs et institutionnels, dont le rôle est de piloter la politique de promotion de la santé;
- 7° *le service d'accompagnement* : le service d'accompagnement en promotion de la santé;
- 8° *le service de support* : le service de support méthodologique et/ou thématique en promotion de la santé;
- 9° *les organismes piliers* : ensemble formé par les services d'accompagnement et de support de deuxième ligne et les centres de référence;
- 10° *l'acteur* : la personne morale de droit public ou de droit privé subventionnée dans le cadre du présent décret sur la base d'une convention ou d'un appel à projets et chargée de contribuer à la mise en œuvre du plan de promotion de la santé de par son expertise en la matière;
- 11° *la médecine préventive* : méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille;
- 12° *le centre de référence* : organisme désigné pour piloter un programme de médecine préventive décliné en protocoles et chargé de veiller à la réalisation des différentes étapes de ces protocoles;
- 13° *la firme* : la personne morale de droit public ou de droit privé désignée pour le contrôle de la qualité des appareillages médico-techniques nécessaires à la réalisation des programmes de médecine préventive, lorsque ce contrôle est une condition *sine qua non* d'agrément du centre de référence;
- 14° *le réseau* : forme organisée d'action collective sur la base d'une démarche volontaire de coo-

pération, unissant des acteurs, des organismes piliers, des relais et d'autres associations, dans des relations non hiérarchiques;

- 15° *le Conseil consultatif* : la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé, créé par décret le 5 juin 1997;
- 16° *le relais* : toute personne, association ou service pouvant contribuer à la mise en œuvre du plan de promotion de la santé et qui n'est pas subventionné dans le cadre du présent décret;
- 17° *l'universalisme proportionné* : principe selon lequel les caractéristiques, la fréquence, la durée et l'intensité des actions universelles de promotion de la santé sont adaptées au degré de désavantage des différents groupes au sein de la population.

## TITRE 2

### **Dispositions relatives au plan de Promotion de la Santé**

#### *Article 3*

§ 1<sup>er</sup>. – Afin de promouvoir la santé et de réduire les inégalités sociales de santé en Région de Bruxelles-Capitale, le Collège adopte, pour une durée de cinq ans, un plan de promotion de la santé selon les modalités qu'il détermine. Ce plan s'appuie, dans la mesure du possible, sur le principe d'universalisme proportionné et prend en compte les différences de statut socio-économique, de genre, de culture, pour permettre à chacun de disposer des moyens d'agir sur sa santé.

Le plan précise :

1. les thématiques, objectifs, stratégies et publics cibles ou milieux de vie prioritaires;
2. les déterminants sociaux et environnementaux de la santé sur lesquels il convient d'agir pour améliorer l'état de santé de la population;
3. les articulations avec les autres plans bruxellois existants en matière de santé ainsi que la concertation et les collaborations avec les acteurs et les entités publiques dont la contribution est nécessaire à l'atteinte des objectifs, qu'ils relèvent de la promotion de la santé ou d'autres niveaux ou domaines de compétence politique;
4. les modalités d'évaluation et de suivi (notamment les critères et indicateurs) permettant d'évaluer le degré de réalisation des différents objectifs.

§ 2. – Pour mettre en œuvre les objectifs du plan de promotion de la santé, le décret organise le dispositif de promotion de la santé de la manière suivante :

- Une instance de pilotage dont le secrétariat et la coordination sont assurés par un membre de l'administration.
- Des services de support et d'accompagnement apportant en 2<sup>e</sup> ligne leur expertise aux acteurs de terrain, ainsi que des centres de référence qui coordonnent des programmes de médecine préventive.
- Des acteurs de terrain et des réseaux qui mettent en œuvre des actions répondant aux stratégies de promotion de la santé.
- Une section de promotion de la santé au sein du Conseil consultatif, qui constitue l'organe d'avis du secteur.

Les stratégies prioritaires sont l'intersectorialité, le travail en réseau, la participation des publics, la mobilisation communautaire, la formation des relais professionnels et non professionnels, le travail de proximité avec des publics spécifiques dans leur milieu de vie et la mise en œuvre de politiques publiques transversales favorables à la santé.

§ 3. – Au moins six mois avant l'échéance du plan de promotion de la santé en cours, un projet de plan actualisé est rédigé par l'administration en collaboration avec les organismes piliers et les acteurs. Ce projet de plan est proposé à l'instance de pilotage qui l'amende le cas échéant et le soumet au Collège.

Le premier projet de plan de promotion de la santé est élaboré et proposé à l'instance de pilotage par l'administration dans le délai déterminé par le Collège.

## TITRE 3

### **De l'instance de pilotage**

#### *Article 4*

§ 1<sup>er</sup>. – Il est créé une instance de pilotage composée, au minimum, d'un représentant du Collège et de l'administration représentée par deux membres du service de la santé.

En fonction des thématiques traitées et pour assurer les transversalités associatives et institutionnelles, cette instance peut également inviter des experts à ses réunions, ainsi que des représentants des pouvoirs exécutifs des autres entités publiques exerçant des compétences ayant un impact sur la santé.



Elle se réunit au minimum trois fois par an. Un bureau peut être créé en son sein.

§ 2. – Les missions de l'instance de pilotage se déclinent comme suit :

- 1° proposer au Collège des orientations actualisées;
- 2° analyser et approuver le plan de promotion de la santé à soumettre au Collège;
- 3° assurer le suivi concernant l'exécution du plan de promotion de la santé et son évaluation;
- 4° déterminer un modèle de rapport d'activité pour tous les acteurs ainsi que les indicateurs, servant de base au recueil de données. L'instance de pilotage les communique au Collège qui les arrête;
- 5° assurer la concertation avec des représentants des pouvoirs exécutifs des autres entités publiques exerçant des compétences ayant un impact sur la santé ou sur la thématique traitée;
- 6° analyser et approuver le rapport d'évaluation préparé par l'administration qui comprend l'évaluation après cinq ans du fonctionnement du dispositif dans son ensemble et formuler des recommandations.

§ 3. – Le Collège désigne les membres composant l'instance de pilotage et arrête les modalités de fonctionnement de celle-ci et du bureau.

#### *Article 5*

L'administration est chargée d'élaborer le plan de promotion de la santé, le suivre, le mettre en œuvre et l'évaluer. À ce titre, elle agit en tant qu'outil d'aide à la décision et participe à l'instance de pilotage.

L'administration intervient en appui scientifique auprès de l'instance de pilotage. Les chercheurs travaillant au sein des services de support collaborent avec l'administration.

Des protocoles de collaboration avec des organismes régionaux, communautaires ou fédéraux qui recueillent des données socio-sanitaires, avec lesquels elle travaille en complémentarité, peuvent être proposés au Collège.

Elle remplit des missions d'appui scientifique, d'analyse, de planification, d'évaluation et d'aide à la décision qui se déclinent comme suit :

- 1° identifier et synthétiser les données socio-sanitaires existantes sur le territoire bruxellois utiles à la politique de promotion de la santé;
- 2° coordonner les recueils de données quantitatives et qualitatives réalisés par les piliers et acteurs en promotion de la santé;
- 3° proposer à l'instance de pilotage des orientations politiques actualisées;
- 4° proposer à l'instance de pilotage un projet de plan de promotion de la santé actualisé ainsi qu'un outil de suivi de la mise en œuvre;
- 5° évaluer la politique de promotion de la santé.

L'administration appuie son travail sur des méthodes scientifiques et sur les obligations et recommandations en vigueur dans les domaines de la promotion de la santé et de la santé publique aux niveaux belge, européen et international.

#### TITRE 4

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

#### *Article 6*

Après un appel public à candidatures définissant l'expertise souhaitée, et dans le cadre du plan de promotion de la santé, le Collège désigne pour une période de cinq ans renouvelable un service d'accompagnement, selon les modalités qu'il détermine.

Pour être désigné, le service d'accompagnement doit justifier de son aptitude à remplir les missions suivantes :

- 1° organiser et apporter, en concertation avec les services de support, l'aide méthodologique dans les démarches en promotion de la santé aux acteurs et aux relais, et mettre à leur disposition les ressources d'accompagnement disponibles, notamment en documentation, formation, outils et expertise;
- 2° accompagner et/ou coordonner des dynamiques qui soutiennent la promotion de la santé et ses méthodes de travail telles que le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire;
- 3° soutenir et coordonner des concertations rassemblant les acteurs et les relais, notamment sous la forme d'une plateforme.

À l'issue des cinq ans de désignation, et dans le cadre du plan de promotion de la santé, une évalua-

tion est soumise au Collège portant tant sur l'expertise du service que sur son adéquation aux missions visées ci-dessus. En cas d'évaluation positive par le Collège, la désignation est reconduite pour cinq ans sans nouvel appel public à candidatures.

#### *Article 7*

Après un appel public à candidatures définissant l'expertise souhaitée, et dans le cadre du plan de promotion de la santé, le Collège désigne des services de support pour une période de cinq ans renouvelable selon les modalités qu'il détermine.

Pour être désignés, les services de support doivent justifier de leur aptitude à apporter, sur la base de leur expertise, un support permanent en matière de formation, de documentation, d'évaluation, de communication, de recherche ou de recueil de données à l'instance de pilotage, aux acteurs et aux relais désignés dans le cadre du présent décret.

Les missions de chaque service de support sont précisées dans des conventions qui accompagnent la désignation.

Ce support peut concerner :

- une ou plusieurs thématiques de santé prioritaires définies dans le plan de promotion de la santé;
- une ou plusieurs méthodologies ou stratégies d'action définies dans le plan de promotion de la santé.

À l'issue des cinq ans de désignation, et dans le cadre du plan de promotion de la santé, une évaluation est soumise au Collège portant tant sur l'expertise du service que sur son adéquation aux missions visées ci-dessus. En cas d'évaluation positive par le Collège, la désignation est reconduite pour cinq ans sans nouvel appel public à candidatures.

Les services de support tiennent compte des obligations et recommandations en vigueur dans les domaines de la promotion de la santé et de la santé publique aux niveaux belge, européen et international. Ils entretiennent des collaborations étroites avec l'administration et le service d'accompagnement.

### TITRE 5

#### ***Des programmes de médecine préventive***

#### *Article 8*

§ 1<sup>er</sup>. – Le Collège fixe, pour une durée de cinq ans renouvelable, des programmes de médecine préventive, liés au plan de promotion de la santé et présen-

tés sous forme d'un ou de plusieurs protocoles. Les programmes sont pilotés par un ou plusieurs centres de référence. Par pilotage, on entend le fait de veiller à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive, à savoir la programmation des actions, leur mise en œuvre, l'enregistrement des données, le suivi des actions et l'évaluation selon les indicateurs définis dans le protocole. Les programmes sont décidés et réalisés en adéquation avec les recommandations scientifiques validées internationalement. Ils prennent en compte l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population.

§ 2. – Les programmes sont, dans la mesure du possible, réalisés par, ou en concertation avec, les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes, le secteur ambulatoire et les services de proximité dans le champ de l'aide socio-sanitaire. Dans l'élaboration et la mise en œuvre de ces programmes, il est en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, de santé ou économique défavorable.

Le service d'accompagnement peut être associé à l'accompagnement de ces programmes.

#### *Article 9*

§ 1<sup>er</sup>. – Le Collège désigne un ou plusieurs centres de référence pour assurer la mission visée à l'article 8, § 1<sup>er</sup>. Dans le cadre de cette mission, ces centres de référence contribuent aux travaux des organismes piliers et développent une expertise scientifique, la concertation avec les acteurs et la coordination avec les établissements et les personnes de droit public ou privé visées à l'article 8, § 2. Le Collège peut également désigner des établissements ou des personnes de droit public ou privé, pour assurer la mission visée à l'article 8, § 2.

Dans le cadre de cette mission, ces établissements ou personnes de droit public ou privé réalisent les actes de dépistage et les autres interventions de médecine préventive.

§ 2. – Le Collège fixe la procédure et les conditions de désignation des centres de référence visés au § 1<sup>er</sup>, ainsi que les modalités de recours. Les conditions de désignation portent notamment sur l'appareillage et les conditions techniques, les qualifications du personnel, les critères de qualité pour la réalisation des programmes.

§ 3. – Le Collège fixe le montant et les conditions d'octroi des subventions forfaitaires octroyées aux centres de référence pour la mise en œuvre des pro-

grammes de médecine préventive et, le cas échéant, aux établissements et personnes de droit public ou privé visées à l'article 8, § 2.

#### *Article 10*

Le Collège peut désigner des firmes pour procéder aux contrôles de qualité physico-techniques des appareillages visés à l'article 9, § 2, lorsque l'accomplissement desdits contrôles constitue une condition de désignation des centres de référence.

Le Collège fixe la durée, la procédure et les conditions de désignation des firmes visées à l'alinéa 1er, ainsi que les conditions de retrait de la désignation et les modalités de recours.

### TITRE 6

#### ***Des acteurs et des réseaux de promotion de la santé***

#### *Article 11*

§ 1<sup>er</sup>. – Sur la base du plan de promotion de la santé et après un appel à projets, le Collège désigne des acteurs et conclut avec eux des conventions de trois ans, renouvelables selon les modalités qu'il détermine.

À l'issue des trois ans de désignation, une évaluation est soumise au Collège portant tant sur l'expertise de l'acteur que sur son adéquation aux missions visées dans la convention et au plan de promotion de la santé. En cas d'évaluation positive par le Collège, la désignation est reconduite pour deux ans maximum sans nouvel appel à projets.

§ 2. – Le Collège accorde des subventions forfaitaires aux acteurs désignés. Ces subventions couvrent des frais de rémunération, de formation et de fonctionnement. Elles sont indexées suivant les modalités fixées par le Collège et liquidées suivant les modalités visées à l'article 19.

§ 3. – Pour être désignés, les acteurs introduisent leur demande de désignation au Collège ou répondent à des appels à projets.

§ 4. – Le Collège peut aussi accorder des subventions annuelles en fonction de l'agenda défini dans le plan de promotion de la santé.

#### *Article 12*

§ 1<sup>er</sup>. – Les réseaux de promotion de la santé sont des acteurs de promotion de la santé, tels que visés à

l'article 11 en ce qu'ils contribuent au plan de promotion de la santé en améliorant la coordination, la complémentarité, l'intersectorialité, la pluridisciplinarité, la continuité et la qualité des activités en faveur de la population. Ils sont organisés sur une base géographique et/ou thématique.

§ 2. – Dans le cadre du plan de promotion de la santé, le Collège désigne des réseaux en promotion de la santé.

§ 3. – Le Collège accorde des subventions liées à des conventions triennales renouvelables à ces réseaux de promotion de la santé. Le Collège fixe le montant des subventions forfaitaires octroyées aux réseaux en promotion de la santé.

Ces subventions forfaitaires sont indexées suivant les modalités fixées par le Collège et liquidées suivant les modalités visées à l'article 19.

§ 4. – En fonction du plan de promotion de la santé et lorsque cela est nécessaire, les réseaux de promotion de la santé collaborent avec les réseaux de santé « ambulatoires » agréés en vertu du Décret du 5 mars 2009, relatif aux services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé.

### TITRE 7

#### ***Des procédures et du subventionnement***

#### *Article 13*

Les appels publics à candidatures visés aux articles 6 et 7 précisent les missions qui sont confiées aux services désignés ainsi que les aptitudes requises pour remplir ces missions et les critères de sélection des candidatures.

Le Collège détermine le contenu de ces appels publics à candidatures et fixe le calendrier de la procédure de désignation.

Ils sont publiés dans un délai d'au moins six mois avant la période de subventionnement et comprennent un formulaire de candidatures arrêté par le Collège.

#### *Article 14*

§ 1<sup>er</sup>. – Les appels à projets visés à l'article 11 précisent les missions qui sont confiées aux acteurs désignés ainsi que les aptitudes requises pour remplir ces missions et les critères de sélection des projets. Ils sont soumis au Conseil consultatif pour avis avant leur publication.

Le Collège détermine le contenu de ces appels à projets et fixe le calendrier de la procédure de désignation.

Ils sont publiés dans un délai d'au moins six mois avant la période de subventionnement et comprennent un formulaire de candidatures arrêté par le Collège.

§ 2. – Les dossiers de candidatures du service d'accompagnement et des services de support sont soumis pour avis au Conseil consultatif. Les dossiers répondant aux appels à projets sont également soumis pour avis au Conseil consultatif pour autant que la subvention demandée soit supérieure à un montant fixé par le Collège.

Dans les deux cas, cet avis est rendu selon une grille d'analyse arrêtée par le Collège. Cette grille d'analyse doit permettre d'évaluer si le dossier de candidature correspond aux priorités du plan de promotion de la santé, ainsi que sa pertinence, sa cohérence et sa plus-value et l'aptitude de l'équipe à remplir les missions définies dans l'appel public à candidatures.

En ce qui concerne les acteurs, le Collège fixe les modalités de conventionnement et le contenu des conventions.

#### *Article 15*

Le Collège fixe la procédure de retrait de la désignation des acteurs en cas de non-respect des missions qui leur ont été confiées, ainsi que, le cas échéant, la procédure de renouvellement.

#### *Article 16*

Les candidats non désignés par le Collège suite aux appels publics à candidatures ou aux appels à projets peuvent demander des explications par écrit à l'administration dans les quinze jours de la notification.

#### *Article 17*

§ 1<sup>er</sup>. – Si les missions dévolues à un acteur ou à un organisme pilier ne sont pas remplies conformément aux critères mentionnés dans la convention, le Collège en réfère par écrit aux membres de l'instance de pilotage et adresse un courrier de mise en demeure à l'acteur ou l'organisme pilier défaillant, l'enjoignant à se conformer à la convention.

§ 2. – Si la défaillance persiste, la convention est dénoncée et la subvention liée à la convention est supprimée trois mois après la date de la convention

#### *Article 18*

Le Collège peut poursuivre les subventions aux acteurs et aux organismes piliers préalablement conventionnés durant le processus de renouvellement.

#### *Article 19*

Le subventionnement du dispositif de promotion de la santé s'opère par la liquidation de subventions aux acteurs, aux réseaux et aux organismes piliers. Ces subventions sont mentionnées dans une convention pluriannuelle conclue avec le Collège et leur montant est déterminé en fonction des missions figurant également dans la convention. Elles couvrent des frais de rémunération, de formation et de fonctionnement et sont indexées suivant les modalités fixées par le Collège.

Une avance égale à 85 % de la subvention est liquidée au plus tard le 20 février de l'année civile concernée, au profit des acteurs et des organismes piliers dont la subvention globale ne dépasse pas 10.000 €. Le solde est liquidé sur la base d'un décompte final selon les modalités fixées par le Collège.

Les acteurs et les organismes pilier dont la subvention globale est supérieure à 10.000 € reçoivent, au plus tard le 20 février de l'année civile concernée, une première avance de 85 % de la subvention, et au plus tard le 30 juin, une deuxième avance égale à 10 % de la subvention. Le solde est liquidé sur la base d'un décompte final selon les modalités fixées par le Collège.

#### *Article 20*

L'acteur ou l'organisme pilier tient une comptabilité en partie double par année budgétaire et fournit annuellement un bilan et un compte de recettes et de dépenses selon le modèle déterminé par le Collège. Il fournit aussi annuellement un rapport d'activités suivant le modèle visé à l'article 4, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup> et un recueil de données, dans les délais fixés par la convention.

TITRE 8  
**Du contrôle et de l'inspection**

*Article 21*

§ 1<sup>er</sup>. – L'administration procède annuellement au contrôle *in situ* du respect des termes des conventions.

§ 2. – L'administration constate les manquements par procès-verbal. Une copie est adressée à l'acteur, au réseau, à l'organisme pilier ou au centre de référence défaillant dans les 15 jours suivant la constatation du manquement afin qu'il puisse y répondre et s'expliquer.

*Article 22*

Le paiement de la subvention est suspendu aussi longtemps que, pour des subventions reçues précédemment, l'acteur, le réseau, l'organisme pilier ou le centre de référence ne produit pas les justificatifs exigés, s'oppose à l'exercice du contrôle ou ne restitue pas, en tout ou en partie, la subvention improprement utilisée.

TITRE 9  
**Dispositions relatives à l'évaluation  
du plan de promotion de la santé**

*Article 23*

L'administration réalise une évaluation de la politique publique de promotion de la santé sur la base des objectifs, des modalités d'évaluation et de suivi (notamment les critères et indicateurs) définis dans le plan de promotion de la santé. À cette fin, elle exploite notamment les données et les rapports d'activités qui lui sont transmis par les acteurs, les réseaux et les organismes piliers.

Elle rédige et transmet au Collège et à l'instance de pilotage :

- un rapport d'évaluation intermédiaire à mi-parcours de la mise en œuvre du plan de promotion de la santé, permettant de réorienter éventuellement les conventions en cours et de proposer des appels à projets;
- un rapport d'évaluation final au moins six mois avant l'adoption du nouveau plan de promotion de la santé, en vue de la préparation de celui-ci.

Le Collège précise l'objet, les critères et les modalités de l'évaluation.

Ce rapport final est également transmis à l'Assemblée.

TITRE 10  
**Dispositions modificatives, transitoires,  
abrogatoires et finales**

*Article 24*

À l'article 4, § 1<sup>er</sup>, du décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, est ajouté un point 6°, la section « Promotion de la santé ».

*Article 25*

À l'article 5 du même décret, un nouveau paragraphe 7 est ajouté et libellé comme suit :

« § 7. – D'initiative ou à la demande du Collège, la section « Promotion de la santé » a pour mission de donner des avis sur toutes les questions qui concernent la promotion de la santé y compris sur la médecine préventive et d'instruire les questions d'éthique.

Son avis est requis sur des projets de décret et d'arrêtés d'exécution relatifs à la politique de la santé et plus particulièrement de la promotion de la santé, ainsi que sur le plan de promotion de la santé. Il est aussi requis sur les appels à candidatures du service d'accompagnement et des services de support et les appels à projets destinés aux acteurs, ainsi que sur les dossiers de candidatures et les réponses aux appels à projets pour des subventions supérieures à un montant fixé par le Collège. ».

*Article 26*

À l'article 8 du même décret, le § 2 est complété par ce qui suit :

« Le Collège détermine la composition, le mode de sélection et les incompatibilités avec d'autres fonctions des membres de la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé. ».

*Article 27*

Le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française est abrogé.

*Article 28*

Le présent décret entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Bruxelles, le 26 novembre 2015.

Par le Collège,

La Présidente du Collège,

Fadila LAANAN

La Ministre, membre du Collège, chargée de la Santé,

Cécile JODOGNE

## ANNEXE 1

### AVIS N° 58.023/2/V DU CONSEIL D'ÉTAT DU 9 SEPTEMBRE 2015

Le CONSEIL D'ÉTAT, section de législation, deuxième chambre des vacances, saisi par la Ministre, membre du Collège de la Commission communautaire française, chargée de la Fonction publique à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, prorogé de plein droit <sup>(1)</sup> jusqu'au 10 septembre 2015, sur un avant-projet de décret « relatif à la promotion de la santé », a donné l'avis suivant :

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

Sur ces trois points, le projet appelle les observations suivantes.

#### FORMALITÉS PRÉALABLES

1. La notification de la réunion du Collège du 15 juillet 2015 prévoit en outre la consultation du bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé.

L'attention des auteurs de l'avant-projet est attirée sur le fait que, dans l'hypothèse où cette consultation amènerait à modifier celui-ci, l'avant-projet devrait à nouveau être soumis à la section de législation du Conseil d'État.

2. Conformément à l'article 5 de l'arrêté du 23 juillet 1996 du Collège de la Commission communautaire française 'relative au contrôle administratif et budgétaire', l'avant-projet doit recevoir l'accord du membre qui a le budget dans ses attributions.

#### OBSERVATIONS GÉNÉRALES

##### A. Compétence de la Commission communautaire française

Comme le relève l'exposé des motifs, les compétences communautaires en matière de santé ont été

étendues lors de la sixième réforme de l'État, par l'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 « relative à la sixième réforme de l'État », qui a remplacé l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, « En ce qui concerne la politique de santé », de la loi spéciale du 8 août 1980 « de réformes institutionnelles ».

Alors que dans son ancienne rédaction, l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, 2<sup>o</sup>, de la loi spéciale du 8 août 1980 de « réformes institutionnelles » attribuait aux communautés « l'éducation sanitaire ainsi que les activités et service de médecine préventive, à l'exception des mesures prophylactiques nationales », l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, 8<sup>o</sup>, de la loi spéciale attribue désormais aux Communautés :

« l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive, ainsi que toute initiative en matière de médecine préventive ».

L'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, alinéa 2, précise :

« L'autorité fédérale reste toutefois compétente pour :

- 1<sup>o</sup> l'assurance maladie-invalidité;
- 2<sup>o</sup> les mesures prophylactiques nationales. ».

Comme l'ont relevé les chambres réunies de la section de législation du Conseil d'État,

« Les compétences des communautés en matière de politique de santé ont été élargies consécutivement à la sixième réforme de l'État <sup>(2)</sup>. C'est ainsi que la compétence concernant « toute initiative en matière de médecine préventive » s'est ajoutée aux compétences existantes relatives aux « activités et services de médecine préventive ». Cet ajout concerne le transfert d'un certain nombre d'« initiatives de prévention » fédérales, ainsi qu'il est exposé dans les développements de la proposition devenue la loi spéciale précitée. Ceux-ci font également mention de campagnes de vaccination que l'autorité fédérale a organisées par le passé <sup>(3)</sup>. Il apparaît selon cette intention que l'autorité fédérale ne prendra plus

(1) Ce délai résulte de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>, *in fine*, des lois coordonnées sur le Conseil d'État qui précise que ce délai est prolongé de plein droit de quinze jours lorsqu'il prend cours du 15 juillet au 31 juillet ou lorsqu'il expire entre le 15 juillet et le 15 août.

(2) *Note de bas de page 4 de l'avis cité* : « L'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 « relative à la Sixième Réforme de l'État » a remplacé l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, de la loi spéciale du 8 août 1980 ».

(3) *Note de bas de page 5 de l'avis cité* : « *Doc. parl.*, Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 42 ».

de telles mesures, compte tenu de la compétence des communautés en la matière <sup>(4)</sup> » <sup>(5)</sup>.

En vertu de l'article 3, 6°, du 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 », la Commission communautaire française exerce les compétences de la Communauté française dans la matière de

« la politique de santé, visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, de la loi spéciale, à l'exception :

[...]

e) des activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants;

f) de ce qui relève des missions confiées à l'Office de la Naissance et de l'Enfance (ONE) ».

Le commentaire des articles de la proposition devenue le décret spécial du 3 avril 2014 précise :

« 8° En ce qui concerne l'éducation sanitaire (actuellement intitulée « promotion de la santé »), les activités et services de médecine préventive ainsi que toute initiative en matière de médecine préventive, visés à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I, 8°, de la loi spéciale, la disposition commentée vise à transférer l'exercice de cette compétence à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, moyennant trois exceptions.

Premièrement, la Communauté française reste compétente pour les activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants. Cette exception vise notamment la promotion de la santé à l'école (services PSE) – qui remplace l'ancienne exception relative à l'inspection médicale scolaire –, la vaccination, la promotion de l'hygiène dentaire dans les écoles et les programmes de dépistage, notamment le dépistage des anomalies métaboliques et celui de la surdité des nouveaux nés.

[...]

(4) Note de bas de page 6 de l'avis cité : « *Ibid.*, p. 43 ».

(5) Avis 57.183/VR donné le 31 mars 2015 sur un avant-projet devenu le décret de la Communauté française du 25 juin 2015 « portant assentiment à l'Accord de coopération du 18 février 2015 entre la Communauté française, la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale et la Communauté germanophone relatif à l'achat de vaccins destinés à protéger les enfants, les femmes enceintes et les adolescents », *Doc. parl.*, Parl. Comm. fr., 2014-2015, n° 115/1.

L'ONE remplit de surcroît d'autres missions transversales qui lui sont également assignées comme actuellement :

[...]

– la promotion de la santé et l'éducation à la santé » <sup>(6)</sup>.

Il convient dès lors de s'assurer que le décret en projet n'empiète pas sur la matière de la promotion de la santé et de la médecine préventive destinées aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants, qui est demeurée de la compétence de la Communauté française. Or, en vertu de l'article 3, § 2, de l'avant-projet, « le plan de promotion de la santé vise l'ensemble de la population ». Cela ne peut être admis que si la population est considérée globalement et qu'aucune action ne cible particulièrement les nourrissons, enfants, élèves ou étudiants.

Mieux vaudrait cependant que le dispositif corresponde au champ des matières dont l'exercice a été effectivement transféré à la Commission communautaire française.

## B. Nature juridique des institutions visées dans le décret

1. Dans l'avis 25.290/9 donné le 25 septembre 1996 sur l'avant-projet devenu le décret de la Communauté française du 14 juillet 1997 « portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française », la section de législation du Conseil d'État a fait l'observation suivante :

« 2. Le décret en projet charge les services communautaires de promotion de la santé et les centres locaux de promotion de la santé de missions tendant à exécuter le programme et les plans arrêtés par le Gouvernement sur la base de l'article 2.

Le texte n'apporte pas de précision au sujet de la forme juridique que peuvent prendre les services communautaires de promotion de la santé; il n'exclut nullement qu'il s'agisse de personnes de droit privé. En ce qui concerne les centres locaux de promotion de la santé, l'article 13, 1°, précise qu'il doit s'agir d'associations sans but lucratif au sens de la loi du 27 juin 1921.

En soi, rien ne s'oppose à ce qu'une autorité publique confie une mission d'intérêt général à des associations ou des organismes constitués sous une forme de droit privé et à ce que, à cette occasion, elle prenne, sous le couvert de conditions d'agrément et

(6) *Doc. parl.*, Parl. Comm. fr., 2013-2014, n° 587/1, pp. 10-11.



d'octroi de subventions – comme le prévoit le décret en projet –, des dispositions lui permettant de s'assurer que les missions remplies par ces associations ou organismes correspondent bien aux missions d'intérêt général qu'elle leur confie.

Toutefois, il ne peut être admis, au regard du principe de la liberté d'association, que, fût-ce sous le couvert de conditions d'agrément ou d'octroi de subventions, l'autorité publique en vienne à fixer des règles affectant profondément l'existence, l'organisation et le fonctionnement d'associations de droit privé ou à imposer aux activités de ces associations des contraintes telles que celles-ci, parce qu'elles n'auraient d'autre choix que de devenir de simples exécutants de la politique décidée par l'autorité, seraient dénaturées dans leur essence même.

Le décret en projet s'expose, à cet égard, à de très sérieuses objections.

Ainsi, il semble bien ressortir des articles 10, 11 et 15 que les services communautaires de promotion de la santé et les centres locaux de promotion de la santé sont voués à être de simples agents d'exécution du programme quinquennal et des plans communautaires de promotion de la santé arrêtés par le Gouvernement de la Communauté française (7). L'exposé des motifs confirme cette idée en indiquant, par exemple, qu'il incombe au Gouvernement d'« assigner » à chaque service communautaire de promotion de la santé des objectifs spécifiques à respecter, ou encore que les centres locaux de promotion de la santé « seront de véritables plates formes chargées de décentraliser la politique de la Communauté française en matière de promotion de la santé » (8).

En outre, l'article 13 contient des règles qui affectent profondément l'existence, l'organisation et le fonctionnement des centres locaux de promotion de la santé : ainsi en va-t-il lorsqu'il est précisé que ces centres doivent « associer pouvoirs publics et per-

sonnes privées » et « avoir pour objet l'organisation d'un partenariat pluraliste », et lorsqu'il est imposé aux centres d'accueillir certaines personnes aux réunions des organes de l'association, voire même de leur accorder la qualité de membres de celle-ci.

De telles ingérences de l'autorité publique dans l'existence, l'organisation, le fonctionnement et les activités d'une personne morale ne peuvent être admises lorsque celle-ci est une personne de droit privé.

Si les auteurs de l'avant-projet n'entendent pas s'en tenir à la formule examinée plus haut consistant à confier la mission d'intérêt général dont il s'agit à des associations et organismes de droit privé sans porter atteinte, dans la fixation des conditions d'octroi de subventions et d'agrément, à leur essence privée, la Communauté devrait charger des personnes de droit public de l'exécution de sa politique.

En pareil cas, il s'imposerait de renoncer à la technique de l'agrément.

En outre, s'il s'agissait de personnes de droit public dont le législateur n'a pas encore arrêté les dispositions organiques, le législateur décrétoal devrait, conformément à l'article 9 de la loi spéciale du 8 août 1980, régler la création, la composition, la compétence, le fonctionnement et le contrôle des personnes de droit public concernées (9).

Ces observations trouvent à s'appliquer à l'avant-projet examiné. En effet, celui-ci institue certains organes, notamment la Cellule d'appui en promotion de la santé (article 5) mais sans satisfaire à l'article 9 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles. De même, l'avant-projet confie des missions d'intérêt général à des associations et organismes de droit privé. Il faut donc s'assurer que la liberté d'association est respectée.

2. À propos de la Cellule d'appui en promotion de la santé, l'exposé des motifs indique : « unique véritable nouveauté du dispositif, cette cellule aura une personnalité juridique propre afin de lui garantir plus d'autonomie que si elle était un service administratif ».

Interrogée sur la nature juridique de cette cellule et son organisation au regard de l'article 9 de la loi spéciale du 8 août 1980, la déléguée de la ministre a répondu :

« Pour ce qui concerne la Cellule d'Appui en Promotion de la Santé (CAPS), il n'entre pas dans les intentions du Collège de créer un service décentralisé tel que l'article 9 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles le permet.

(7) *Note de bas de page 2 de l'avis cité* : Cette constatation n'est pas infirmée par la circonstance que les institutions dont il s'agit – à tout le moins les centres locaux de promotion de la santé – sont représentées dans le Conseil supérieur de promotion de la santé, lequel a notamment pour mission, d'une part, de proposer au Gouvernement des axes prioritaires et des stratégies en vue de permettre la préparation du programme quinquennal et des plans communautaires de promotion de la santé et, d'autre part, de donner un avis au Gouvernement avant l'adoption de ce programme et de ces plans. En effet, le Conseil supérieur de promotion de la santé compte parmi ses membres d'autres personnes que des représentants des institutions auxquelles s'appliquent le programme et les plans; en outre, c'est au Gouvernement, et non pas au Conseil supérieur de promotion de la santé, qu'échoit le pouvoir de décision.

(8) *Note de bas de page 3 de l'avis cité* : On relève, en outre, que l'article 12, alinéa 1<sup>er</sup>, organise cette décentralisation, en prévoyant qu'il ne peut être agréé qu'un seul centre pour chacun des arrondissements ou groupes d'arrondissements qu'il cite.

(9) *Doc. parl.*, Parl. Com. fr., 1996-1997, n° 127/1, pp. 16-17.

La CAPS sera mise sur pied sous forme d'une association sans but lucratif. ».

Comme le rappelait l'avis 25.290/9 précité, le législateur doit choisir entre deux options. Soit il institue lui-même un organisme et, dans ce cas, il doit se conformer à l'article 9 de la loi spéciale du 8 août 1980, rendu applicable aux institutions bruxelloises par l'article 4 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux Institutions bruxelloises. Comme la section de législation le rappelle, cet article consacre le principe de la légalité des personnes morales, dont il découle, et comme cette disposition le formule explicitement, il incombe au législateur de régler la création, la composition, la compétence, le fonctionnement et le contrôle de la personne morale de droit public en cause, en tout cas en ce qui concerne les éléments essentiels, en ce compris les règles essentielles relatives au financement de l'organisme créé <sup>(10)</sup>.

Soit il confie une mission d'intérêt général à une association de droit privé mais, dans ce cas, il ne peut s'immiscer dans son organisation en prévoyant des dérogations aux règles essentielles de cette figure juridique au point de dénaturer cette institution. Il ne se conçoit ainsi pas que le Collège soit habilité à « préciser ou élargir les missions » de la Cellule (article 5, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5), qu'il en détermine toutes les règles relatives à l'encadrement en personnel et les modalités de fonctionnement (article 5, § 3), et qu'il détermine les modalités de fonctionnement du consortium (article 15, § 3).

3. Il conviendra aussi de veiller au respect du principe d'égalité dans la sélection des différents candidats. À cet égard, l'article 27 de l'avant-projet appelle les plus nettes réserves. En effet, si une première désignation d'une durée de deux ans du SAPS et des services de support peut intervenir sans appel aux candidats, cela conférerait un avantage considérable aux organes ainsi choisis.

(10) Voir récemment l'avis 55.282/2 du 3 mars 2014 sur un avant-projet devenu le décret de la Commission communautaire française du 24 avril 2014 « portant assentiment à l'avenant à l'accord de coopération-cadre relatif à la formation en alternance, conclu à Bruxelles, le 24 octobre 2008, entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française » (*Doc. parl.*, Ass. Comm. comm. fr., 2013-2014, n° 132) et l'avis 57.765/2 donné le 15 juillet 2015 sur un avant-projet de décret de la Commission communautaire française « portant assentiment à l'accord de coopération du 15 juillet 2014 entre l'État fédéral, la Région flamande, la Région wallonne, la Région de Bruxelles-Capitale, la Communauté flamande, la Communauté française, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire française concernant les modalités de fonctionnement de l'Institut interfédéral de statistique, du conseil d'Administration et des Comités scientifiques de l'Institut des comptes nationaux ».

Ainsi que la section de législation l'a déjà rappelé dans plusieurs avis <sup>(11)</sup>, il faut s'assurer, outre le respect de la liberté d'association, que, dans le respect du principe d'égalité, toute association qui se sentirait une vocation à agir dans ce secteur de la santé puisse se manifester et voir sa candidature examinée par le Collège à l'issue d'un appel public. Cette observation vaut notamment pour les articles 5, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 7, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 9, § 2, et 27.

### C. Respect du principe de légalité

1. L'avant projet examiné, en ce qu'il organise la promotion de la santé, s'inscrit dans le cadre de l'article 23 de la Constitution, qui consacre également le principe de légalité.

« Selon la section de législation du Conseil d'État :

Par le passé, le Conseil d'État, section de législation – suivant la jurisprudence de la Cour d'arbitrage <sup>(12)</sup> – a considéré que si l'article 23 de la Constitution n'exprime pas un principe de légalité comparable à celui que l'on peut déduire, par exemple, de l'article 24, § 5, en matière d'enseignement, il reste, en tout état de cause, que le législateur ne saurait consentir au Roi dans la matière des droits économiques et sociaux, des pouvoirs illimités, dès lors que la Constitution lui assigne la tâche de les garantir et qu'il convient donc

(11) Voir l'avis 34.477/4 donné le 2 décembre 2002 sur un avant-projet devenu le décret du 27 mai 2004 « relatif à l'organisation du tourisme » (*Doc. parl.*, Parl. wall., 2002-2003, n° 684/1, pp. 25-35) (obs. n° 1 sous l'article 47); l'avis 39.935/4 donné le 20 mars 2006 sur un avant-projet devenu l'ordonnance du 20 juillet 2006 « modifiant l'ordonnance du 27 avril 1995 relative aux services de taxis et aux services de location de voitures avec chauffeur » (*Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2005-2006, n° A-268/1, pp. 19-24); l'avis 43.957/4 donné le 7 avril 2008 sur un avant-projet devenu le décret du 3 juillet 2008 « modifiant le décret du 16 juillet 1985 relatif aux parcs naturels » (*Doc. parl.*, Parl. wall., 2007-2008, n° 789/1, pp. 13-27) (obs. sous l'article 11); l'avis 45.692/4 donné le 28 janvier 2009 sur un avant-projet devenu le décret du 3 avril 2009 « relatif à l'agrément des services de santé mentale et à la reconnaissance des centres de référence en santé mentale en vue de l'octroi de subventions » (*Doc. parl.*, Parl. wall., 2008-2009, n° 942/1, pp. 38-44) (obs. générale III, 11°) Voir l'avis 48.292/2 donné le 14 juin 2010 sur un avant-projet devenu le décret du 22 juillet 2010 « créant un Conseil de la Fiscalité et des Finances de Wallonie » (*Doc. parl.*, Parl. wall., 2009-2010, n° 202/1, pp. 6-9) (obs. sous l'article 4) et l'avis 54.015/4 donné le 15 octobre 2013 sur un avant-projet devenu le décret du 23 janvier 2014 « relatif à la reconnaissance et au subventionnement des associations environnementales et modifiant le Livre 1<sup>er</sup> du Code de l'Environnement et le décret du 6 novembre 2008 portant rationalisation de la fonction consultative » (*Doc. parl.*, Parl. wall., 2013-2014, n° 925/1, pp. 16-23) (obs. n° 3 sous l'article 29, sp. la note de bas de page 16). Voir également l'arrêt n° 224.602 du 11 septembre 2013, SZYM-KOWICZ c/ Communauté française.

(12) *Note de bas de page 3 de l'avis cité* : Note de bas de page 4 de l'avis cité : Voir, notamment, Cour d'arbitrage, 18 février 1998, n° 18/98, B.6; 10 février 1999, n° 14/99, B.6.2; 6 octobre 1999, n° 103/99, B.3.2 et 6 octobre 1999, n° 104/99, B.4.2.

à tout le moins que la loi détermine les principes de base ou fixe certaines limites dans lesquelles le Roi pourra intervenir dans cette matière <sup>(13)</sup>.

Pour les matières visées à l'article 23 de la Constitution, la compétence exclusive réservée au législateur qui peut être déduite de ce qui précède, semble encore avoir été renforcée dans la jurisprudence récente de la Cour d'arbitrage. Sans assimiler explicitement les matières visées à l'article 23 de la Constitution aux matières réservées au législateur, un certain nombre d'arrêts de la Cour d'arbitrage relatifs à une des matières mentionnées à l'article 23 de la Constitution utilise une formulation qui fait songer au « principe de légalité renforcé », notamment en matière fiscale et d'enseignement. » <sup>(14)</sup>.

Selon la Cour constitutionnelle,

« Conformément aux principes qui régissent les relations entre le pouvoir législatif et le pouvoir exécutif, les choix politiques essentiels doivent être fixés par l'assemblée législative. Le soin d'arrêter les modalités de leur mise en œuvre peut être laissé au pouvoir exécutif » <sup>(15)</sup>.

Dans l'arrêt n° 101/2008 précité, la Cour précisait encore :

« B.39. L'article 23, alinéa 3, 3°, de la Constitution fait obligation aux législateurs compétents de garantir le droit à un logement décent, en précisant qu'ils tiennent compte des « obligations correspondantes », et leur permet de déterminer les conditions d'exercice de ce droit. Cet article n'interdit pas d'accorder des

délégations à un gouvernement, pour autant qu'elles portent sur l'exécution de mesures dont l'objet a été déterminé par le législateur compétent ».

Conformément à cette jurisprudence, la section de législation a rappelé à de très multiples reprises <sup>(16)</sup> que, pour concilier les principes régissant la répartition des compétences entre le législateur régional et le Gouvernement, les éléments essentiels de la réglementation envisagée doivent figurer dans le texte même du décret. Les limites de la délégation consentie au Gouvernement doivent être définies par le décret aussi précisément que possible, de préférence en indiquant de manière concrète les circonstances dans lesquelles il peut être fait usage de cette délégation et en définissant, à tout le moins dans leurs grandes lignes, les mesures à prendre.

De même, la section de législation du Conseil d'État a rappelé à diverses reprises que le décret doit mettre en œuvre le principe de légalité avec suffisamment de précision pour conférer aux dispositions qu'il contient en matière de subvention, un caractère organique. Il revient au législateur de déterminer avec précision la nature des dépenses couvertes par la subvention, les éléments essentiels de celle-ci, notamment les conditions d'octroi. » <sup>(17)</sup>.

Ne satisfont pas à l'exigence de légalité rappelée plus haut les délégations figurant à :

- l'article 5, § 1<sup>er</sup>, alinéa 5, en ce qu'il permet au Collège d'élargir les missions de la Cellule;
- l'article 5, § 4;
- l'article 6, § 2, alinéa 2, en ce qu'il permet au Collège de compléter les missions de l'instance;
- l'article 7, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, en ce qu'il permet au Collège de compléter les missions du service;
- l'article 7, § 3;

(13) *Note de bas de page 4 de l'avis cité* : Note de bas de page 5 de l'avis cité : C.E., avis 31.834/4 donné le 19 juin 2001 sur un avant-projet de loi « relative à Belgacom » (*Doc. parl.*, Chambre, n° 1317/001, pp. 9-10). Que le Conseil d'État ne considérait pas l'article 23 de la Constitution comme une disposition réservant une matière au législateur se déduisait implicitement de l'avis 38.291/1 donné le 5 avril 2005 sur un avant-projet de loi « introduisant un mécanisme structurel d'adaptation au bien être des plafonds et seuils de revenus ainsi que des allocations sociales » (*Doc. parl.*, Chambre, n° 51/1948/001, p. 12), qui énonçait que l'adaptation des allocations sociales au niveau du bien-être ne concerne pas une matière réservée au législateur.

(14) *Note de bas de page 5 de l'avis cité* : Voir l'avis 39.420/1/2 donné le 23 novembre 2005 sur un avant-projet devenu la loi du 23 décembre 2005 « relative au pacte de solidarité entre les générations » (*Doc. parl.*, Chambre, 2005-2006, n° 2128/1, pp. 111-136). Voir également l'avis 45.389/4 donné le 26 novembre 2008 sur un avant-projet devenu le décret de la Communauté française du 5 février 2009 « modifiant le décret du 27 février 2003 sur la radiodiffusion et le décret du 9 janvier 2003 relatif à la transparence, à l'autonomie et au contrôle des organismes publics, des sociétés de bâtiments scolaires et des sociétés de gestion patrimoniale qui dépendent de la Communauté française » (*Doc. parl.*, Parl. Comm. fr., 2008-2009, n° 634/1).

(15) *Note de bas de page 6 de l'avis cité* : C.C., 3 mars 2004, n° 31/2004, B.5.4.

(16) *Note de bas de page 7 de l'avis cité* : Voir notamment l'avis 45.058/2/V donné le 27 août 2008 sur un avant-projet devenu le décret de la Région wallonne du 20 novembre 2008 « modifiant le décret de la Communauté française du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée » (*Doc. parl.*, Parl. wall., 2008-2009, n° 853).

(17) Avis 55.083/4 donné le 17 février 2014 sur un avant-projet devenu le décret de la Région wallonne du 27 mars 2014 « remplaçant le livre II du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé relatif à l'intégration des personnes étrangères ou d'origine étrangère », *Doc. parl.*, Parl. wall., 2013-2014, n° 992/1. Voir dans le même sens l'avis 56.438/4 donné le 25 juin 2014 sur un avant-projet devenu le décret de la Communauté française du 4 décembre 2014 « modifiant le décret du 17 juillet 2002 portant réforme de l'Office de la Naissance et de l'Enfance, en abrégé « ONE » », *Doc. parl.*, Parl. Comm. fr., 2014-2015, n° 29/1.

- l'article 8, § 3;
- l'article 9, §§ 1<sup>er</sup> et 3;
- l'article 11, §§ 3 et 4;
- l'article 13, § 3;
- l'article 14, alinéa 4, en ce qu'il habilite le Collège à déterminer « les incompatibilités avec d'autres fonctions des membres de la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé »;
- l'article 26 en ce qu'il n'encadre pas le montant des subventions.

L'avant-projet sera fondamentalement revu à la lumière de ces observations; ce faisant il sera tenu compte des observations particulières suivantes.

## OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

### INTITULÉ

Dans l'intitulé, il y a lieu d'omettre les mots « Arrêté 2015/897 concernant l' ».

### DISPOSITIF

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

L'avant-projet de décret, structuré en chapitres, ne comporte pas de chapitre 1<sup>er</sup>. Il convient d'insérer un tel chapitre avant l'article 1<sup>er</sup>.

#### Article 2

1. L'article 2 comporte une série de définitions. Dès lors, l'avant-projet doit utiliser les mots ainsi définis, sans reproduire les éléments de la définition que ces mots reçoivent.

Ainsi, il y a lieu d'utiliser :

- la notion de « CAPS », définie par l'article 2, 7°, et non celle de « cellule d'appui en promotion de la santé », dans les articles 3, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 5, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, ainsi que dans l'intitulé du chapitre 3;
- la notion de « SAPS », définie par l'article 2, 10°, et non celle de « service d'accompagnement de projets en promotion de la santé », dans l'intitulé du chapitre 5 ainsi que dans l'article 7, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>;
- la notion de « SESU », définie par l'article 2, 11°, et non celle de « services de support » ou de « services de support en promotion de la santé », dans l'article 5, § 1<sup>er</sup>, alinéas 2 et 4, 2° et 4°, 7, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 2°, 8, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 24, alinéa 1<sup>er</sup>, et 27, alinéa 1<sup>er</sup>, ainsi que dans l'intitulé du chapitre 6;
- la notion d'« acteur » qui, en vertu de l'article 2, 13°, *in fine*, est censée dénommer la notion d'« acteur de promotion de la santé » par ailleurs définie par le même article 2, 13°, et non cette dernière notion, dans les articles 2, 17°, 6, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 4°, 9, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, 13, § 1<sup>er</sup>, 15, § 4 (lire : alinéa 4), 19, alinéa 1<sup>er</sup>, troisième phrase, ainsi que dans l'intitulé du chapitre 7;
- la notion de « Conseil consultatif », définie par l'article 2, 18°, et non celle de « section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif », dans l'intitulé du chapitre 10.

2. L'article 2, 9°, qualifie l'instance de pilotage d'organe « décisionnel » en précisant qu'il est « composé de représentants du Collège, de l'Administration et des organismes piliers ». L'article 6 de l'avant-projet attribue à l'instance de pilotage un pouvoir de proposer au Collège « des orientations actualisées », « un projet de plan de promotion de la santé validé », « un modèle de rapport d'activité pour tous les acteurs [...] » et la charge d'« assurer le suivi concernant l'exécution du plan de promotion de la santé [...] », d'« organiser la concertation avec des représentants des pouvoirs exécutifs des autres entités publiques [...] », d'« évaluer le fonctionnement du dispositif dans son ensemble » et de « formuler des recommandations ». Le seul pouvoir décisionnel conféré par l'article 6 est celui mentionné au paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 4°, par lequel l'instance de pilotage se voit confier le soin de « déterminer [...] les indicateurs servant de base au recueil de données », sans qu'il soit prévu que ces indicateurs doivent être transmis au Collège en vue d'être arrêtés par celui-ci. Au vu de la composition de l'instance de pilotage, qui associe des représentants du Collège, de l'Administration et des organismes piliers, l'organisme pilier étant défini comme « la personne morale de droit public ou de droit privé subventionnée dans le cadre du présent décret [...], ainsi que les centres de référence et la CAPS », il ne paraît pas admissible de confier à l'instance de pilotage, plutôt qu'au Collège (ou à l'autorité qu'il délègue), un quelconque pouvoir décisionnel dans le cadre de l'exécution du décret en projet. Il convient par conséquent d'omettre la précision selon laquelle l'instance de pilotage constitue un organe « décisionnel » et de modifier l'article 6 en conséquence <sup>(18)</sup>.

(18) Voir ci-dessous, l'observation sous l'article 6.

3. L'article 2, 16°, définit « la firme » comme une « société », alors que le décret de la Communauté française du 14 juillet 1997 « portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française » caractérise la firme comme une « personne physique ou morale ». La section de législation se demande si la volonté est bien d'exclure les personnes physiques, ainsi que les personnes morales non constituées en « société », du champ de la définition de la notion de « firme » et, dans l'affirmative, quels éléments justifient de manière objective et raisonnable cette exclusion. Le texte sera revu à la lumière de cette observation.

4. À l'article 2, 18°, compte tenu notamment de l'article 14 de l'avant-projet, qui modifie le décret du 5 juin 1997 « portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé », en vue d'y ajouter un point « 6°, la section « Promotion de la santé » », il est inutile de préciser que le Conseil consultatif vise celui créé par le décret du 5 juin 1997. En conséquence, les mots « créés par décret le 5 juin 1997, tel que modifié » seront omis.

#### Article 3

1. L'article 3, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, est dénué de portée normative et n'a pas sa place dans un décret : il sera omis.

2. L'alinéa 2 charge l'instance de pilotage de valider le plan de promotion de la santé et de « le soumettre au Collège ». Il convient de préciser que le Collège adopte le plan.

3. Le même alinéa 2 énonce que le plan de promotion de la santé [lire : le projet de plan] est rédigé par la CAPS en collaboration avec le consortium. Toutefois, la CAPS fait elle-même partie du consortium, selon la définition qu'en donne l'article 2, 8°. Une telle modalité, consistant à prévoir qu'une institution doit agir en collaboration avec une association dont elle fait partie, manque de cohérence. Si, comme le donne à penser l'article 5, § 1<sup>er</sup>, alinéa 4, 4°, l'intention est de prévoir une obligation pour la CAPS de se concerter avec les autres parties prenantes au consortium, à savoir, selon l'article 2, 8°, « des services de support (SESU) ayant des missions similaires en matière d'aide à la décision », il convient de rédiger expressément l'article 3, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, en ce sens.

#### Article 4

Dès lors qu'il appartient au Collège d'adopter le plan, il lui revient également, sur la base de son pouvoir général d'exécution, de « détermine[r] les moda-

lités d'exécution du plan de promotion de la santé ». L'article 4 est inutile et sera omis.

#### Article 5

1. L'article 5, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, prévoit que le Collège désigne la CAPS, sans préciser que cette désignation doit s'opérer sur la base d'un appel à candidatures, alors qu'une telle modalité est prévue pour la désignation du SAPS (article 7, § 1<sup>er</sup>) et des SESU (article 8, § 1<sup>er</sup>). La disposition doit être complétée sur ce point. Dans ce contexte, il convient de préciser qu'il s'agit d'un appel public à candidatures, cette observation valant également pour l'article 7, § 1<sup>er</sup>. Il est renvoyé sur ce point à l'observation générale B.3.

2. Au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, il convient d'écrire « le consortium » – à l'image de ce qu'énonce l'article 3, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2 – et non « un consortium », de manière à lever toute ambiguïté quant au fait que le consortium ici visé est celui défini par l'article 2, 8°. Si telle n'est pas l'intention, le texte doit être revu afin de mieux traduire celle-ci.

3. La seconde phrase de l'alinéa 2 doit être omise.

4. L'alinéa 4, 4°, énonce que la CAPS est chargée de « proposer à l'instance de pilotage un plan de promotion de la santé actualisé et concerté avec le SAPS, les services de support et les acteurs », alors que l'article 3, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, confie à la CAPS le soin de rédiger le plan de promotion de la santé [lire : un projet] « en collaboration avec le consortium ». Il est renvoyé à ce propos à l'observation 3 sous l'article 3. Il conviendra en toute hypothèse de veiller à la cohérence des deux dispositions.

5. Au paragraphe 2, afin de lever toute ambiguïté quant à la portée de la seconde phrase, il convient de préciser que l'avis du Conseil consultatif concerne la désignation, le renouvellement et le retrait de la désignation de la CAPS (comparer avec l'article 7, § 2, qui précise, pour la désignation, le renouvellement et le retrait de la désignation du SAPS, que la procédure « comporte, à chaque étape, un avis du Conseil consultatif »).

#### Article 6

1. Au paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « Pour piloter le dispositif » sont inutiles et seront omis.

Au même paragraphe, les mots « de la Cocof » seront omis, compte tenu de la définition de l'administration donnée à l'article 2, 3°.

2. À l'alinéa 2, ainsi que cela découle de l'article 92<sup>ter</sup> de la loi spéciale du 8 août 1980, l'adjonc-

tion par l'instance de pilotage de « représentants des pouvoirs exécutifs des autres entités publiques [...] » ne peut se concevoir que sur une base volontaire. Il se recommande d'apporter cette précision dans la disposition.

3. Il n'appartient pas au législateur de confier à l'instance de pilotage le pouvoir de déterminer « les indicateurs servant de base au recueil de données », une telle mission incombant au Collège. Au paragraphe 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup>, il convient dès lors de reformuler la seconde phrase comme suit : « L'instance de pilotage les communique au Collège qui les arrête ».

#### Article 7

Par souci de cohérence, il convient de compléter le paragraphe 1<sup>er</sup>, alinéa 2, 1<sup>o</sup>, par la mention du domaine sur lequel porte « le relais [assuré] avec la population ou les publics cibles », à l'image de ce que prévoit le 2<sup>o</sup>, qui fait état de ceux « qui assurent le relais avec la population ou les publics cibles dans le domaine de la promotion de la santé, y compris en médecine préventive [...] ».

#### Article 8

Selon l'alinéa 2 de cet article,

« Les missions des SESU [services de support] consistent à apporter, sur la base de leur expertise, un support permanent en matière de formation, de documentation, d'évaluation, de communication ou de recherche et de recueil de données au Collège, à l'administration, aux acteurs désignés dans le cadre du présent décret. Elles sont précisées dans des conventions qui accompagnent la désignation ».

Les bénéficiaires potentiels des services qui seront prestés par les SESU sont d'une part « le Collège » et « l'administration »<sup>(19)</sup> et d'autre part les « acteurs désignés dans le cadre du présent décret ».

S'agissant du Collège et de son administration, pareille prestation de services ne peut se réaliser que dans le respect de la législation sur les marchés publics<sup>(20)</sup>. La désignation de l'adjudicataire doit s'opérer dans le strict respect de cette législation et le Collège n'est pas compétent pour prévoir « la procédure de désignation, de renouvellement et de retrait de la

désignation des SESU ». La rémunération de l'adjudicataire est un prix et non pas une subvention comme le prévoit le paragraphe 3 du projet et il n'y a pas lieu d'en prévoir l'indexation. Enfin l'objet du marché doit être précisé dans le cahier spécial des charges de sorte qu'il n'y a pas lieu dans ce contexte de prévoir que les missions « sont précisées dans des conventions qui accompagnent la désignation » car une telle action porterait atteinte au principe d'égalité entre les soumissionnaires.

S'agissant de l'assistance que les SESU apporteraient aux « acteurs désignés dans le cadre du présent décret », l'auteur du projet peut recourir à des organismes dont les prestations seront exercées au bénéfice d'autres organismes étrangers au secteur public, en les agréant ou en les subventionnant. Toutefois, le texte reste en défaut de préciser la base de calcul de la subvention qui leur serait versée par le Collège. La section de législation n'aperçoit ainsi pas comment, sans violer le principe d'égalité, une même subvention forfaitaire pourrait être octroyée à des SESU qui auraient été désignés par le Collège « sur la base d'appels à candidatures définissant l'expertise souhaitée, et dans le cadre du plan de promotion de la santé », ce qui n'exclut pas la désignation de SESU ayant des compétences ou des niveaux d'expertise différents.

L'article 8 sera revu à la lumière de cette observation.

#### Article 9

Le paragraphe 2 ne précise pas si l'accès à la subvention réglé par le paragraphe 1<sup>er</sup> n'est ouvert qu'aux acteurs désignés conformément au paragraphe 2. Il convient de clarifier le texte à cet égard.

Afin de garantir la transparence du processus de désignation, il convient que les demandes introduites par des acteurs en dehors des appels à projets le soient sur la base d'un appel public à candidatures. Il est renvoyé à l'observation générale B.3.

#### Article 12

Il n'y a pas lieu de diviser un article en paragraphes lorsque ceux-ci ne comportent qu'un alinéa. La division en paragraphes doit en conséquence être omise<sup>(21)</sup>.

(19) Encore que, comme la section de législation l'a déjà souvent rappelé, il n'y a pas lieu de présenter comme entités distinctes le Collège et l'administration qui lui est hiérarchiquement subordonnée.

(20) Voir notamment l'article 3, 4<sup>o</sup>, de la loi du 15 juin 2006 « relative aux marchés publics et à certains marchés de travaux, de fournitures et de services » et son annexe 2.

(21) *Principes de technique législative – Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, www.conseildetat.be, onglet « Technique législative », recommandation n° 57.3.

La même observation vaut pour les articles 15 et 17.

## CHAPITRE 10

Ce chapitre contient des dispositions modificatives qui doivent être déplacées dans le chapitre 15 dont l'intitulé sera par conséquent modifié <sup>(22)</sup>.

La suite des chapitres sera renumérotée.

### Article 14

1. L'article 14 modifie les articles 4, 5 et 8 du décret du 5 juin 1997. Il convient de consacrer un article spécifique à chacune de ces modifications <sup>(23)</sup>.

2. L'attention des auteurs du projet est attirée sur le fait qu'à la différence de ce que prévoit l'article 5 du décret du 5 juin 1997 en ses paragraphes 1<sup>er</sup> à 6 pour les autres sections, aucune possibilité de saisine de la section « Promotion de la santé » n'est ouverte à l'assemblée de la Commission communautaire française. Sauf à pouvoir justifier cette particularité, il convient, par souci de cohérence, de consacrer également la possibilité pour l'assemblée de saisir la section.

3. La règle consacrée au dernier alinéa doit logiquement être insérée dans le décret du 5 juin 1997, tout en veillant à assurer sa cohérence et sa bonne articulation avec les articles 6 et 7 de ce décret.

4. Concernant l'attribution au Collège du pouvoir de déterminer les incompatibilités, il est renvoyé à l'observation générale B.3.

### Article 15

1. L'article 15, § 1<sup>er</sup> (lire : alinéa 1<sup>er</sup>), deuxième phrase, charge le Collège « de la concertation [des] appels à candidatures et du calendrier de la procédure de désignation ». Cette phrase est peu compréhensible. La concertation intervient en effet entre des personnes et non entre des appels à candidatures. Par ailleurs, la section de législation présume que la volonté est de charger le Collège d'établir le calendrier de la procédure de désignation et non d'organiser une concertation en ce qui concerne ce calendrier. La disposition sera revue afin de traduire plus clairement les intentions de ses auteurs. La même observation vaut, *mutatis mutandis*, pour l'alinéa 2.

(22) *Ibid.*, recommandation n° 45.

(23) *Ibid.*, recommandation n° 118.

2. À l'alinéa 3, la section de législation n'aperçoit pas la portée qui découle de la précision liminaire « En ce qui concerne la CAPS ». La disposition sera clarifiée et cette expression, le cas échéant, omise.

### Article 17

1. À l'article 17, § 1<sup>er</sup> (lire : alinéa 1<sup>er</sup>), mieux vaut écrire « conformément aux critères » plutôt qu'« en regard des critères ».

2. Compte tenu des principes rappelés dans l'observation B.3, l'alinéa 2, deuxième phrase, dès lors qu'il entend permettre la conclusion d'une nouvelle convention « sans nouvel appel à candidatures ni appel à projets ni désignation », n'est pas admissible et doit être omis.

### Article 18

1. La première phrase est un truisme, elle doit être omise. La seconde phrase doit en conséquence prévoir que « [...] les subventions [...] sont poursuivies à l'expiration de la durée de validité des conventions durant leur processus de renouvellement ».

2. Par ailleurs, dès lors que la volonté est de permettre le maintien de la subvention au profit d'acteurs et d'organismes piliers préalablement conventionnés lorsque leur convention a pris fin à un moment où le processus de renouvellement de la convention n'a pas encore abouti, il convient, afin de lever toute difficulté dans la compréhension de la disposition, de remplacer le mot « conventionnés » par l'expression « préalablement conventionnés ».

### Article 20

Il convient d'écrire « suivant le modèle visé à l'article 6, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 4° ».

## CHAPITRE 13

Ce chapitre contient diverses dispositions relatives au contrôle et à l'inspection des organismes ou services chargés de mettre en œuvre le décret en projet et ses futurs arrêtés d'exécution.

L'article 21, alinéa 1<sup>er</sup>, est inutile et sera omis car il n'appartient pas au législateur de s'immiscer dans l'organisation des services du Collège.

L'article 21, alinéa 2, est inutile et sera omis, car une telle obligation découle déjà de l'article 12 de la loi du 16 mai 2003 « fixant les dispositions générales

applicables aux budgets, au contrôle des subventions et à la comptabilité des Communautés et des Régions, ainsi qu'à l'organisation du contrôle de la Cour des comptes ».

L'article 23, alinéa 1<sup>er</sup>, doit être omis car il paraphrase l'article 13, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 16 mai 2003.

À l'article 23, alinéa 2, il convient d'écrire que le « paiement de la subvention » est suspendu lorsque le bénéficiaire ne respecte pas certaines obligations mentionnées au projet, conformément à ce qu'autorise l'article 14 de la loi du 16 mai 2003.

Le chapitre 13 sera revu à la lumière de ces observations.

#### *Article 25*

Il convient que l'auteur du texte abrogatoire identifie précisément les dispositions concernées par l'abrogation et celles qui ne le sont pas <sup>(24)</sup>. Il est par ailleurs rappelé qu'il n'appartient à la Commission communautaire française d'abroger un dispositif décretaal que dans la mesure où elle est compétente dans les matières réglées par les dispositions abrogées. Le texte sera réexaminé à la lumière de cette observation et, le cas échéant, sa portée sera précisée. Le commentaire de l'article sera par ailleurs complété de manière à éclairer le Parlement sur les objectifs que poursuit précisément l'article 25 du projet.

La chambre était composée de

Messieurs	Y. KREINS,	premier président de chambre,
	B. BLERO,	conseiller d'État,
Madame	M. DONY,	assesseur de la section de législation
Madame	A.-C. VAN GEERSDAELE,	greffier.

Le rapport a été présenté par M. X. DELGRANGE, premier auditeur chef de section.

*Le Greffier,*

*Le Président,*

A.-C. VAN GEERSDAELE

Y. KREINS

(24) Par application de l'article 4, 6°, de la loi du 8 août 1980 et en l'absence de disposition transférant l'exercice de la compétence à la Commission communautaire française, il appartient à la Communauté française de régler « les aspects de contenu et techniques des services de médias audio visuels et soumis à l'exception de l'émission de communications du Gouvernement fédéral ».



## ANNEXE 2

### AVANT-PROJET DE DÉCRET

#### relatif à la promotion de la santé

---

Le Collège de la Commission communautaire française,

Sur la proposition du Membre du Collège chargée de la santé;

Après délibération,

ARRETE :

Le Membre du Collège qui a la santé dans ses attributions est chargé de présenter à l'Assemblée le projet de décret dont la teneur suit :

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

Le présent décret règle, en application de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128 de celle-ci.

#### *Article 2*

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

- 1° *le Collège* : le Collège de la Commission communautaire française;
- 2° *le Ministre* : le Membre du Collège chargé de la santé;
- 3° *l'Administration* : les services du Collège de la Commission communautaire française;
- 4° *la promotion de la santé* : le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques;

5° *la prévention* : ensemble des processus qui permettent d'intervenir avant l'apparition de la maladie (prévention primaire), d'en détecter les premiers signes (prévention secondaire) ou d'en prévenir les complications ou les rechutes (prévention tertiaire). La prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé;

6° *le plan de promotion de la santé* : ensemble des objectifs, des programmes et des approches stratégiques prioritaires définis par le Collège pour une durée de cinq ans;

7° *la CAPS* : la Cellule d'appui en promotion de la santé;

8° *le consortium* : association temporaire ou durable entre la CAPS et des services de support (SESU) ayant des missions similaires en matière d'aide à la décision, permettant le partage d'expertise, de données et de ressources humaines;

9° *l'instance de pilotage* : organe décisionnel composé de représentants du Collège, de l'Administration et des organismes pilier, dont le rôle est de piloter la politique de promotion de la santé;

10° *le SAPS* : le service d'accompagnement de projets en promotion de la santé;

11° *le SESU* : le service de support méthodologique et/ou thématique en promotion de la santé;

12° *l'organisme pilier* : la personne morale de droit public ou de droit privé subventionnée dans le cadre du présent décret sur la base d'un appel à candidatures, ainsi que les centres de référence et la CAPS;

13° *l'acteur de promotion de la santé* : la personne morale de droit public ou de droit privé subventionnée dans le cadre du présent décret sur la base d'une convention triennale ou d'un appel à projets et chargé de contribuer à la mise en œuvre du plan de promotion de la santé, ci-après dénommé l'acteur;

14° *la médecine préventive* : méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régis-

sant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille;

- 15° *le centre de référence* : organisme désigné pour piloter un programme de médecine préventive décliné en protocoles et chargé de veiller à la réalisation des différentes étapes de ces protocoles;
- 16° *la firme* : la société désignée pour le contrôle de la qualité des appareillages médico-techniques nécessaires à la réalisation des programmes de médecine préventive, lorsque ce contrôle est une condition *sine qua non* d'agrément du centre de référence;
- 17° *le réseau* : forme organisée d'action collective sur la base d'une démarche volontaire de coopération, unissant des acteurs de promotion de la santé, des organismes pilier et d'autres associations ou acteurs de terrain, dans des relations non hiérarchiques;
- 18° *le Conseil consultatif* : La section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé, créé par décret le 5 juin 1997, tel que modifié.

## CHAPITRE 2

### Du plan de promotion de la santé

#### Article 3

§ 1<sup>er</sup>. – Le plan de promotion de la santé est l'élément central du dispositif.

Il est rédigé tous les cinq ans par la cellule d'appui en promotion de la santé en collaboration avec le consortium et est proposé à l'instance de pilotage qui est chargée de le valider et le soumettre au Collège.

Le plan précise :

1. les thématiques, objectifs, stratégies et publics cibles ou milieux de vie prioritaires;

2. les déterminants sociaux de la santé sur lesquels il convient d'agir pour améliorer l'état de santé de la population;
3. la concertation et les collaborations avec les acteurs et les entités publiques dont la contribution est nécessaire à l'atteinte des objectifs, qu'ils relèvent de la promotion de la santé ou d'autres niveaux de compétence politique;
4. les indicateurs permettant d'évaluer le degré de réalisation des différents objectifs.

§ 2. – Le plan de promotion de la santé vise l'ensemble de la population tout en prenant en compte les différences de statut socio-économique, de genre, de cultures, pour permettre à chacun de disposer des moyens d'agir sur sa santé.

Les stratégies prioritaires sont axées principalement sur la réduction des inégalités sociales de santé, l'intersectorialité, le travail en réseau, la participation des publics, la mobilisation communautaire, la formation des relais professionnels et non professionnels, le travail de proximité avec des publics spécifiques dans leur milieu de vie.

#### Article 4

Le Collège détermine les modalités d'exécution du plan de promotion de la santé.

## CHAPITRE 3

### De la Cellule d'appui en promotion de la santé

#### Article 5

§ 1<sup>er</sup>. – Pour élaborer le plan de promotion de la santé, le suivre, le mettre en œuvre et l'évaluer, le Collège désigne pour une période de cinq ans renouvelable une Cellule d'appui en promotion de la santé (CAPS) qui agit en tant qu'outil d'aide à la décision et participe au pilotage de la promotion de la santé.

La CAPS intervient en appui scientifique au sein de l'instance de pilotage. Elle met en place et coordonne un consortium avec les services de support spécialisés dans le recueil de données. Les chercheurs travaillant au sein de ces services contribuent dès lors au travail de la CAPS.

Afin de remplir ses missions, elle peut également conclure des protocoles de collaboration avec des organismes régionaux, communautaires ou fédéraux qui recueillent des données socio-sanitaires, avec lesquels elle travaille en complémentarité.

Elle remplit des missions scientifiques d'analyse, de planification, d'évaluation et d'aide à la décision qui se déclinent comme suit :

- 1° identifier et synthétiser les données socio-sanitaires existantes sur le territoire bruxellois utiles à la politique de promotion de la santé;
- 2° coordonner les recueils de données réalisés par les acteurs, en concertation avec les services de support;
- 3° proposer à l'instance de pilotage des orientations politiques actualisées;
- 4° proposer à l'instance de pilotage un plan de promotion de la santé actualisé et concerté avec le SAPS, les services de support et les acteurs, ainsi qu'un outil de suivi de la mise en œuvre;
- 5° évaluer la politique de promotion de la santé.

Le Collège peut préciser ou élargir les missions précitées.

Dans le cadre de l'exécution de ses missions, la CAPS fonde son travail sur les obligations et recommandations en vigueur dans les domaines de la promotion de la santé et de la santé publique aux niveaux belge, européen et international.

§ 2. – Le Collège détermine la procédure de désignation, de renouvellement et de retrait de la désignation de la CAPS. Celle-ci comporte un avis du Conseil consultatif.

§ 3. – Le Collège détermine l'encadrement en personnel nécessaire à l'accomplissement des missions visées aux §§ 1<sup>er</sup> et 2 ainsi que les modalités de fonctionnement de la CAPS.

§ 4. – Le Collège fixe le montant de la subvention forfaitaire octroyée à la CAPS. Cette subvention couvre des frais de rémunération, de formation et de fonctionnement.

Elle est indexée suivant les modalités fixées par le Collège et liquidée suivant les modalités visées à l'article 19.

#### CHAPITRE 4 De l'instance de pilotage

##### Article 6

§ 1<sup>er</sup>. – Pour piloter le dispositif, il est créé une instance de pilotage composée, au minimum, d'un représentant du Ministre de la santé, d'un représentant de

l'Administration de la Cocof, de la cellule d'appui en promotion de la santé et de représentants des organismes piliers de promotion de la santé.

En fonction des thématiques traitées, cette instance peut également s'adjoindre des experts et des représentants des pouvoirs exécutifs des autres entités publiques exerçant des compétences ayant un impact sur la santé ou sur la thématique traitée.

Elle se réunit au minimum trois fois par an. Un bureau peut être créé au sein de l'instance de pilotage.

§ 2. – Les missions de l'instance de pilotage se déclinent comme suit :

- 1° proposer au Collège des orientations actualisées sur la base des analyses, évaluations et recommandations de la CAPS;
- 2° Examine et soumet au Collège un projet de plan de promotion de la santé validé;
- 3° assurer le suivi concernant l'exécution du plan de promotion de la santé, sur la base d'un outil de suivi fourni par la CAPS;
- 4° déterminer un modèle de rapport d'activité pour tous les acteurs de promotion de la santé et les indicateurs servant de base au recueil de données. L'instance de pilotage le communique au Collège qui l'arrête;
- 5° organiser la concertation avec des représentants des pouvoirs exécutifs des autres entités publiques exerçant des compétences ayant un impact sur la santé ou sur la thématique traitée.
- 6° évaluer le fonctionnement du dispositif dans son ensemble et formuler des recommandations.

Le Collège peut préciser ou compléter ces missions.

§ 3. – Le Collège désigne les membres composant l'instance de pilotage et arrête les modalités de fonctionnement de celle-ci et du bureau.

#### CHAPITRE 5 Du service d'accompagnement de projets en promotion de la santé

##### Article 7

§ 1<sup>er</sup>. – Sur la base d'un appel à candidatures définissant l'expertise souhaitée, et dans le cadre du plan de promotion de la santé, le Collège désigne pour une

période de cinq ans renouvelable un service d'accompagnement de projets en promotion de la santé.

Les missions du SAPS se déclinent comme suit :

- 1° soutenir et coordonner une plateforme de concertation rassemblant les acteurs et les organismes ou personnes qui assurent les relais avec la population ou les publics cibles;
- 2° organiser et apporter, en concertation avec les services de support, l'aide méthodologique aux acteurs et aux organismes ou personnes qui assurent le relais avec la population ou les publics cibles dans le domaine de la promotion de la santé, y compris en médecine préventive, et mettre à leur disposition les ressources d'accompagnement disponibles, notamment en documentation, formation, outils et expertise;
- 3° initier des dynamiques qui soutiennent la promotion de la santé et ses méthodes de travail telles que le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire.

Le Collège peut préciser ou compléter ces missions.

§ 2. – Le Collège détermine la procédure de désignation, de renouvellement et de retrait de la désignation du SAPS. Celle-ci comporte, à chaque étape, un avis du Conseil consultatif

§ 3. – Le Collège fixe le montant de la subvention forfaitaire octroyée au SAPS. Cette subvention couvre des frais de rémunération, de formation et de fonctionnement. Elle est indexée suivant les modalités fixées par le Collège et liquidées suivant les modalités visées à l'article 19.

## CHAPITRE 6 Des services de support

### *Article 8*

§ 1<sup>er</sup>. – Sur la base d'appels à candidatures définissant l'expertise souhaitée, et dans le cadre du plan de promotion de la santé, le Collège désigne pour une période de cinq ans renouvelable des services de support (SESU) en promotion de la santé.

Les missions des SESU consistent à apporter, sur la base de leur expertise, un support permanent en matière de formation, de documentation, d'évaluation, de communication ou de recherche et de recueil de données au Collège, à l'administration, aux acteurs désignés dans le cadre du présent décret. Elles sont

précisées dans des conventions qui accompagnent la désignation.

Ce support peut concerner :

- une ou plusieurs thématiques de santé prioritaire définies dans le plan de promotion de la santé;
- une ou plusieurs méthodologies ou stratégies d'action définies dans le plan de promotion de la santé.

Les SESU tiennent compte des obligations et recommandations en vigueur dans les domaines de la promotion de la santé et de la santé publique aux niveaux belge, européen et international. Ils entretiennent des collaborations étroites avec la CAPS et le SAPS.

§ 2. – Le Collège détermine la procédure de désignation, de renouvellement et de retrait de la désignation des SESU. Celle-ci comporte un avis du Conseil consultatif

§ 3. – Le Collège fixe le montant de la subvention forfaitaire octroyée aux SESU. Cette subvention couvre des frais de rémunération, de formation et de fonctionnement.

Elle est indexée suivant les modalités fixées par le Collège et liquidée suivant les modalités visées à l'article 19.

## CHAPITRE 7 Des acteurs de promotion de la santé

### *Article 9*

§ 1<sup>er</sup>. – Sur la base du plan de promotion de la santé, le Collège accorde des subventions liées à des conventions triennales renouvelables à des acteurs de promotion de la santé. Le Collège peut aussi accorder des subventions sur la base d'appels à projets lancés en fonction de l'agenda défini dans le plan de promotion de la santé.

Les missions des acteurs sont définies dans les conventions triennales ou dans des appels à projets.

§ 2. – Pour être désignés, les acteurs introduisent leur demande de désignation au Collège ou répondent à des appels à projets selon les modalités que celui-ci détermine.

Le Collège fixe la procédure de désignation, de renouvellement et de retrait de la désignation des acteurs en cas de non-respect des missions qui leur ont été confiées.

§ 3. – Le Collège fixe le montant des subventions forfaitaires octroyées aux acteurs. Ces subventions couvrent des frais de rémunération, de formation et de fonctionnement. Elles sont indexées suivant les modalités fixées par le Collège et liquidées suivant les modalités visées à l'article 19.

## CHAPITRE 8

### Des programmes de médecine préventive

#### Article 10

§ 1<sup>er</sup>. – Le Collège fixe, pour une durée de cinq ans renouvelable, des programmes de médecine préventive, liés au plan de promotion de la santé et présentés sous forme d'un ou de plusieurs protocoles. Les programmes sont pilotés par un ou plusieurs centres de référence. Par pilotage, on entend le fait de veiller à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive, à savoir la programmation des actions de médecine préventive, l'enregistrement des données, le suivi des actions et l'évaluation du protocole. Les programmes se fondent sur les preuves généralement admises de pertinence et d'efficacité, l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population.

§ 2. – Les programmes sont, dans la mesure du possible, réalisés par les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes, le secteur ambulatoire et les services de proximité dans le champ de l'aide socio-sanitaire. Dans l'élaboration de ces programmes, il est en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, de santé ou économique défavorable.

Le SAPS peut être associé à l'accompagnement de ces programmes.

#### Article 11

§ 1<sup>er</sup>. – Le Collège, désigne un ou plusieurs centres de référence pour assurer la mission visée à l'article 10, § 1<sup>er</sup>. Dans le cadre de cette mission, ces centres de référence contribuent aux travaux de la CAPS et développent une expertise scientifique, la concertation avec les acteurs et la coordination avec les établissements et les personnes de droit public et privé visées à l'article 10, § 2. Le Collège, peut également désigner des établissements ou des personnes de droit public ou privé, pour assurer la mission visée à l'article 10, § 2.

Dans le cadre de cette mission, ces établissements ou personnes de droit public ou privé réalisent

les actes de dépistage et les autres interventions de médecine préventive.

§ 2. – Le Collège fixe la procédure et les conditions de désignation des centres de référence visés au § 1<sup>er</sup>, ainsi que les modalités de recours. Les conditions de désignation portent notamment sur l'appareillage et les conditions techniques, les qualifications du personnel, les critères de qualité pour la réalisation des programmes.

§ 3. – Le Collège détermine les conditions de retrait de la désignation ou de suspension des subventions, ainsi que les modalités de recours.

§ 4. – Le Collège fixe le montant et les conditions d'octroi des subventions forfaitaires octroyées aux centres de référence pour la mise en œuvre des programmes de médecine préventive, et le cas échéant, aux établissements et les personnes de droit public et privé visées à l'article 10, § 2.

#### Article 12

§ 1<sup>er</sup>. – Le Collège peut désigner des firmes pour procéder aux contrôles de qualité physico-techniques des appareillages visés à l'article 11, § 2 lorsque l'accomplissement desdits contrôles constitue une condition de désignation des centres de référence.

§ 2. – Le Collège fixe la durée, la procédure et les conditions de désignation des firmes visées au § 1<sup>er</sup>, ainsi que les conditions de retrait de la désignation et les modalités de recours.

## CHAPITRE 9

### Des réseaux de promotion de la santé

#### Article 13

§ 1<sup>er</sup>. – Les réseaux de promotion de la santé sont des acteurs de promotion de la santé en ce qu'ils contribuent au plan de promotion de la santé en améliorant la coordination, la complémentarité, l'intersectorialité, la pluridisciplinarité, la continuité et la qualité des activités en faveur de la population. Ils sont organisés sur une base géographique et/ou thématique.

§ 2. – Pour autant qu'ils puissent s'inscrire dans le plan de promotion de la santé, les réseaux de santé « ambulatoires » agréés en vertu du décret du 5 mars 2009, relatif aux services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, font également partie du dispositif de promotion de la santé. Les réseaux « en promotion de la santé » sont désignés selon des modalités définies par le Collège.

§ 3. – Le Collège accorde des subventions liées à des conventions triennales renouvelables à des réseaux de promotion de la santé. Le Collège fixe le montant des subventions forfaitaires octroyées aux réseaux en promotion de la santé.

Ces subventions forfaitaires sont indexées suivant les modalités fixées par le Collège et liquidées suivant les modalités visées à l'article 19.

§ 4. – L'agrément et les subventions des réseaux de santé, agréés en vertu du décret du 5 mars 2009, relatif aux services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé visés au § 2 restent soumis aux dispositions du décret du 5 mars 2009.

## CHAPITRE 10

### De la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif

#### Article 14

À l'article 4, § 1<sup>er</sup>, du décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé, est ajouté un point 6°, la section « Promotion de la santé ».

À l'article 5 du même décret, un nouveau paragraphe 7 est ajouté et libellé comme suit :

« § 7. – D'initiative ou à la demande du Collège, la section « Promotion de la santé » a pour mission de donner des avis sur toutes les questions qui concernent la promotion de la santé y compris sur la médecine préventive et d'instruire les questions d'éthique.

Son avis est requis sur des projets de décret et leurs arrêtés d'exécution relatifs à la politique de la santé et plus particulièrement de la promotion de la santé, ainsi que sur le plan de promotion de la santé. ».

À l'article 8 du même décret, le § 2 est complété par ce qui suit : « Sur la proposition du Membre du Collège compétent en matière de santé pour la section mentionnées à l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 6° ».

Le Collège détermine la composition, le mode de sélection et les incompatibilités avec d'autres fonctions des membres de la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.

## CHAPITRE 11 Des Procédures

### Article 15

§ 1<sup>er</sup>. – Les appels à candidatures précisent les critères d'évaluation des missions confiées aux organismes pilier. Le Collège est chargé de la concertation de ces appels à candidatures et du calendrier de la procédure de désignation.

§ 2. – Les appels à projets précisent les critères d'évaluation des missions confiées aux acteurs. Le Collège est chargé de la concertation de ces appels à projets et du calendrier de la procédure de sélection et de désignation.

§ 3. – En ce qui concerne la CAPS, le Collège détermine les modalités de fonctionnement du consortium.

§ 4. – En ce qui concerne les acteurs de promotion de la santé, le Collège fixe les modalités de conventionnement et le contenu des conventions.

### Article 16

Les candidats non désignés par le Collège suite aux appels à candidatures ou aux appels à projets peuvent demander des explications par écrit à l'administration dans les quinze jours de la notification. Ils doivent obtenir une réponse écrite et motivée.

### Article 17

§ 1<sup>er</sup>. – Si les missions dévolues à un acteur ou à un organisme pilier ne sont pas remplies en regard des critères mentionnés dans la convention, le Collège en réfère par écrit aux membres de l'instance de pilotage et adresse un courrier de mise en demeure à l'acteur ou l'organisme pilier défaillant, l'enjoignant à se conformer à la convention.

§ 2. – Si la défaillance persiste, la convention est dénoncée et la subvention liée à la convention est supprimée trois mois après la date de fin de la convention, fixée par le Collège. Une nouvelle convention peut être amendée et signée sans nouvel appel à candidatures ni appel à projets ni désignation.

### Article 18

Les conventions signées avec les acteurs et les organismes pilier prennent fin de plein droit à l'issue de leur durée de validité. Sur proposition de l'instance de pilotage, les subventions aux acteurs et aux orga-

nismes pilier conventionnés sont poursuivies durant le processus de renouvellement.

## CHAPITRE 12 Du subventionnement

### Article 19

Le subventionnement du dispositif de promotion de la santé s'opère par la liquidation de subventions aux acteurs, aux réseaux et aux organismes pilier. Ces subventions sont mentionnées dans une convention quinquennale ou triennale conclue avec le Collège. Cette convention comporte les missions confiées à l'acteur de promotion de la santé ou à l'organisme pilier. Les subventions sont indexées suivant les modalités fixées par le Collège.

Une avance égale à 80 % de la subvention est liquidée au plus tard le 20 février de l'année civile concernée, au profit des acteurs et des organismes piliers dont la subvention globale ne dépasse pas 10.000 €. Le solde est liquidé sur la base d'un décompte final selon les modalités fixées par le Collège.

Les acteurs et les organismes pilier dont la subvention globale est supérieure à 10.000 € reçoivent, au plus tard le 20 février de l'année civile concernée, une première avance de 50 % de la subvention, et au plus tard le 30 juin, une deuxième avance égale à 40 % de la subvention. Le solde est liquidé sur la base d'un décompte final selon les modalités fixées par le Collège.

### Article 20

L'acteur ou l'organisme pilier tient une comptabilité en partie double par année budgétaire et fournit annuellement un bilan et un compte de recettes et de dépenses selon le modèle déterminé par le Collège. Il fournit aussi annuellement un rapport d'activités suivant le modèle visé à l'article 6, 4° et un recueil de données, dans les délais fixés par la convention.

## CHAPITRE 13 Du contrôle et de l'inspection

### Article 21

Les agents de l'administration chargés du contrôle et de l'inspection de l'application des dispositions du présent décret et des arrêtés pris en exécution de celui-ci sont désignés par le Collège, au sein de l'administration.

Tous les acteurs, réseaux, organismes piliers et centres de référence subventionnés sont tenus de garantir à ces agents le libre accès à leurs locaux et aux documents nécessaires à l'accomplissement de leur mission.

### Article 22

Les agents visés à l'article 21 constatent les manquements par procès-verbal. Une copie est adressée à l'acteur, au réseau, à l'organisme pilier ou au centre de référence défaillant dans les 15 jours suivant la constatation du manquement afin qu'il puisse y répondre et s'expliquer.

### Article 23

Sans préjudice d'autres dispositions, l'acteur, le réseau, l'organisme pilier ou le centre de référence est tenu de restituer les subventions, dans les cas suivants :

- 1° lorsqu'il n'utilise pas la subvention aux fins desquelles elle lui a été accordée;
- 2° lorsqu'il ne fournit pas les justificatifs exigés;
- 3° lorsqu'il s'oppose à l'exercice du contrôle des agents visés à l'article 21.

L'octroi de subventions est suspendu aussi longtemps que, pour des subventions reçues précédemment, l'acteur, le réseau, l'organisme pilier ou le centre de référence ne produit pas les justificatifs exigés, s'oppose à l'exercice du contrôle ou ne restitue pas, en tout ou en partie, la subvention improprement utilisée.

## CHAPITRE 14 Dispositions relatives à l'évaluation du dispositif

### Article 24

La CAPS réalise une évaluation de la politique publique de promotion de la santé sur la base des objectifs, critères et indicateurs définis dans le plan de promotion de la santé. A cette fin, elle exploite notamment les données et les rapports d'activités qui lui sont transmis par les acteurs, les services de support, les centres de référence et le SAPS.

Elle rédige et transmet au Collège et à l'instance de pilotage :

- un rapport d'évaluation intermédiaire à mi-parcours de la mise en œuvre du plan de promotion de la

santé, permettant de réorienter éventuellement les conventions en cours et de proposer des appels à projets;

- un rapport d'évaluation final au moins six mois avant l'adoption du nouveau plan de promotion de la santé, en vue de la préparation de celui-ci.

Le Collège précise l'objet, les critères et les modalités de l'évaluation.

Ce rapport final est également transmis à l'Assemblée.

## CHAPITRE 15

### Dispositions transitoires, abrogatoires et finales

#### *Article 25*

À l'exception des dispositions qui organisent les campagnes communautaires audio visuelles relatives à la santé, le Décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française est abrogé.

#### *Article 26*

Pour l'année 2016, si l'instance de pilotage n'est pas composée complètement ou si le dispositif législatif complet n'est pas totalement opérationnel, le Collège peut octroyer aux promoteurs précédemment financés sur la base du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé ou relevant des transferts issus de la 6<sup>e</sup> réforme de l'Etat, des subventions au moins égales à celles qui leur auront été octroyées par le Collège en 2015.

En ce qui concerne la CAPS, celle-ci se verra dotée d'une subvention forfaitaire annuelle dès 2016.

#### *Article 27*

À l'entrée en vigueur du présent décret et pour sa première mise en œuvre, le Collège désigne, sans appel à candidatures, pour deux ans et sur proposition du Ministre, le SAPS, et des services de support

en promotion de la santé, afin de mettre en œuvre le dispositif complet de promotion de la santé.

La convention prévue à l'article 19 mentionne les missions qui leur sont confiées et le montant de leur subvention annuelle.

#### *Article 28*

Le présent décret entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Bruxelles, le 15 juillet 2015.

Par le Collège,

La Présidente du Collège,

Fadila LAANAN

La Ministre, membre du Collège, chargée de la Santé,

Cécile JODOGNE

Le Membre du Collège chargé du Tourisme et de la Cohésion sociale,

Rudi VERVOORT

Le Membre du Collège chargé de la formation professionnelle,

Didier GOSUIN

La Membre du Collège chargée de l'aide aux personnes handicapées, de l'action sociale et de la famille et des relations internationales,

Céline FREMAULT



## ANNEXE 3

### Avis de la Commission communautaire française

---

L'avis porte sur le texte du décret et le schéma qui l'accompagne.

Il ne tient pas compte de l'exposé des motifs. À ce sujet, une série de points sont relevés dans l'avis du CSPS dont il convient de tenir compte.

L'avis du CSPS mentionne également le problème des mutualités. À la CCF, on n'octroie jamais de subventions aux mutualités.

Critique majeure : 3 notions qui font l'identité de la promotion de la santé soit la participation, les déterminants et les inégalités sociales en santé pourraient être davantage au centre du dispositif.

D'une manière générale, ces notions, parce qu'elles nécessitent « de rester en mouvement » sont toujours difficiles à décréter. Les fixer dans un texte est un exercice périlleux. Néanmoins, c'est possible.

Le texte proposé n'échappe pas à la règle et quelques modifications finalement assez minimes peuvent produire sur ces sujets les effets recherchés : soit donner un corps à ces notions et leur permettre de se déployer au travers de tout le dispositif.

#### I. La place de l'utilisateur, le savoir des acteurs de terrain

Difficulté : légiférer l'approche « bottom up » soit, donner une place à chacun dans l'élaboration des politiques sans oublier personne.

La participation est au centre de la promotion de la santé. Sa prise en considération doit donc être une priorité.

Le texte proposé fait un effort sur ce sujet en proposant un modèle de concertation. Un pilotage est prévu, ce qui est évidemment le moyen de donner un sens général au dispositif. La consultation des experts est également bien identifiée et organisée. Par contre, l'expression des acteurs de terrains est peu organisée et, en marge de celle-ci l'expression des usagers semble absente du dispositif.

L'implication de l'utilisateur est un moyen performant d'ajuster les politiques menées aux besoins de la population et de mieux accrocher le bénéficiaire au processus.

On peut avoir de grandes idées, si l'utilisateur n'adhère pas, l'argent investi ne produira pas les résultats escomptés. Cette adhésion passe par la prise en considération de son ressenti.

Une partie de la récolte des données est le résultat de diagnostics de terrain, dont un volet doit être participatif. Les acteurs les plus à même de réaliser ce type de diagnostic – qui tient compte de l'avis des usagers – sont les acteurs de terrain. (C'est une pratique que l'on retrouve déjà chez certains d'entre eux)

En limitant les acteurs de terrain à un simple rôle d'exécution, on supprime cette dimension importante de leur travail et on ne prévoit pas de s'en servir de manière utile.

De même les acteurs de terrain ont « des choses à raconter ». Ils le font d'ailleurs peu ou prou, dans leurs rapports d'activités.

Comment à la fois tenir compte des usagers ? Comment structurer la remontée de l'information du terrain vers les experts et le comité de pilotage ?

Proposition : introduire la notion de diagnostic partagé.

Un diagnostic de manière générale va permettre de faire émerger la connaissance d'une situation, être un outil d'aide à la décision, un outil de légitimation d'une démarche, et de dialogue entre les acteurs.

Il est partagé lorsque toutes les parties prenantes y ont activement contribué.

En marge de ceci, une autre intention pourrait être ajoutée à savoir l'idée de diagnostic continu. En effet, il est utile de tenir compte de l'évolution des critères dans le temps afin d'adapter l'action en temps réel.

#### Proposition

##### 1. Revoir la définition de l'acteur de terrain

Acteur de terrain : l'opérateur, qui sur base d'un diagnostic partagé, met en œuvre les programmes et les plans stratégiques.

On rend ainsi ce type de diagnostic obligatoire.

2. Ajouter une définition du diagnostic partagé comme étant : « On entend par diagnostic partagé l'observation et l'analyse d'une situation, par l'ensemble des parties prenantes, afin d'identifier les caractéristiques, les leviers et les attentes Il a pour finalité de proposer des axes de progrès. ».

3. À l'article 9, § 2, expliciter autrement les obligations à rencontrer pour être désigné :

Le § pourrait devenir :

« Pour être désigné, le candidat doit :

- 1° élaborer un diagnostic partagé et continu;
- 2° proposer un plan d'action rencontrant le programme stratégique;
- 3° être une association sans but lucratif au sens de la loi belge;
- 4° exercer des activités sur le territoire de la Région de Bruxelles Capitale (suppression du principalement car impossible à vérifier et quand bien même peut évoluer sur trois ans).

4. Modifier le libellé de la première mission au CRAPS

Article 5, § 1<sup>er</sup>, libellé de la première mission :

- 1° analyser et synthétiser les données existantes sur le territoire bruxellois utiles à la politique de la promotion de la santé, et notamment celles produites par les diagnostics réalisés par les acteurs de terrain.

Cet ajout oblige aussi l'ensemble des acteurs formant le comité de pilotage à prendre en considération la réalité de terrain et est un garde fou possible aux fausses bonnes idées.

On notera par ailleurs que cette nouvelle définition de mission rencontre une critique du CSPA portant sur le risque de faire doublon avec l'observatoire social santé ... et apporte une réelle plus value qualitative à la collecte des données.

## II. Les déterminants de la santé

Quid du lien avec les non professionnels de la Promotion de la santé et la prise en considération des déterminants de la santé ?

Difficulté : prendre en considération depuis un décret santé CCF tous les autres champs de compétences.

Il y a deux manières d'y arriver :

1. prévoir des liens institutionnalisés;
2. autoriser/ encourager l'implication des opérateurs PS dans différents champs de compétences.

1. Mettre dans un décret CCF qu'on va travailler avec d'autres ne garantit pas la collaboration. Celle-ci ne peut devenir obligatoire que via un accord de coopération. Pour qu'elle soit opérationnelle, c'est l'accord de coopération qui doit prévoir un dispositif de collaboration et le sens à lui donner.

2. SAPS, SESUM, SESUD et acteurs de terrain, tous travaillent peu ou prou aujourd'hui cette question du lien avec les déterminants de la santé.

Le décret et le schéma qui l'accompagne ne reflètent pas cela et même, semble créer une sorte de « circuit fermé ».

### *Proposition*

Ajouter un élément d'ouverture aux missions des différents opérateurs là où cela n'existe pas (ou renforcer)

### **Le CRAPS :**

#### *Article 5, § 1<sup>er</sup>, fin de paragraphe*

Le CRAPS base son travail sur les obligations internationales et recommandations en vigueur dans les domaines de la promotion de la santé et de la santé publique aux niveaux belge, européen et international.

### *Proposition*

Cette phrase pourrait devenir, sous la forme d'une mission à part entière, le 6°, de la manière suivante :

6° Remettre des avis et proposer des actions, en tenant compte des obligations, recommandations et politiques menées en promotion de la santé et de la santé publique aux niveaux belge, européen et international

### **Le Comité de pilotage :**

Article 6 là c'est prévu

## **Le SAPS**

Les missions prévoient la possibilité de travailler avec d'autres opérateurs que ceux du champs de la santé par les mots partenariat et intersectorialité (4°). Le schéma distribué avec le Décret amène la confusion car on ne voit pas dessus le monde « hors champs de la promotion de la santé ». Il conviendrait peut-être d'être plus explicite sur cette ouverture.

Peut-être en définissant les mots partenariat et intersectorialité en tête de décret ?

### *Proposition*

Intersectorialité : forme particulière de concertation, l'action intersectorielle réunit des partenaires provenant de plusieurs secteurs (santé, culture, politique, éducation, etc.) pour agir sur une même problématique.

L'intersectorialité favorise le décloisonnement, l'élargissement du cadre de référence, la mise en commun de ressources diversifiées, la coordination des actions menées au sein des différents secteurs, la diffusion de messages cohérents.

Pour mettre en place ces actions, on établira des partenariats ?

**SeSUM et SeSAP : est ce bien utile de les distinguer ?**

## **Les SESuM**

Si l'on est convaincu, comme précisé dans l'exposé des motifs que les déterminants de la santé doivent être pris en considération, le décret doit permettre aux acteurs de n'importe quel champ de compétence d'avoir accès à ces méthodes particulières. Les Sesum par le soutien méthodologique devraient pouvoir être mis à disposition des opérateurs autres que promotion de la santé.

### *Proposition*

Pour cela, le libellé de la mission, article 8, pourrait être complété de la manière suivante « apporter un support méthodologique permanent en matière de formation, de documentation, d'évaluation, de communication ou de recueil de données aux acteurs de terrain ou à tout opérateur identifié dans le cadre d'un partenariat ou d'une action intersectorielle, en concertation avec le SAPS.

## **Les SESuT**

Ces opérateurs doivent avoir comme priorité la thématique mais ils sont évidemment amenés à envisager les déterminants de la santé dans leur travail (s'occuper du sida en prison par exemple). Le lien entre SESuT, SESuM et SAPS n'est pas envisagé ... et donc, on prive les uns et les autres d'une expertise utile.

### *Proposition*

En prévoyant ce lien, en complétant le libellé de la mission, article 8, peut suffire. La mission deviendrait :

« échanger et apporter un support permanent au sujet des thématiques définies par les programmes stratégiques de promotion de la santé, au SAPS, SESuM et autres acteurs de terrain, en concertation avec le CRAPS avec lequel ils constituent un consortium, selon des modalités définies par le cahier des charges. ».

## **Les acteurs de terrain**

Via le diagnostic partagé, mentionné plus haut, les déterminants sont pris en considération.

## **Les réseaux de promotion de la santé**

Les réseaux sont des partenariats qui peuvent porter des actions intersectorielles.

Pour renforcer cette idée, on peut ajouter la possibilité que le réseau comprennent un ou plusieurs opérateurs non promotion de la santé, en reprenant l'idée d'opérateur identifié dans le cadre d'un partenariat ou d'une action intersectorielle, en concertation avec le SAPS.

### *Proposition*

Ajouter à l'article 13 un § :

« Ils peuvent inclure un ou plusieurs opérateurs publics ou non marchand, identifiés dans le cadre d'un partenariat ou d'une action intersectorielle, en concertation avec le SAPS. ».

### III. Les inégalités sociales en santé

Difficulté : assurer une place transversale à la notion d'ISS en garantissant en même temps son caractère prioritaire ... comment ne pas diluer ?

*Proposition :*

Ajouter une définition des ISS comme étant « Les différences d'état de santé importantes et évitables entre des personnes appartenant à des groupes sociaux différents. Elles concernent toute la population selon un gradient social qui augmente régulièrement des catégories les plus favorisées aux catégories les plus défavorisées. ».

Ajouter dans les missions de chaque opérateur : « Il doit être veillé à ce que les actions proposées et/ou entreprises soit réduisent, soit n'aggravent pas les ISS ».

On peut ainsi concrètement vérifier au moment de l'introduction de chaque dossier en quoi l'asbl rencontre cette norme.

Créer un statut à part entière pour l'opérateur qui s'occupe des ISS équivalent au SAPS. Cela donnerait un véritable coup de fouet à l'intention.

Attachée principale – Service de la Santé,

Valérie PATERNOTTE

## ANNEXE 4

### Avis du Bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé

Dans la foulée de la VI<sup>e</sup> Réforme de l'État, les instances politiques ont décidé de transférer l'exercice des compétences en matière de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la Région wallonne et à la Commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

Le Bureau du Conseil consultatif a été saisi par la ministre Cécile Jodogne, chargée de la politique de Santé au sein du Collège francophone d'une demande d'avis sur le projet de décret en Promotion de la santé. Ce dernier est destiné à remplacer le décret de la Communauté française du 14 juillet 1997 après la période de « stand still », soit dès le 1<sup>er</sup> janvier 2016.

Afin de pouvoir remettre un avis circonstancié, le Bureau a :

- pris connaissance des textes législatifs (exposé des motifs, projet de décret);
- reçu, en séance du 7 septembre 2015, les collaborateurs de la ministre afin de bénéficier d'une contextualisation et d'une explicitation de la structure générale du projet de décret;
- entendu, lors d'une séance supplémentaire à l'agenda du Bureau, le 28 septembre 2015, les représentants de la Plateforme bruxelloise des acteurs en Promotion de la santé.

#### Préalable

Le Bureau est conscient de l'urgence dans laquelle les instances politiques ont travaillé afin de faire bénéficier le secteur de la Promotion de la santé d'un cadre législatif propre à la Commission communautaire française, au terme de la période de « stand still », et ce afin d'éviter un vide juridique préjudiciable aux acteurs du secteur.

Le Bureau apprécie la volonté des instances politiques de tenir compte de l'existant pour penser l'avenir, et d'avoir consulté à plusieurs reprises durant l'élaboration du projet de décret, les acteurs de terrain, la Plateforme bruxelloise et le Conseil supérieur de promotion de la santé.

Il est cependant primordial aujourd'hui de réduire l'incertitude financière et organisationnelle dans le-

quel est plongé tout ce secteur sur le court terme et le long terme, la Réforme devant garantir le principe d'égalité et de subsidiarité.

Ceci pourrait se faire :

- en respectant scrupuleusement le principe du « stand still » et les règles administratives de la Fédération Wallonie-Bruxelles en la matière, pour l'année 2015;
- en maintenant le dispositif actuel en l'état, notamment en matière d'emploi, en 2016 et jusqu'à prise d'effet des différents arrêtés d'application du décret;
- en stabilisant et consolidant le secteur et leurs travailleurs – notamment par l'application des Accords du Non Marchand –, et ce, dans les meilleurs délais. Dans l'immédiat, harmoniser à 5 ans tous les conventionnements. Au cours de cette législature, intégrer le secteur au Décret Ambulatoire de 2009.

#### Schéma général du projet de décret

« Ce qui se conçoit bien s'énonce clairement – Et les mots pour le dire arrivent aisément. » Nicolas Boileau, 1674.

Le Bureau déplore le manque de lisibilité du dispositif, qui tend à flouter sa compréhension générale. Ceci tient à la nouvelle terminologie utilisée mais aussi à la multiplication d'organes, dont la composition est encore, pour certains, fort imprécise. Nous relevons aussi que les représentants du secteur y voient un risque de conflit d'intérêt au vu des missions attribuées à chacun d'eux.

Un conventionnement sur 3 ans apparaît comme une amélioration notable pour les associations subventionnées jusqu'ici via les programmes facultatifs. Cependant, le principe des appels à projets crée de l'instabilité dans le monde associatif. La généralisation de l'appel à projets comme principe de gouvernance met en concurrence périodique des associations non marchandes entre elles pour assurer des missions de services aux publics. Également, ce procédé favorise les grosses structures multi subventionnées qui peuvent mieux faire face à une perte de financement dans un secteur de leurs activités.

### Divers points d'attention

1. L'une des caractéristiques forte du secteur de Promotion de la Santé est la transversalité de ses actions. Dans le projet de décret qui nous est soumis, le point d'intersection avec les secteurs de l'ambulatoire est la reconnaissance de réseaux, mais on ne retrouve aucun lien explicite avec les autres secteurs, comme l'Enseignement ou l'Aide à la personne handicapée.

2. Le Bureau pose aussi la question de la possibilité de nouer un accord de coopération avec la Commission communautaire commune pour faciliter l'intégration de la Promotion de la santé dans le plan Santé bruxellois, ainsi que pour bénéficier de l'expertise de l'Observatoire de la Santé et du Social.

3. Également, le Bureau suggère la reconnaissance et le subventionnement d'un organisme sectoriel de coordination dont les missions seraient similaires à celles dévolues aux organismes agréés dans le cadre du Décret Ambulatoire, à savoir :

- d'offrir son aide et ses conseils à ses affiliés;
- de développer les échanges et les réflexions entre ses affiliés;
- de coordonner et promouvoir les actions menées par ses affiliés;
- d'assurer la diffusion de l'information parmi ses affiliés et relative à ses affiliés;

- de développer une coordination avec les autres organismes sectoriels.

Cette disposition aurait l'avantage de permettre au secteur, entre autre, de participer aux travaux de l'Interfédération ambulatoire (IFA) et/ou toute autre coordination intersectorielle.

4. Si le principe des appels à projets est maintenu dans la version définitive du décret, le Bureau suggère que l'avis de la section *ad hoc* du Conseil consultatif soit requis sur leur rédaction.

5. Les modalités de liquidation des subventions sont susceptibles de créer des problèmes de Trésorerie aux nombreuses structures qui ne bénéficient pas d'un cash flow suffisant par manque de fonds propre. Nous suggérons de réduire à 5 %, la partie de la subvention versée après vérification des justificatifs annuels.

Nous remercions la Ministre, membre du Collège francophone, chargée de cette matière, de prendre en considération les quelques réflexions énoncées ci-dessus.

Pour le Bureau du Conseil consultatif,

Président,

Alain WILLAERT

## ANNEXE 5

### Avis de l'Observatoire de la Santé et du Social

---

Nous vous remercions de cette consultation suite à votre réflexion concernant le décret « Promotion de la santé ».

Voici nos points d'attention/questionnements.

#### Lien avec les politiques bruxelloises

Le plan de santé bruxellois, développé actuellement à l'initiative des cabinets santé CCC et en concertation avec les acteurs, implique les différents cabinets ayant la santé dans leurs compétences. Il est difficile d'imaginer que la promotion de la santé n'ait pas de lien avec ce plan santé; il faudrait l'explicitier.

Par ailleurs, même si ce décret est COCOF, il prétend bien s'adresser aux Bruxellois et non aux seuls francophones; n'est-il pas possible de prévoir un lien structurel avec la COCOM et la VGC (VG) (ou du moins si cela est impossible dans le décret, expliciter clairement ce souhait dans l'exposé des motifs). L'opportunité donnée aux Bruxellois par le transfert de compétences de définir ensemble une politique de santé bruxelloise ne semble pas être exploitée ici.

Il n'est pas clair si la compétence concernant les dépistages se retrouve dans ce décret.

#### Lien avec les politiques Cocof

Le lien avec le décret ambulatoire n'est pas assez explicite (malgré les précisions du chapitre 7). Le basculement des financements Initiatives et Réseaux ne peut suffire à créer de la cohérence entre les deux.

#### Lien avec les politiques santé des autres entités

Il serait utile de penser et préciser le lien de ce dispositif avec les politiques santé de la FWB, de la VG, de l'ONE et du fédéral.

#### Lisibilité du dispositif

Le secteur promotion de la Santé a toujours été un peu opaque pour les « non-initiés » (ceux ne faisant pas partie du secteur), probablement dû au fait d'une construction historique bottom-up.

Le schéma proposé reste assez complexe, peu intuitif et appelle plusieurs remarques :

- Le souci du maintien de l'emploi dans le secteur est une préoccupation légitime et indispensable et la continuité avec le dispositif précédent est affichée. Ceci étant dit, la lecture du dispositif donne l'impression d'un souci de replacer toutes les structures existantes avec leurs missions. Et comme, dans notre compréhension, il y avait des chevauchements, ils persistent dans le schéma proposé.
- Si l'exposé des motifs propose une remise à plat de ce que pourrait être la promotion de la santé, on ne voit pas toujours le lien entre ce texte et le schéma proposé;
- La distinction entre structure d'appui et structure d'accompagnement n'est pas claire.
- Si l'on estime nécessaire de créer une nouvelle structure appuyant l'ensemble du dispositif, pourquoi le confier à une asbl et ne pas l'inscrire dans le cadre administratif ?
- Les thématiques citées pour les SeSuT ont-elles une logique avec celles retrouvées dans les programmes stratégiques ?
- Qu'est-ce qui justifie la différence de durée de financement des structures et des acteurs de terrain ?
- À notre connaissance, beaucoup de structures font de l'encadrement mais peu de structures bruxelloises sont actives avec les publics cibles : conviendrait-il de renforcer le nombre de ces structures à travers une disposition du décret ou considérez-vous que ce sont l'ensemble des acteurs de terrain social-santé qui font de la promotion de la santé auprès des différents publics ?

#### Analyse et synthèse de données

Les données existantes sur le territoire bruxellois utiles à la promotion de la santé nous semblent correspondre à des données de santé et socio-économiques; leur récolte et analyse font partie des missions actuellement confiées à l'Observatoire de la Santé et du Social, au service de tous les Bruxellois. Il serait souhaitable de préciser les interactions entre

le CRAPS notamment et l'Observatoire, et le cas échéant, le rôle de ce dernier dans le dispositif. Au vu de la bonne gestion des ressources disponibles pour les Bruxellois il serait peu efficient de dupliquer les structures traitant des mêmes sujets pour les mêmes Bruxellois.

### **Déterminants de santé**

Ces notions sont rappelées dans l'exposé des motifs mais ne sont pas opérationnalisées dans le dispositif présenté. Il serait intéressant de profiter de la refonte du système pour inclure la promotion de la santé de façon plus transversale et non de la maintenir dans un secteur auto suffisant. Et l'occasion d'introduire la notion de santé dans toutes les politiques.

### **Instance de pilotage**

La portée de l'instance de pilotage (et notamment étant donné le rythme d'une réunion annuelle) est difficile à percevoir.



## ANNEXE 6

### Avis de la Plateforme bruxelloise de promotion de la santé

---

#### Les points forts et les faiblesses du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française de Belgique.

La Communauté française adoptait, en 1997, une position novatrice en Europe en organisant un cadre légal pour développer une politique de promotion de la santé. Le décret du 14 juillet 1997 a donné naissance à une organisation structurelle et a invité les acteurs de terrain à développer des programmes basés sur les besoins de la population en bénéficiant d'une procédure de financement et d'accompagnement.

Depuis 2009, le secteur a connu une instabilité liée à un projet de réforme du décret dans le cadre du « *Code de la santé en Fédération Wallonie-Bruxelles* ».

La prolongation sans modification du Programme quinquennal et de l'agrément des services ainsi que le maintien *statu quo* des subventions des programmes depuis 2009 et reconduits annuellement ont créé une insécurité pour les professionnels et ont engendré des risques en termes d'emploi et de sauvegarde de l'expertise.

En mai 2015, nous nous trouvons dans une période transitoire entre ce décret et de nouveaux dispositifs issus du transfert de la FWB aux Régions et à l'ONE.

Une Plateforme bruxelloise (2013) et une Plateforme wallonne (2014) regroupe les acteurs de la promotion de la santé subventionnés dans le cadre de ce décret. Elles ont été mises en place afin de valoriser la promotion de la santé tout en rencontrant les enjeux des politiques futures.

Suite à une demande du cabinet de la Ministre Bruxelloise (« *Quels sont les points forts et les faiblesses du Décret ?* ») et une demande du cabinet du Ministre Wallon (« *Faut-il modifier le décret ?* »), un groupe de travail commun aux deux Plateformes s'est constitué. Il s'est réuni 3 fois dans l'objectif de déterminer les points forts et les faiblesses du Décret. La plateforme bruxelloise s'est ensuite réunie pour affiner l'analyse en fonction des réalités bruxelloises.

#### Points forts

Le Décret a permis d'adapter la législation de la Communauté française au passage du concept d'éducation pour la santé à celui de promotion de la santé, notamment grâce à l'inscription de la définition de la promotion de la santé de l'OMS à l'article 1<sup>er</sup>.

Ce décret prévoyait à juste titre des modalités de programmation (un programme quinquennal, des publics, thématiques et des stratégies prioritaires, des priorités d'action, ...) et l'agrément de services, des programmes d'action et de recherche.

Ce dispositif a permis de légitimer et de faire évoluer les pratiques de promotion de la santé. Citons entre autres :

- L'application, par une diversité d'acteurs, d'objectifs et de méthodes d'intervention communes, qui traversent les problématiques de santé et qui sont reconnues internationalement. Exemple : l'empowerment et la participation des populations, l'action intersectorielle, la réduction des inégalités sociales de santé en prenant en compte les vulnérabilités de publics spécifiques, le plaidoyer pour des politiques publiques qui renforcent l'impact positif sur la santé des populations.
- L'importance accordée à la déclinaison locale des programmes implantés en Fédération Wallonie-Bruxelles, à la concertation locale et aux stratégies « bottom up » dans la définition de priorités d'action.
- L'identification des fonctions de formation continue, de communication, d'évaluation, d'appui méthodologique et scientifique, de documentation.
- L'existence d'un appui méthodologique et stratégique, indépendant des autorités de tutelle, aux niveaux local, régional et communautaire, accessible (par exemple via la gratuité) pour tout opérateur qui s'investit dans des actions de promotion de la santé, quel que soit son secteur d'appartenance (soins, santé mentale, médecine préventive, éducation permanente, social, logement, enseignement, jeunesse, environnement, ...).
- L'articulation entre les stratégies de médecine préventive (dépistage, vaccination, médecine sco-

laire) et la promotion de la santé au sens de l'action intégrée sur les déterminants sociaux de la santé.

- La professionnalisation des opérateurs de promotion de la santé, le développement d'une culture d'analyse des besoins et de l'évaluation (évaluation de la qualité et approches qualitatives).
- L'existence d'un conseil consultatif regroupant des acteurs diversifiés (professionnels de première et de deuxième ligne, représentants sectoriels, mutuelles, scientifiques, représentants des usagers, ...) assurant un rôle de pilotage des politiques et de vigilance quant à la qualité des pratiques.

### Points faibles

- Le concept de la promotion de la santé a connu de nombreuses déclinaisons opérationnelles qui n'ont pas été prises en compte par le décret.
- Le plan Communautaire Opérationnel (PCO) et le Programme Quinquennal devaient assurer la cohérence et la continuité des actions. Ils n'ont pu être véritablement évalués notamment à cause des ressources limitées prévues à cet effet, de la carence d'une définition d'objectifs opérationnels et de l'absence d'indicateurs quantitatifs et qualitatifs.
- Le système d'informations sanitaires (SIS) était prévu dans les textes mais n'a pas été mis en œuvre.
- Il n'y eu aucune analyse globale et transversale entre les rapports d'activités qui permette une valorisation des acquis des différents services, projets et programmes ainsi que l'émergence d'indicateurs communs de l'activité.
- L'absence de pilotage a conduit à un manque de visibilité, de coordination et repères pour l'ensemble du secteur.
- Le décret ne prévoyait pas les outils pour articuler les politiques de promotion de la santé avec celles des autres secteurs.
- Les travaux du Conseil supérieur de promotion de la santé ont manqué de visibilité. Le décret n'a pas prévu suffisamment de possibilités d'évolution de la représentativité du secteur.
- Au fil des années, la distinction entre programme récurrent et service s'est réduite.
- Aucun mécanisme n'était prévu par le décret pour indexer les subventions et valoriser l'ancienneté du personnel.

### Propositions

- Réactualiser la définition de la promotion de la santé en y intégrant les notions d'inégalités sociales de santé, de déterminants sociaux de la santé, de santé globale, de transversalité, d'intersectorialité, de continuum entre promotion de la santé-prévention-soins d'accompagnement (voir Mémoire).
- Créer un système d'informations sanitaires (SIS) en concertation avec le secteur promotion de la santé, articulé avec les observatoires existants. Ce SIS aurait pour mission d'observer et de traiter les données qualitatives et quantitatives, relatives à la promotion de la santé, en ce compris les pratiques professionnelles.
- Définir des priorités de promotion de la santé, des objectifs opérationnels et des indicateurs qualitatifs et quantitatifs, co-construits par les parties prenantes, dont les acteurs de terrain (sous la forme d'un Programme quinquennal ou de Stratégies concertées).
- Instaurer une fonction de pilotage de la politique de promotion de la santé : planification de la politique et de sa mise en œuvre, évaluation et réorientation (en capitalisant sur les rapports d'activités et comités d'accompagnement).
- Attribuer un budget à chaque programme et projet aux fins d'évaluation, pour pouvoir apprécier dans quelle mesure les priorités ont été rencontrées.
- Assurer la représentation du secteur promotion de la santé dans un organe d'avis consultatif propre à la promotion de la santé, mais aussi dans les Conseils consultatifs Cocom et Cocof.
- Reconnaître et financer la concertation du secteur promotion de la santé.
- Stabiliser le secteur en pérennisant les services et les programmes pour une durée de 5 ans minimum renouvelable (maintien de l'expertise, reconnaissance, légitimité, autonomie et ancrage des équipes).
- Renforcer la décentralisation de la politique et l'appui des acteurs au niveau local (communes et quartiers).
- Assurer une articulation et une cohérence des politiques régionales bruxelloises (Cocof, Cocom).

- Assurer une transversalité de la compétence promotion de la santé avec les compétences de la Wallonie, de la FWB (0-18 ans) et les compétences fédérales.

## Références

Recommandations pour un programme quinquennal de promotion de la santé : avis d'initiative du CSPS du 17 octobre 2014 (en ce compris Propositions du CSPS pour un programme quinquennal de promotion de la santé à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015 )

Avis du CSPS ISS

Avis du CSPS sur les éléments à approfondir pour une réforme du dispositif

## Projet de décret COCOF Promotion de la Santé

Suite à la réunion au Cabinet de la Ministre Jodogne le 27 mai 2015, le groupe COMPOL, représentant la PBPS, reste avec quelques questions et souhaite attirer votre attention sur certains points. Nous sommes conscients qu'à l'heure actuelle vous ne pouvez répondre à toutes ces interrogations. Néanmoins il nous semble important de vous les soumettre.

Des membres de la Plateforme bruxelloise de Promotion de la Santé (PBPS) sont également membres du Conseil Supérieur de Promotion de la Santé. Ils ont donc participé à l'élaboration de l'avis du CSPS concernant le projet de décret COCOF Promotion de la Santé. La Plateforme bruxelloise de PS cautionne cet avis.

Un document avalisé en PBPS (12 mai 2015) concernant les points forts et faiblesses du décret du 14 juillet 1997 vous a été remis. Ce document contient 11 propositions qui restent d'actualité pour le secteur de Promotion de la Santé.

### 1) Articulation entre les acteurs de Promotion de la Santé

- Quelles sont les interactions entre CRAPS, SESUT, SESUM, SAPS ? Leurs missions et objectifs ?

Exemple : Comment la formation et la documentation (SESUM) sont-elles en lien avec les SESUT ? Quelle est la différence entre le SESUM « données » et les SESUT ?

Actuellement, les missions des SESUM sont portées par différentes institutions.

Exemple : QS, Cultures et Santé, PJ, Modus Vivendi, Repères, etc. ont des missions de formation.

Le SESUM formation va-t-il coordonner les institutions qui organisent déjà ces formations ? Cette question se pose pour d'autres missions comme l'accompagnement ou la documentation. Les centres de documentation des acteurs actuels de la Promotion de la Santé sont-ils voués à fusionner ?

Exemple : Les SESUT pourront-ils développer des activités de collecte de données selon les méthodes qu'ils jugeront appropriées ?

- Quelles sont les interactions entre ces 4 pôles et la « ligne » acteurs de terrain et réseaux qui semble concerner la majorité des acteurs en Promotion de la Santé ?
- Quels seront les rôles hiérarchiques du CRAPS et du SAPS (vu leur intégration dans l'instance de pilotage) et donc l'impact sur leurs liens avec le reste des acteurs ?

### 2) Appel à projets et cahier des charges

- Quand les appels à projets vont-ils être émis ? Sur quels contenus ? Sur quels objectifs ? Sur quels critères vont-ils être évalués ? Quel délai pour y répondre ?
- Qu'en est-il pour les opérateurs qui étaient dans des programmes pluriannuels à la FWB et qui recevraient un avis négatif ?
- Sur quelle base seront rédigés les cahiers des charges des SESUM et SESUT ?

Il nous semble que la logique d'appel à projets pour une durée 3 ans ne rencontre pas celle de la promotion de la Santé caractérisée par les processus et cycles de projet. Comment y remédier ?

### 3) En cas de retard de la mise en application du décret

Pouvez-vous garantir une période de transition et des mesures transitoires pour le secteur de Promotion de la Santé actuel ? Prolongation de subvention au 1<sup>er</sup> janvier 2016 ? Et si oui, un engagement écrit afin d'éviter les remises de préavis, est-il envisageable ?

*4) Une fédération en Promotion de la Santé*

Pour le secteur Promotion de la Santé à Bruxelles, il reste important d'envisager le passage d'une structure de concertation coordonnée par le CBPS, à une institutionnalisation en fédération constituée en asbl afin :

- d'être identifié comme représentant officiel et légitime du secteur de la PS auprès des instances officielles
- de structurer le secteur de façon formelle et assurer sa pérennité au-delà du contexte actuel.

## ANNEXE 7

### Avis de la Fédération Wallonie-Bruxelles

---

#### Les préalables

L'article 14 du décret modifie un autre décret de la CCF qu'il faut dès lors mentionner dans les visas, ajouter :

Vu le décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé.

#### Le « plan de promotion de la santé »

À l'article 4 du Décret il est prévu que le Collège fixe tous les ans les objectifs prioritaires à atteindre, les programmes et les approches stratégiques ainsi que les thématiques prioritaires. Un peu plus loin, il est indiqué que le Ministre détermine les priorités d'action.

Cette 1<sup>re</sup> étape, préalable à toutes les autres, pourrait bénéficier d'un nom (du type « plan de promotion de la santé »), cela faciliterait son identification et permettrait de la lier aux différentes composantes du décret.

En effet, les appels à projets et les organismes piliers sont par essence associés tant aux priorités stratégiques que thématiques; des mentions explicites au « plan de promotion de santé » dans les articles qui leur sont consacrés pourraient se révéler pertinentes. Par exemple en ajoutant « Sur la base d'un cahier de charge lié au plan de promotion de la santé, le Collège désigne ... »; « Sur la base d'appels à projets fondés sur le plan de promotion de la santé, le Ministre propose au Collège ... ».

Il manque des informations sur la manière de construire le premier plan transitoire à 2 ans (sur quelle base, avec quel soutien, le Ministre va-t-il proposer le premier plan ?).

Le principe d'une évaluation permettant une réorientation tous les 5 ans sera bénéfique à la promotion de la santé qui a manqué de planification/évaluation. Néanmoins, une inscription plus explicite des grandes orientations directement dans le décret serait un fil conducteur utile qui échapperait aux remises en question. On perçoit ce fil conducteur dans l'exposé des motifs et en filigrane du décret (par exemple, quelques stratégies de promotion de la santé sont citées à l'article 7 sur le SAPS alors même qu'il est pré-

vu que les stratégies soient déterminées par le Collège; des thématiques sont citées dans l'exposé des motifs pour la création des SeSuT alors que celles-ci sont supposées être déterminées par le Collège).

Ne pourrait-il être opportun de fixer comme acquis les grandes stratégies de promotion de la santé qui seront soutenues par ce décret : l'intersectorialité, le travail en réseau, la participation communautaire, le partenariat, l'adaptation des stratégies pour réduire les ISS (notamment développer l'action locale), + autres si opportun.

#### Le Centre régional d'appui

5<sup>e</sup> mission « remettre tous les 2 ans à l'instance de pilotage et au collège, un rapport d'évaluation relatif à la politique de promotion de la santé ».

Ne serait-il pas plus adéquat de proposer un rapport à mi-parcours puis un autre vers la fin afin de préparer le « renouvellement » du plan politique ?

#### Les services de support méthodologique

Les SeSum sont prévus à l'article 8; selon le lieu de la mention leur nombre et activités de base varient :

- Dans l'exposé des motifs il est question de 4 structures dites « fonctionnelles » qui couvrent « les données, la documentation, la communication et la formation ».
- Dans le Décret à l'article 8, § 1<sup>er</sup>, 4<sup>e</sup> alinéa s'ajoute à ces 4 fonctions, « l'évaluation ».
- Les dispositions transitoires, article 28, mentionnent quant à elles « les trois » services de support, en limitant à « données, documentation et communication ».

Il serait judicieux d'éclaircir ce point, combien de SeSum exactement (3, 4 ou 5) ? Il faudrait notamment préciser si « l'évaluation », qui est une mission du CRAPS, doit également être proposée dans le soutien méthodologique aux opérateurs; auquel cas, un SeSuM spécifique doit être prévu et l'exposé des motifs devrait également le mentionner.

Pour la phase transitoire, on pourrait soit expliciter qu'il s'agit de continuer à financer « trois ou quatre » services qui font office de SeSum pour certaines activités et que les autres viendront plus tard; ou en identifiant d'emblée les 5 à maintenir.

On a constaté par le passé des « chevauchements » dans les supports offerts aux opérateurs, donc attention aux missions du SAPS et des SeSuM qui se ressemblent. En outre, un support « formation » mériterait d'être plus spécifiquement décrit pour estimer sa pertinence.

Jusqu'à présent les SCPS (données, évaluation, communication, documentation) travaillaient pour les acteurs de terrain, mais aussi beaucoup pour le Gouvernement et services du Gouvernement. Les missions du CRAPS couvrent cet aspect. Les « nouveaux » SeSuM n'auront donc que des missions vis-à-vis du terrain ?

### Les services de support thématique

L'exposé des motifs décrit d'emblée 4 structures opérationnelles (thématiques) : santé sexuelle, inégalités sociales et de santé (ISS), attitudes saines et RDR en matière de drogues.

Cette détermination explicite des priorités thématiques contredit le décret qui prévoit que les priorités thématiques sont établies par le Collège tous les 5 ans. L'exposé des motifs ne devrait-il pas argumenter ces choix ? Les ISS représentent une thématique transversale, qui touchera les autres thématiques, les missions pourraient se chevaucher.

Il est difficile de concevoir quel organisme va jouer ce rôle durant la phase transitoire de 2 ans puisque ces fonctions ne sont actuellement remplies par aucun organisme. Les dispositions transitoires ne devraient-elles pas dès lors être plus précises ?

Les SeSuT (2<sup>e</sup> ligne), par leur identification comme services de support, perdront-ils d'emblée la possibilité d'être des « acteurs de terrain » (1<sup>re</sup> ligne) et donc de percevoir des financements dans le cadre des appels à projets ?

Est-ce bien nécessaire de multiplier les organismes de référence ? Lourdeur du système. Pourquoi ces thématiques-là ?

### L'instance de pilotage

Sa 2<sup>e</sup> mission : « définir les programmes et approches stratégiques ainsi que les thématiques prioritaires » semble mal libellée puisqu'il s'agit d'une

mission du Collège que l'instance de pilotage doit préparer. Une formulation plus complète serait par exemple : « définir les programmes et approches stratégiques ainsi que les thématiques prioritaires à soumettre au Collège en préparation de sa décision ».

Par ailleurs, il n'est pas prévu pour ce point du décret d'arrêté d'application, or, la description concise de l'instance devrait être précisée (soit dans le décret, soit dans un arrêté d'application comme pour les autres instances créées par ce décret) : composition, durée du mandat, mode de nomination, tenue du secrétariat (au sein de l'administration semble le plus logique vu les missions), ... Dans la composition : ajouter les Centres de référence en médecine préventive puisque ceux-ci ne sont pas des organismes piliers.

### Les appels à projets

#### À l'article 9

- Préciser que les appels à projets se fondent sur le plan à 5 ans du Collège, par exemple : « les appels à projet se fondent sur les programmes et approches stratégiques fixés par le Collège pour 5 ans ».
- Il y a des redondances/incohérences

*§ 2. – « Les acteurs de terrain mettent en œuvre durant trois ans les programmes stratégiques en promotion de la santé. Les programmes stratégiques sont arrêtés tous les trois ans par le Collège qui arrête également les appels à projets relatifs à la désignation des opérateurs qui mettront en œuvre les programmes stratégiques. ».*

On pourrait supprimer cette partie en italique, sauf erreur, les « programmes stratégiques » font référence au plan du Collège qui dure 5 ans et non 3.

Convention à 3 ans, mais rapport d'activités après 2 ans. Ne faut-il pas de toute façon un rapport chaque année pour justifier la subvention ? On pourrait prévoir ensuite un rapport final accompagnant le renouvellement ? Les rapports d'activités devront suivre un canevas (cf. plus loin), on pourrait le mentionner ici.

Enfin, les appels à projets seront menés tous les 3 ans alors que le plan général a une durée de 5 ans. Cette différence de périodicité n'est pas argumentée dans l'exposé des motifs. Elle pourrait se révéler difficile à mener et n'est pas très cohérente avec le principe de l'évaluation qui nourrit les objectifs et l'action.

## Programmes de médecine préventive

Article 10 : faire un lien entre les programmes et le plan de promotion de la santé du Collège ? Ces programmes n'ont pas de durée.

La désignation du Centre de référence se fera comment ? Cahier des charges ? Durée de la convention ?

Suggestion de clarification pour être logique avec l'article 10 :

Art. 11. § 1<sup>er</sup>. – Le Collège (peut) désigner des centres de référence pour assurer la mission visée à l'article 10, § 1<sup>er</sup>. Dans le cadre de cette mission, ces centres de référence contribuent aux travaux du CRAPS et développent une expertise scientifique, la concertation avec les acteurs et la coordination avec les établissements et les personnes de droit public et privé visées à l'article 10,

§ 2. – Le Collège peut également désigner des établissements ou des personnes de droit public ou privé, pour assurer la mission visée à l'article 10, § 2.

Art. 11. § 3. – « Le collège fixe les conditions d'octroi des subventions. ». Il devrait également fixer le montant des subventions.

### Concernant le chapitre 10.

Il contient plusieurs § qui sont des répétitions d'autres points, à l'exception des mentions relatives aux critères d'évaluation, mais cela pourrait être ajouté dans chaque article relatif aux différentes composantes du dispositif ou précisé plus tard dans le ou les arrêtés d'application.

Il contient des dispositions qui devraient plutôt se trouver dans les arrêtés d'application.

Art. 15. § 1<sup>er</sup>. – Le Collège arrête le contenu des cahiers de charges et des appels à projets du dispositif de promotion de la santé.

Répétition

§ 2. – Les cahiers de charge pour le CRAPS, le SAPS et les services de support méthodologique et thématique précisent les missions dévolues pour cinq ans ainsi que les critères d'évaluation de ces missions. Le Ministre est chargé de la concertation de ces cahiers de charge et du calendrier de la procédure de désignation.

Répétition

§ 3. – En ce qui concerne le CRAPS, outre la subvention annuelle mentionnée dans la convention, le Ministre détermine annuellement les modalités de fonctionnement et de financement du consortium.

Répétition partielle. Le financement du consortium n'est pas prévu à l'article 5, ce qui pourrait y être ajouté et on pourrait supprimer ce point-ci.

§ 4. – Les appels à projets pour les acteurs de terrain précisent les missions dévolues pour trois ans ainsi que les critères d'évaluation de ces missions. Le Ministre est chargé de la concertation de ces appels à projets et du calendrier de la procédure de sélection et de désignation.

Répétition

§ 5. – En ce qui concerne la médecine préventive, sur la base du chapitre 7, le Ministre détermine annuellement les modalités d'actions des acteurs de terrain en concertation avec les autres institutions chargées de la prévention en matière de santé.

Plutôt ambiguë comme action. Puisque les centres de référence sont chargés du pilotage; à quoi se réfèrent dès lors les « modalités d'actions » ici reprises ? D'autant qu'aucune subvention n'est prévue pour ces acteurs.

§ 6. – Les opérateurs du dispositif sont désignés par le Collège. Le Ministre est chargé de conclure des conventions avec les opérateurs du dispositif. Ces conventions mentionnent la subvention annuelle liée à l'exercice des conventions.

Répétition

### Le chapitre 11 relatif aux subventions

Article 19 : devrait en principe expliciter les modalités d'indexation (plusieurs articles s'y réfèrent), mais reporte ce point sans préciser où, comment ... peut-être ces modalités d'indexation existent-elles déjà ?

Article 20 : mention de missions de l'instance de pilotage qui ne sont pas prévues au chapitre 3 :

- « déterminer un modèle pour le rapport d'activité et le recueil de données » (à ajouter au chapitre 3 ?);
- et aussi « fixer les délais et modalités à remplir par les opérateurs », or ce type d'action relève plutôt du Collège.

Comme mentionné plus haut, les conventions ont une durée de 3 ans, mais les rapports d'activités sont prévus après 2 ans. Ne faut-il pas un rapport chaque

année pour justifier la subvention ? On pourrait prévoir ensuite un rapport final accompagnant le renouvellement ?

### La phase transitoire

La phase transitoire prévoit que les subventions aux opérateurs PS seront reconduites en 2016 si l'instance de pilotage n'est pas créée; cependant, il semblerait utile d'élargir la transition et de prévoir la poursuite des subventions aux acteurs de PS :

- jusqu'à la date de début des nouvelles subventions dans le cadre des appels à projets, pour les associations qui introduisent un projet dans ce cadre;
- pendant encore 6 mois ( ?) pour les autres (afin qu'elles puissent, le cas échéant, licencier le personnel);
- et, en tout état de cause, jusqu'au lancement des appels à projets (c'est-à-dire qu'il faut s'assurer que les associations ont de quoi poursuivre leur activités entre le 1<sup>er</sup> janvier 2016 et la date à laquelle leur nouvelle demande doit être introduite).

Les services de médecine préventive ne sont pas évoqués dans cette phase transitoire, or il est indispensable de maintenir le financement du CCR.

Les choix de maintenir des subventions à des acteurs développant des missions du nouveau décret en attendant sa mise en œuvre effective est logique; cependant, actuellement le CRAPS et les SeSuM n'existent pas et un des SCPS n'est pas repris dans cette phase transitoire. Ces choix paraissent donc un peu arbitraires, la désignation « d'office » de ces organismes les mettent d'emblée en position d'être les seuls à pouvoir répondre ensuite aux cahiers des charges.

Il pourrait être plus cohérent dans la phase transitoire d'indiquer que les subventions au CLPS et aux 4 SCPS sont maintenues en attendant la procédure de désignation du SAPS et des SeSuM.

### L'évaluation du dispositif

Article 25 : « évaluation de la pertinence du dispositif tous les 3 ans par l'instance de pilotage ». Quelle différence avec l'évaluation prévue et menée par le CRAPS ? Ne peut-on regrouper les articles 24 et 25 afin d'explicitier les rôles complémentaires du CRAPS et de l'instance de pilotage ?

Le terrain est peu présent dans cette évaluation puisque seuls leurs rapports seront utilisés. Pour-

quoi ne pas intégrer le conseil consultatif dans la démarche ?

Les indicateurs de promotion de la santé définis par le KCE : à la connaissance de la DGS ces indicateurs sont largement insuffisants. Il serait plus pertinent de construire des indicateurs propres (le CRAPS et le consortium pourraient s'en charger avec la collaboration du conseil consultatif; ça semble d'ailleurs logique vu qu'il est nécessaire d'établir un recueil de données pour le pilotage).

### Remarques générales :

- Pour plusieurs des fonctions il est prévu que les activités soient réalisées par des asbl (ou des universités), cela exclut d'emblée plusieurs opérateurs qui sont actifs en promotion de la santé (par exemple mutualités, CPAS, communes).
- la promotion de la santé est prévue comme un concept transversal d'actions qui visent tous les déterminants de la santé, ce qui implique d'emblée de pouvoir travailler aussi sur d'autres compétences tant de la CCF que d'autres entités. Cela n'est pas créé par le décret. Le CRAPS et l'instance de pilotage pourraient notamment avoir pour fonction l'implication des autres compétences (par une plus large composition prévue d'emblée et par des missions allant dans ce sens). Une autre modalité intéressante pourrait être de prévoir la création au sein de la CCF d'une « commission d'avis » donnant avis sur toutes les politiques menées (au sein de la CCF, voire de Bxl) en examinant l'impact sur la santé. Les québécois ont instauré ce genre de commission avec un certain succès.
- Le dispositif créé est complexe et comporte beaucoup d'acteurs, au niveau financier ça semble difficilement abordable.

### Les échéances

1. 1<sup>er</sup> janvier 2016 : plan transitoire de 2 ans.
2. 1<sup>er</sup> janvier 2016 : Simultanément, SAPS, SeSuM et SeSuT pour 2 ans.
3. 1<sup>er</sup> janvier 2016 : ? Lancement des appels à projets avec attribution après xxx mois. Sur la base du plan transitoire ?
4. 1<sup>er</sup> janvier 2016 : financement du CRAPS (qui ? pour combien de temps ?).



5. Quand ? : lancement du cahier des charges pour le CRAPS, démarrage pour 5 ans à partir de la fin de la procédure de sélection (6 à 9 mois).
6. Après l'installation du CRAPS : Création de l'instance de pilotage.
7. À partir de l'installation du CRAPS et de l'instance de pilotage : préparation du premier plan à 5 ans qui devrait commencer le 1<sup>er</sup> janvier 2018; sur la base du travail du CRAPS et de l'instance de pilotage. Ce travail se basera notamment sur une évaluation du plan déjà en place mais depuis seulement 6 ou 12 mois.
8. Durant l'année 2017 : cahier des charges pour SeSuM et SeSuT pour une entrée en fonction le 1<sup>er</sup> janvier 2018.
9. Premier « vrai » rapport sur le plan : 2 ans après la mise en place du plan 2018-2022, soit en 2020; de préférence mi 2020. Deuxième rapport pour préparer le nouveau plan qui commencera en 2023 et devra donc être préparé dans le courant 2022.
10. Juin 2018 : changement de législature. Le Collège sortant prépare donc un plan qui démarre juste avant le changement de collège. Et il en sera ainsi de chaque plan.
11. 1<sup>er</sup> janvier 2019 : nouvel appel à projets ?
12. Au cours de chaque dernière année du plan, il y aura lieu de prévoir l'évaluation du plan en vue de la rédaction du suivant, la rédaction des cahiers des charges (et des appels à projets ?).

## ANNEXE 8

### Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé

---

**Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé du 18 septembre 2015 remis à la demande de Mme Cécile Jodogne, Membre du Collège de la Commission communautaire française en charge de la santé**

Le Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS) s'est réuni en groupe de travail le 14 septembre 2015 et en séance plénière le 18 septembre 2015 pour formuler une série de remarques et de recommandations concernant l'avant-projet de décret relatif à la promotion de la santé de la Commission communautaire française. Outre les points qui se trouvent dans ce présent document, des propositions d'ajustement ont été directement intégrées au texte d'avant-projet en suivi de modification (confer annexe).

Le CSPS tient tout d'abord à souligner l'évolution positive du texte. Cette nouvelle version a, en effet, pris en compte quelques-unes des recommandations de l'avis du 19 juin 2015. Nous citerons ici la mise sur pied d'un plan de promotion de la santé quinquennal, une architecture qui assure de manière plus évidente les dynamiques ascendantes, un fonctionnement par convention renouvelable pour les acteurs de promotion de la santé à côté des appels à projets, une place plus importante donnée à la section promotion de la santé du Conseil consultatif, l'élimination de la distinction entre services de support thématiques et méthodologiques.

De manière générale, le CSPS se pose encore des questions sur la lisibilité du dispositif, sur la multiplicité des types d'organismes qui y figurent au regard des limites de l'enveloppe budgétaire et sur la cohérence dans l'articulation des rôles et missions des divers types d'organismes. Cette complexité pourrait favoriser l'émergence de conflits d'intérêts dans diverses instances du dispositif.

Le CSPS rappelle la nécessité d'envisager les articulations entre ce dispositif Commission communautaire française et les politiques de santé (et d'action sur les déterminants sociaux de la santé) développés non seulement au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale et de la Commission communautaire communautaire mais aussi au niveau de la Wallonie, de la Fédération Wallonie-Bruxelles, de la Flandre voire du Fédéral. Pour aller dans ce sens, des incises relatives à cette question ont été proposées directement dans le texte aux articles 3, § 1<sup>er</sup>, et 6, § 2, ainsi que

dans l'article Visée du décret que le Conseil recommande d'introduire. En effet, pour mettre en place une véritable politique de promotion de la santé efficace et cohérente, il est important que ce dispositif Commission communautaire française entre en concordance avec les autres plans qui seraient effectifs sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale et que des accords de coopération soient conclus avec les autres niveaux de compétences politiques.

Malgré quelques modifications, l'exposé des motifs demeure à plusieurs égards (longueur, multiplication des définitions et des concepts, jugement négatif sur l'approche conceptuelle) un texte qui incite peu à investir dans la promotion de la santé et ne clarifie pas assez les options organisationnelles sous-jacentes au décret. Le Conseil encourage fortement sa révision.

#### **1. La lutte contre les inégalités sociales de santé et l'action sur les déterminants sociaux au cœur du décret (nouvel article)**

Dans le texte proposé, la visée du décret est insuffisamment mise en évidence. Inclure un chapitre Visée du décret avant le chapitre Du plan de promotion de la santé et l'article 3 permettrait de clarifier la finalité du décret qui doit être, selon le Conseil, orientée vers la réduction des inégalités sociales de santé. Celle-ci pourra être atteinte à travers une action sur les déterminants sociaux de la santé et donc en suscitant des dynamiques intersectorielles et interministérielles.

Le Conseil propose le paragraphe suivant :

Dans le cadre de ses compétences et en coopération avec les autres niveaux de compétences politiques, le Collège met tout en œuvre pour améliorer la santé de la population de la Région de Bruxelles-Capitale et pour réduire les inégalités sociales de santé présente sur son territoire. Dans cette perspective, il définit une politique d'action sur les déterminants sociaux de la santé et soutient les acteurs qui œuvrent dans ce domaine.

#### **2. Définitions et organismes (Article 2)**

Pour éviter toute marchandisation du secteur, il est essentiel de préciser systématiquement dans cet article et dans la suite du texte du décret le caractère

non-lucratif des personnes morales pouvant solliciter des financements.

Afin de mettre plus en évidence l'importance d'une action intersectorielle en faveur de la santé et donc d'une orientation du dispositif vers les acteurs d'autres secteurs, il paraît opportun d'ajouter dans les définitions la notion de relais qui pourrait être définie comme suit : Tout acteur qui œuvre ou qui souhaite œuvrer dans des démarches de promotion de la santé et qui n'est pas subventionné en promotion de la santé de manière pluriannuelle.

Le Conseil s'interroge sur la pertinence de garder la notion de consortium car elle est peu exploitée dans l'avant-projet de décret. A minima, les qualificatifs temporaire ou durable pourraient être supprimés et une définition plus claire de consortium pourrait être fournie : par exemple, des acteurs qui s'associent pour remettre un projet en commun en réponse à un appel à candidature.

La notion d'organismes piliers (la dénomination doit être mise au pluriel pour être conforme à sa définition) est encore trop peu précise et ne semble pas recouvrir les mêmes réalités tout au long du texte (le SAPS n'en fait-il pas partie ?). La superposition de ces notions (organismes piliers, SESU, Consortium) entraîne une certaine opacité du dispositif.

Il est utile dans la définition de la prévention d'ajouter la prévention quaternaire (prévention de la surmédicalisation) qui a été oubliée. La définition complète de la Wonca est la suivante : « ensemble des actions menées pour identifier un patient ou une population à risque de surmédicalisation, le protéger d'interventions médicales invasives, et lui proposer des procédures de soins éthiquement et médicalement acceptables. Ce nouveau concept de prévention quaternaire correspond en fait à l'adage *Primum, non nocere* : c'est la prévention de la médecine non nécessaire, ou la prévention de la surmédicalisation ».

Définir l'instance de pilotage comme un organe décisionnel est contradictoire avec sa mission qui est de proposer au Collège les orientations de la politique.

En cohérence avec le chapitre 8, l'intitulé des programmes de médecine préventive doit être préféré à la médecine préventive. La définition doit préciser le fait que ces programmes s'adressent à l'ensemble de la population-cible.

La firme est une personne de droit privé.

### 3. Du plan de promotion de la santé (Articles 3)

Le Conseil recommande de mentionner dans l'article relatif au plan de promotion de la santé les éléments suivants :

- l'intervention de la Section promotion de la santé du Conseil consultatif qui donnera avis sur le plan,
- le fait que le plan doit prendre en compte les autres plans effectifs sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale,
- l'action sur les déterminants environnementaux afin de mettre en évidence l'importance d'agir structurellement sur les milieux de vie,
- la possibilité d'établir des accords de coopération afin de rendre plus concrète la coordination des politiques en faveur de la santé,
- la terminologie modalités d'évaluation et de suivi au lieu d'indicateurs qui relève d'une vision trop restrictive de l'évaluation,
- la réduction des inégalités sociales de santé non comme une stratégie mais bien comme une visée,
- une stratégie supplémentaire : la mise en œuvre de politiques publiques transversales favorables à la santé,
- l'universalisme proportionné en complétant le paragraphe 3 « Le plan de promotion de la santé vise l'ensemble de la population ... » par les termes suivants : Il [le plan de promotion de la santé] s'appuie sur le principe d'universalisme proportionné c'est-à-dire que les caractéristiques, la fréquence, la durée et l'intensité des actions universelles sont adaptées au degré de désavantage des différents groupes au sein de la population.

### 4. Du pilotage (Articles 5 et 6)

Positionner l'article sur l'instance de pilotage avant celui consacré à la CAPS apporterait de la clarté à l'ensemble. En effet, la CAPS est un support technique à l'instance du pilotage. Il est important de préciser cet aspect soutien/support dans les missions de la CAPS.

Dans l'article concernant la CAPS, les modifications suivantes sont proposées :

- laisser la possibilité aux services de support qui ne sont pas spécialisés dans le recueil de données d'intégrer le consortium,

- formuler le fait que la CAPS ne fait que proposer au Collège l'adoption des protocoles de collaboration,
- préciser dans les missions le fait que le recueil porte sur des données qualitatives et quantitatives,
- remonter la mise en œuvre de l'évaluation en position 3 dans l'ordre des missions afin d'être cohérent avec la chronologie de l'action,
- inclure les acteurs de promotion de la santé et les relais parmi les parties prenantes à la concertation concernant l'établissement du plan de promotion de la santé,
- ajouter dans le paragraphe concernant les fondements du travail de la CAPS, le fait qu'elle base son travail sur des apports et des méthodes scientifiques.

Afin de préserver les dynamiques ascendantes et d'assurer un pilotage en cohérence avec les démarches participatives que la promotion de la santé défend, le Conseil trouve opportun d'inclure dans l'instance de pilotage des représentants de toutes les parties prenantes du dispositif (acteurs de promotion de la santé, réseaux, relais, population). L'élaboration du plan de promotion de la santé n'en serait que plus participative.

Dans le paragraphe dédié aux missions de l'instance de pilotage, il est suggéré :

- de placer l'intervention de la CAPS dans la phrase introductive aux missions afin d'éviter une répétition,
- d'ajouter dans la mission 5° un rôle de mise en place de coopérations avec les autres compétences politiques ayant un impact sur la santé,
- d'ajouter dans la mission 6° l'évaluation de la politique de promotion de la santé.

### **5. Du service d'accompagnement de projets en promotion de la santé (Article 7)**

Étant donné que l'accompagnement en promotion de la santé ne se fait pas uniquement sur des projets, il est souhaitable de modifier la dénomination du SAPS en retirant le terme « projet ». Le SAPS serait un service d'accompagnement en promotion de la santé.

Pour correspondre à la réalité de ce type de travail, l'ordre des missions du SAPS doit être changé. La première mission relève de l'aide méthodologique aux acteurs (actuellement en position 2°), la deuxième, du

développement de dynamiques partenariales et participatives (actuellement en position 3°) et la troisième, du soutien et de la coordination de concertations (actuellement en position 1°).

Pour la mission de soutien et de coordination d'une plateforme de concertation, il conviendrait de ne pas limiter l'action du SAPS à une plateforme d'acteurs, mais bien de soutenir et de coordonner des concertations pouvant prendre des formes différentes avec des types d'acteurs différents. Il est opportun d'ajouter un rôle d'orientation vers des ressources dans la mission relative à l'aide méthodologique.

### **6. Des services de supports (Article 8)**

Il est important de mentionner le fait que les SESU apportent également un soutien aux relais c'est-à-dire aux acteurs hors-dispositif et qui mènent ou souhaitent mener à bien des démarches de promotion de la santé.

### **7. Des acteurs en promotion de la santé (Article 9)**

Afin d'apporter plus de sécurité aux acteurs de promotion de la santé bénéficiant d'une convention (éviter une rupture de subvention) et afin qu'ils puissent bénéficier d'un délai nécessaire pour pouvoir exploiter l'évaluation du plan quinquennal mais aussi pleinement y contribuer, le Conseil soutient un financement des acteurs sur cinq ans prévoyant une mesure d'adaptation à mi-parcours permettant d'infléchir l'action en cours de convention en fonction de l'évaluation du plan à mi-parcours.

Afin que les décisions concernant les conventions pluriannuelles et les appels à projets soient les plus impartiales possibles, des avis devraient être remis par deux instances différentes (administration et instance de pilotage ou conseil consultatif) tout en s'assurant qu'il n'y ait pas de conflit d'intérêts.

La notion d'appel à projets gagnerait à être explicitée afin de mieux distinguer les types de financement.

### **8. Des programmes de médecines préventives (Articles 10, 11 et 12)**

Au sein de l'article 10, le CSAPS propose d'opérer les modifications suivantes :

- ajouter à l'explicitation de la fonction de pilotage : la mise en œuvre des actions;
- remplacer « les programmes se fondent sur les preuves généralement admises de pertinence et

d'efficacité, l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population » par « les programmes sont décidés et réalisés en adéquation avec les recommandations scientifiques validées internationalement. Ils prennent en compte l'expérience des professionnels de la santé ainsi que les valeurs et les attentes de la population »;

- dans le paragraphe 2, enlever la mention « dans la mesure du possible »;
- ajouter le fait que les programmes peuvent être réalisés en concertation avec les médecins généralistes;
- enlever l'intervention du SAPS à ce niveau.

### **9. Des réseaux de promotion de la santé (Article 13)**

À l'article 13, il existe une contradiction entre le paragraphe 2 qui précise que les réseaux ambulatoires font partie du dispositif promotion de la santé et le paragraphe 4 qui mentionne le fait que ces mêmes réseaux sont soumis aux dispositions du décret ambulatoire. L'existence de deux types de réseaux amènerait en outre une complication supplémentaire dans le dispositif.

### **10. De la Section Promotion de la santé du Conseil consultatif (Article 14)**

Le Conseil se questionne sur la compatibilité des critères de composition des sections prévues dans le Décret '97 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé (représentants des PO, représentants des travailleurs, représentants des publics et expert) avec les caractéristiques du secteur (intersectorialité, pluridisciplinarité).

Afin d'assurer une représentation des acteurs de promotion la santé (interface avec le politique) et afin de remplir les prérogatives du décret Conseil consultatif (qui prévoit une représentation des pouvoirs organisateurs), la reconnaissance d'une fédération des acteurs de promotion de la santé est jugée primordiale. Pour des raisons de conflit d'intérêts et d'indépendance de la fédération, le SAPS ne peut prendre en charge cette mission comme peut le laisser sous-entendre une des missions le concernant.

L'article concernant le Conseil consultatif devrait rappeler également les remises d'avis relatifs à la désignation des organismes piliers (CAPS, CR, SAPS et SESU).

Les organismes siégeant au Conseil consultatif ne devraient pas pouvoir figurer au sein de l'instance de pilotage.

### **11. Dispositions relatives à l'évaluation du dispositif (Article 24)**

Afin d'assurer une adhésion des acteurs à l'évaluation de la politique et une validité des données recueillies pour ce faire, il est opportun de dissocier l'évaluation du contrôle et donc de prévoir un système parallèle au rapport d'activités qui permettrait de compiler les données recueillies par les acteurs.

L'article 20 va dans ce sens puisqu'il semble ouvrir la voie à deux systèmes indépendants : « Il (l'acteur ou l'organisme pilier) fournit aussi annuellement un rapport d'activités suivant le modèle visé à l'article 6, 4° et un recueil de données dont les indicateurs sont déterminés par l'instance de pilotage, dans les délais fixés par celle-ci et selon les modalités qu'elle détermine. », tandis que l'article 24 réintroduit la confusion : « À cette fin, elle (la CAPS) exploite notamment les données et les rapports d'activités qui lui sont transmis par les acteurs, les services de support, les centres de référence et le SAPS. ».

### **12. Dispositions transitoires, abrogatoires et finales (Articles 25, 26 et 28)**

Article 25 : le décret 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française ne prévoit pas de dispositions qui organisent les campagnes communautaires audiovisuelles relatives à la santé. Ces dispositions figurent dans un arrêté de 1995.

Article 26 : afin d'assurer la continuité et de sécuriser les acteurs de promotion de la santé pendant la période transitoire, le CSPS recommande de changer la formulation des dispositions de financement : le Ministre propose au Collège d'octroyer aux promoteurs précédemment financés [...] des subventions au moins égales à celles qui leur auront été octroyées par le Collège en 2015.

Article 27 : Afin d'éviter tout arbitraire, le Collège devrait préciser sur quelle base il désignera le SAPS et les Sesu lors de la période transitoire.

Pour la Présidente du CSPS,

Le secrétaire,

Jean-Michel ANTONUTTI

## ANNEXE 9

### Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé

**Avis du Conseil supérieur de promotion  
de la santé du 19 juin 2015  
remis à la demande de Mme Cécile Jodogne,  
Membre du Collège en charge de la Santé**

Le Conseil supérieur de promotion de la santé apprécie que cet avant-projet traduise un souci de préserver l'expertise du secteur, qu'il affiche une volonté de définir les notions-clés en promotion de la santé et souhaite s'inscrire dans la continuité du Décret de promotion de la santé de 1997, mis en place par la Fédération Wallonie-Bruxelles, ainsi que des évaluations et avis produits à propos de celui-ci. Le Conseil constate que la Commission communautaire française entend définir rapidement un nouveau cadre légal, ce qui a le mérite de lever les incertitudes qui sont dommageables pour le secteur de la promotion de la santé.

Le Conseil supérieur de promotion de la santé estime également importante la consultation des instances d'avis qui devrait permettre d'améliorer la portée opérationnelle du projet de dispositif. C'est dans cet esprit que, réuni en groupe de travail le 22 mai 2015 et en séance plénière le 29 mai 2015, il formule les remarques et recommandations suivantes.

#### 1. Développer la portée opérationnelle de la lutte contre les inégalités sociales de santé (ISS)

Plusieurs études récentes montrent une aggravation de la précarité des populations vulnérables et un accroissement des inégalités sociales de santé en Région bruxelloise. C'est pourquoi la réduction des inégalités sociales de santé doit être au cœur des politiques de promotion de santé sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale. Cette visée essentielle gagnerait à être plus développée dans l'exposé des motifs.

En effet, la réduction des inégalités sociales de santé en tant que visée du décret est inscrite dans l'article 3 du projet de décret, mais ni la définition du concept ni les principales stratégies <sup>(1)</sup> pour combattre ces inégalités n'y sont présentes. Des notions telles que l'action sur les déterminants sociaux, le gradient social, l'universalisme proportionné, l'intersectorialité, la santé dans toutes les politiques devraient figurer

(1) Cf. l'avis du Conseil de novembre 2011 sur la réduction des inégalités sociales de santé.

de manière plus explicite dans l'exposé des motifs et mieux imprégner le texte du décret lui-même, par exemple en étoffant l'article 3.

Ainsi, le projet de décret prévoit qu'un des services de support thématique (Sesut) soit consacré aux inégalités. Même si cette option permet de garantir un budget spécifique à cet objectif, il paraît important que la réduction des inégalités sociales de santé, en tant qu'élément central du décret, traverse toute la politique de promotion de la santé. Les stratégies de réduction des inégalités sociales de santé doivent être intégrées à toutes les thématiques, à toutes les étapes méthodologiques du cycle de projet, aux approches stratégiques. À titre d'exemple, le Conseil fait remarquer qu'une « approche stratégique » primordiale est manquante dans le décret, à savoir le travail de proximité avec des publics spécifiques dans leur milieu de vie que beaucoup d'acteurs de première ligne préconisent et mettent en place comme une des modalités de réduction des inégalités sociales de santé.

Dans le projet de texte, on ne retrouve pas mention des publics et des territoires, or ces notions sont très importantes en promotion de la santé et sont structurantes dans une perspective de réduction des ISS.

#### 2. Garantir, dans le dispositif, une place plus importante pour les dynamiques ascendantes

Le texte assigne de manière trop ostensible les acteurs de terrain de promotion de la santé à des fonctions opérationnelles et exécutantes (article 9). Ceux-ci, dans l'actuel dispositif, ont pourtant un rôle de conceptualisation, de soutien, de récolte de données qualitatives ... qu'il est indispensable de préserver.

Le Conseil s'interroge sur la place accordée au diagnostic continu des situations insatisfaisantes et des besoins au niveau local, généralement mené par les acteurs de terrain. Alors que le cadre est défini par le Collège et l'instance de pilotage, comment mettre en lien les demandes enregistrées et les besoins recensés par ces acteurs avec la définition des priorités ? Le Conseil recommande donc la mise en place de mécanismes permettant de faire remonter de manière continue les besoins des Bruxellois (outre la rédaction et l'analyse des rapports d'activité biennaux).

### 3. Intérêts et limites du financement par appel à projet

Le seul système de subventionnement décrit actuellement dans le texte est celui d'appel à projet. Si ce système présente un intérêt certain pour stimuler des approches innovantes, rencontrer des problématiques émergentes ou définir comment traduire des recommandations internationales, il s'accommode mal de la fonction régaliennne de la prévention et de la promotion de la santé qui nécessite que l'acteur public planifie une gestion du changement sur la durée.

Le Conseil estime qu'une autre procédure d'introduction des projets devrait être maintenue pour assurer la continuité des stratégies, programmes et services existants et favoriser une dynamique ascendante dans la définition des projets.

Quelle que soit la formule finalement adoptée, le Conseil estime essentiel d'instaurer une concertation formelle des acteurs de promotion de la santé, dans le contenu de l'appel à projet, des priorités et des modalités de sélection des projets à financer (transparence, cohérence, équité, etc.). Les critères d'analyse des projets et la procédure de sélection devraient aussi faire l'objet d'une consultation du secteur qui a une longue expérience en ce domaine (notamment à travers des grilles d'appréciation des projets).

### 4. Assurer la cohérence des temporalités, leur adéquation avec les cycles de gestion de projet et les cycles de préparation des décisions

Les services (CRAPS, SAPS et organismes piliers) suivent un cahier des charges sur cinq années, les objectifs prioritaires et les approches stratégiques suivent cette même périodicité (article 4) alors que les programmes stratégiques (article 9) et les appels à projets sont établis tous les trois ans. Les évaluations de la politique sont prévues tous les deux ans (article 5 et article 20) tandis que la pertinence du dispositif serait évaluée tous les 3 ans. Aucune périodicité n'est prévue pour les réseaux. Ces temporalités différentes risquent de porter atteinte à la cohérence et à la solidité de la politique.

Garantir un financement quinquennal pour les projets des acteurs de terrain favoriserait un travail de qualité sur le long terme intégrant le temps nécessaire pour la planification et l'évaluation des actions, pour permettre également de contribuer à l'élaboration des priorités de promotion de la santé sur le plan régional. Cette disposition contribuerait au renforcement des acteurs de terrain et de la dynamique bottom-up de la politique.

Toutefois, en lien avec la nécessaire continuité des interventions et des expertises, argumentée au paragraphe précédent, le Conseil recommande d'aller plus loin, en agréant des services à durée indéterminée, comme cela se fait dans le secteur ambulatoire. <sup>(2)</sup>

### 5. Introduire dans le décret les mécanismes d'articulation avec les autres politiques et les autres secteurs

La notion de « santé dans toutes les politiques » est évoquée dans la définition de la promotion de la santé inscrite dans l'article 1<sup>er</sup> du projet de décret (« améliorer le bien-être de la population en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques ») mais on ne retrouve pas de déclinaison opérationnelle de cette intention dans le projet de décret. Le texte mentionne uniquement que l'instance de pilotage aura la possibilité de faire appel à des représentants de responsables politiques exerçant des compétences ayant un impact sur la santé et qu'elle pourra assurer une concertation avec ces représentants (article 6).

Or les recommandations de « La santé dans toutes les politiques » ont été élaborées comme une des voies indispensables pour lutter efficacement contre les inégalités sociales de santé. Le Conseil recommande donc à la Commission communautaire française d'en faire une des lignes de force de son décret en promotion de la santé.

– *Orienter l'action de promotion de la santé des services et des acteurs du dispositif vers les acteurs d'autres secteurs*

Le dispositif doit être mis en place dans la perspective que des acteurs d'autres secteurs (services publics, organismes, associations, administrations communales, élus locaux, secteurs de la cohésion sociale, de l'ambulatoire, du logement, de l'emploi, ...) puissent mettre en œuvre de manière coordonnée des démarches de promotion de la santé. Le SAPS et les Sesum ainsi que les autres organismes piliers ne peuvent donc limiter le rayonnement de leurs actions aux seuls acteurs financés par la promotion de la santé.

(2) Réflexions du CSPS sur les éléments à approfondir pour fonder une réforme du dispositif des politiques de santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles – 02/2012 (question 1).

- *Le dispositif de promotion de la santé Commission communautaire française ne peut se penser indépendamment des autres politiques bruxelloises*

Des liens opérationnels devraient être prévus avec les lieux de décision et d'exercice des autres compétences importantes pour la promotion de la santé.

- Le dispositif de promotion de la santé de la Commission communautaire française doit s'inscrire dans le cadre du plan de santé bruxellois (Commission communautaire commune) qui est en cours d'élaboration, en concertation avec tous les acteurs bruxellois et qui a vocation de donner les grandes orientations en matière de santé pour les 10, 15 prochaines années en Région bruxelloise.
- Le dispositif devrait prévoir les modalités d'interaction, à différents niveaux de l'action et des décisions, avec les politiques en lien avec les déterminants de santé, développées par les autres entités actives sur la Région de Bruxelles-Capitale : logement, environnement, emploi, formation, ambulance, etc.
- Des articulations devraient aussi être prévues avec les politiques communales qui sont susceptibles d'activer de nombreux leviers sur les déterminants de la santé.
- *Les liens avec les compétences dévolues aux autres entités (FWB, Wallonie, niveau fédéral)*

Que ce soit dans le projet de décret ou dans l'exposé des motifs, il n'est prévu aucun lien/coordination/coopération avec les compétences des autres entités, nous pensons particulièrement :

- aux politiques gérées par le ministère de la Fédération Wallonie-Bruxelles (enseignement, jeunesse, aide à la jeunesse, éducation permanente, sport, culture et médias) et singulièrement par l'ONE pour les services de prévention en santé et d'accueil des enfants et des jeunes;
- aux champs d'activités de la Wallonie qui actuellement sont couverts par des acteurs oeuvrant sur les deux territoires régionaux; la concertation entre la Wallonie et Bruxelles inscrite au coeur des accords de la Sainte-Emilie n'apparaît pas dans le projet;
- aux compétences restées au niveau fédéral : immigration, humanisation et bien-être au travail, maladies chroniques, emploi, justice et défense des consommateurs, etc.

## 6. Renforcer la lisibilité et la cohérence du dispositif

Le dispositif tel que formulé dans le décret semble peu lisible et risque de se montrer coûteux au regard des moyens disponibles. Son fonctionnement et son articulation semblent difficilement compréhensibles tant des opérateurs que des professionnels d'autres secteurs concernés par la santé ou des décideurs dont la politique a un impact sur la santé.

Pour renforcer la cohérence et la lisibilité du dispositif, le Conseil suggère de porter l'attention sur les trois points suivants :

- *Clarifier le sens et les contenus couverts par les appellations « programme stratégique » et « programme thématique »*

La distinction opérée entre programmes stratégiques et programmes thématiques n'est pas claire. Ces notions ne sont pas définies dans le décret ni dans l'exposé des motifs. Par conséquent le Conseil les juge peu opérationnelles. Il relève les difficultés suivantes :

- *A priori* il n'y a pas de raison de distinguer des approches stratégiques et des programmes stratégiques. Un programme est un ensemble de projets, mesures, processus ou services coordonnés en vue de réaliser des objectifs communs. Un programme est fixé en termes de durée, de champ d'application et de budget. Habituellement, en promotion de la santé, un programme repose sur une diversité de stratégies et sur une ou plusieurs thématiques visant à rencontrer une priorité.
- Le Conseil peine à identifier les raisons pour lesquelles certaines stratégies sont citées dans le décret plutôt que d'autres. On pourrait par exemple évoquer le travail de proximité avec les publics spécifiques dans leur milieu de vie, la participation des publics, la mobilisation communautaire, la formation des relais professionnels et non professionnels sur des thématiques spécifiques, la recherche-action et diagnostic communautaire, le plaidoyer. Le Conseil souligne le manque de superposition entre les approches citées et les axes stratégiques de la Charte d'Ottawa qui restent la référence en promotion de la santé. La médecine préventive, par exemple, n'est pas une stratégie; cette notion correspond plutôt soit à des services (comme les services de promotion de la santé à l'école) ou à des programmes (comme le programme organisé de dépistage du cancer du sein). Pour plus d'efficacité de la médecine préventive, la Charte d'Ottawa recommande que ces services et programmes soient réorientés vers la promotion de la santé.



- Clarifier la définition et l'articulation des notions d'appui, de pilotage et d'accompagnement
  - La terminologie choisie pour le CRAPS (Centre régional d'appui) amène une confusion sur sa fonction : il est défini dans le texte comme un outil de pilotage. Or les fonctions d'appui au niveau central ne consistent pas seulement à soutenir le pilotage (préparer les priorités et les politiques, et suivre leur exécution et leurs résultats) mais aussi à animer les politiques, c'est-à-dire à mettre en place les stratégies qui permettent leur déploiement.
  - Quelle fonction donne-t-on au consortium regroupant le CRAPS et les organismes piliers (article 5) ? Que met-on derrière le mot consortium (article 15 : le Ministre détermine les modalités de fonctionnement et de financement du consortium) ? Quelle différence est faite entre consortium (qui lie le CRAPS et les organismes piliers dans l'article 5) et la collaboration des organismes piliers avec le CRAPS et le SAPS (prévue à l'article 8) ?
  - En distinguant appui (données) et accompagnement, Sesut et Sesum, ne crée-t-on pas deux silos indépendants. Dans l'exposé des motifs, les premiers sont désignés comme des structures opérationnelles et les autres comme des structures fonctionnelles. Le schéma montre une association entre les premiers et les données, une association entre les deuxièmes et l'accompagnement/concertation. Les organismes thématiques n'ont-ils pas une fonction d'accompagnement méthodologique dans leur domaine ? Les organismes méthodologiques ne peuvent-ils pas endosser un rôle d'apport de données et de connaissances ? Il y a, dans les faits, une articulation et une collégialité d'apports qu'il serait opportun de souligner.
  - Si l'on se fonde sur leur place dans l'organigramme, la distinction entre services méthodologiques et services thématiques devrait être remplacée par l'appui au pilotage d'un côté, le soutien aux acteurs impliqués dans des pratiques de promotion de la santé de l'autre. Cependant les spécificités thématiques, la mise à disposition de données, de documentation, l'expertise en évaluation ou en communication sont utiles pour le pilotage comme pour l'accompagnement mais à un niveau d'expertise différent. Pour l'accompagnement, elles peuvent être assurées par des acteurs généralistes, pour l'appui par des acteurs spécialisés. Par ailleurs, les thématiques sur lesquelles il pourrait être nécessaire d'investir peuvent varier avec le temps; en promotion de la santé, les programmes et projets centrés sur plusieurs thématiques ou athématiques sont aussi fort nombreux.
  - Simplifier l'organigramme et s'assurer de son réalisme et de son efficience potentielle eu égard aux statuts des opérateurs qui devront l'animer et au budget global disponible
  - La création de nouvelles structures comme le CRAPS pourrait s'avérer peu pertinente si leurs missions s'additionnent à un existant sur le même territoire sans que des articulations fonctionnelles avec celles-ci soient prévues (exemple : le CRAPS possède certaines missions semblables à celles de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles) ou si les moyens qui lui sont attribués sont insuffisants ou trop inconstants.
  - Les terminologies et acronymes choisis risquent fortement d'altérer la visibilité du secteur de promotion de la santé et de son action.
  - Pour ce qui est de l'instance de pilotage, le seuil de réunions fixé à une seule par an est insuffisant. (article 6).
- 7. Préciser les contenus de la fonction consultative et la composition de celle-ci**
- Le Conseil estime important de mettre en place un organe doté de la fonction consultative sur les matières de promotion de la santé. Il suggère toutefois de définir plus précisément les aspects sur lesquels ce conseil consultatif pourrait être consulté ou remettre avis. En effet, le conseil consultatif tel que décrit dans le texte actuel ne pourrait jouer qu'un rôle mineur dans l'architecture présentée. Or, il semble opportun que ce Conseil consultatif puisse remettre avis sur le contenu des priorités, programmes stratégiques et thématiques, sur les procédures de définition et d'application des appels à projets, sur les cahiers des charges définis pour le CRAPS et les SAPS, etc.
  - En ce qui concerne les aspects éthiques, il est bien sûr essentiel que ce Conseil consultatif puisse maintenir une vigilance quant aux aspects des programmes et projets qui soulèveraient des questions d'éthique. Toutefois, il devrait collaborer avec des Comités d'éthique existants pour instruire des situations particulières qui poseraient un problème éthique.
  - Le décret devrait aussi prévoir, du moins dans ses grandes lignes, la composition du Conseil consultatif, par exemple des représentants des acteurs de première et de deuxième ligne, des représentants de la plate-forme des acteurs de promotion de la santé, des représentants d'associations professionnelles liées à la santé (pharmaciens, médecins généralistes, etc.), des représentants des acteurs

publics (communes, CPAS, COCOM, Wallonie, etc.), des représentants des mutuelles, des représentants des autres secteurs travaillant sur les déterminants de santé, des experts universitaires et non universitaires, des représentants des usagers et/ou des patients, etc.

## 8. Renforcer la cohérence entre l'exposé des motifs et les articles du décret

À plusieurs égards, l'exposé des motifs n'invite pas à investir dans la promotion de la santé puisqu'il met en doute, les stratégies fondamentales de promotion de la santé qui sont, selon le CSPS, plus que jamais d'actualité (pages 3 et 10). Il porte également un jugement négatif sur son approche conceptuelle (pages 5 et 7) reconnue pourtant internationalement. Or le Conseil estime que les stratégies d'action définies dans la Charte d'Ottawa sont plus que jamais d'actualité. Celles-ci ont fait leurs preuves là où elles ont pu être mises en place avec suffisamment d'intensité et de diversité (approche participative, travail en partenariat, évaluation des actions). Une série d'autres notions et constats évoqués dans l'exposé des motifs devraient être soumis à une vérification d'experts.

Exposé des motifs et projet de décret pâtissent également de nombreuses incohérences, les terminologies utilisées diffèrent entre les deux parties, ce qui amène de la confusion et entraîne un manque de lisibilité du dispositif :

- l'exposé des motifs ne mentionne que 4 services de support méthodologique (page 13) alors que le décret en prévoit 5 (page 6) et que les mesures transitoires n'en évoquent que 3;
- le centre régional d'appui a un rôle d'appui méthodologique dans l'exposé (page 12) alors qu'il a une fonction d'outil de pilotage plus loin dans le texte (page 13) et dans le projet de décret;
- on y aborde les approches collectives (page 12) mais celles-ci sont peu présentes dans le décret;
- il est fait mention de services de santé communautaire agréés, d'opérateurs cardiovasculaires (page 12) qui ne figurent pas dans le projet;
- on parle de plusieurs lignes d'intervention et de structures fonctionnelles et opérationnelles pour parler des Sesut et Sesum (pages 12 et 13);
- il laisse des questions ouvertes sur l'organisation du dispositif alors que le décret est censé l'organiser (page 7);

- on y met en avant l'importance des déterminants sociaux et l'intersectorialité (pages 3 et 6) mais ces éléments ne sont que trop peu présents dans le projet de décret;
- les programmes stratégiques et programmes thématiques ne sont pas définis dans l'exposé des motifs.

## 9. Éviter de pénaliser les opérateurs par rapport à la situation d'avant transfert

- Le décret prévoit que les organismes piliers et les acteurs de terrain doivent exercer leurs activités principalement sur le territoire de la Région. Il est à souligner que pour l'instant les trois quarts des acteurs de promotion de la santé exerçant leurs activités à Bruxelles sont birégionaux et financés selon les accords entre Régions, pour un tiers par la Région bruxelloise et pour deux tiers par la Wallonie.
- Les candidats aux organismes piliers doivent être des asbl ce qui exclurait *de facto* les services des mutualités qui exercent pourtant actuellement des fonctions de support essentielles pour la diffusion des pratiques professionnelles. Par ailleurs ces derniers ainsi que les services universitaires ne pourraient répondre aux appels à projets des acteurs de terrain (article 9), alors qu'ils occupent une place intéressante pour approfondir des thématiques ou tester des interventions en cas de problématiques émergentes ?
- Le versement des avances pour les subventions de plus de 10.000 € se fera par tranche de 50 %, 40 % et 10 % au lieu des deux tranches de 85 % et 15 % appliquées actuellement.

## 10. Concerter le secteur pour définir des mesures transitoires qui n'affaibliront pas celui-ci

À moins d'un prolongement systématique en 2016 de la situation de subvention de 2015, les acteurs issus de la 6<sup>e</sup> réforme de l'État connaîtront d'office une rupture dans la continuité de leurs activités et dans l'affectation de leur personnel. Car même si le nouveau décret entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2016 et même si l'instance de pilotage est opérationnelle, les contenus des conventions pour les Sesut et Sesum, les appels d'offres ne pourront être prêts d'emblée, entraînant pour la quatrième année consécutive une sévère insécurité financière pour les organismes concernés (personnel en préavis, fuite d'expertise, impossibilité de planifier les activités vers la population ou les professionnels, etc.).

Par ailleurs, la désignation pour 2 ans, sans cahier des charges, des organismes assurant le CRAPS, le SAS, les Sesum et les Sesut sera soumise à un certain arbitraire et risque de créer une situation de fait qui avantage les organismes ainsi désignés par rapport à d'autres une fois que seront effectives les modalités de désignation prévues dans le dispositif.

Pour la Présidente du CSPS,

Le secrétaire,

Jean-Michel ANTONUTTI

