

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



13 décembre 2022

---

SESSION ORDINAIRE 2022-2023

---

**PRÉSENTATION**

**du Plan social-santé intégré et  
du Plan stratégique de Promotion de la santé 2018-2023**

**POURSUITE DE LA DISCUSSION**

RAPPORT

fait au nom de la commission des Affaires sociales,  
de la Famille et de la Santé

par M. Ahmed MOUHSSIN

**SOMMAIRE**

1. Désignation du rapporteur.....	3
2. Exposé conjoint de Mme Barbara Trachte, ministre-présidente en charge de la Famille et de la Promotion de la santé, et de M. Alain Maron, ministre en charge de l'Action sociale, de la Santé et des Bureaux d'accueil pour primo-arrivants (BAPA) .....	3
3. Discussion .....	10
4. Approbation du rapport.....	12

---

*Ont participé aux travaux* : Mme Leila Agic, Mme Latifa Aït-Baala, Mme Nicole Nketo Bomele, Mme Zoé Genot, M. Ahmed Mouhssin, Mme Farida Tahar, M. Hicham Talhi et M. David Weytsman (président), ainsi que Mme Barbara Trachte (ministre-présidente) et M. Alain Maron (ministre).

*Secrétaire administrative* : Mme Pauline Vergalito.

Mesdames,  
Messieurs,

La commission des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé a procédé, le 13 décembre 2022, à la poursuite de la discussion tenue en réunion conjointe des commissions de la Santé et de l'Aide aux personnes de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, du Raad van de Vlaamse Gemeenschapscommissie et du Parlement francophone bruxellois du 6 octobre 2022.

## 1. Désignation du rapporteur

À l'unanimité des 7 membres présents, M. Ahmed Mouhssin a été désigné en qualité de rapporteur.

## 2. Exposé conjoint de Mme Barbara Trachte, ministre-présidente en charge de la Famille et de la Promotion de la santé, et de M. Alain Maron, ministre en charge de l'Action sociale, de la Santé et des Bureaux d'accueil pour primo-arrivants (BAPA)

**M. Alain Maron (ministre)** rappelle que la mise en œuvre du Plan social-santé intégré (PSSI) est un processus évolutif, raison pour laquelle certaines explications pourraient ne pas être aussi complètes que souhaité.

Concernant les moyens supplémentaires investis en santé mentale, 1,8 million d'euros ont été réservés afin de continuer à financer la grande majorité des projets initiés dans le cadre du Plan de relance – en l'occurrence, les nouveaux projets d'« *outreaching* » et de lieux de liens – afin de continuer à renforcer l'accessibilité aux soins et les actions en santé mentale communautaire qui offrent davantage d'espace de prise en charge collectives et inclusives et qui agissent sur les déterminants sociaux de la santé mentale.

Bien entendu, d'autres mesures de renforcement du secteur des services de santé mentale (SSM) sont prévues, notamment la revalorisation du barème de la fonction pédopsychiatrique et psychiatrique, qui permettra au secteur de travailler davantage sur des prises en charge spécialisées et multidisciplinaires avec une supervision psychiatrique, auprès d'usagers fort vulnérables du fait qu'ils cumulent plusieurs fragilités.

Les objectifs en matière de politique de santé mentale sont repris dans le PSSI. L'intention trans-

versale est de renforcer l'ensemble du continuum et ce, en partenariat et en cohérence avec l'ensemble des autres niveaux de pouvoir, des autres politiques à l'œuvre et en particulier la réforme 107, conformément à ce qui est inscrit dans les accords de majorité.

Pour ce qui concerne les indicateurs harmonisés d'activité des services, la récolte de ces données permettra à la Commission communautaire française de collaborer avec l'Observatoire de la santé et du social Bruxelles-Capitale dans la programmation de l'offre de soins de santé mentale et, plus globalement, des soins ambulatoires en social-santé.

Concernant les implications avec le Plan périnatalité, un récent rapport du KCE, publié en 2020 et auquel a contribué l'Observatoire de la santé et du social Bruxelles-Capitale, met en évidence en Belgique des faiblesses du parcours périnatal des (futurs) mères et nouveau-nés. Ce dernier met surtout en avant, comme facteur aggravant et prédictif, la situation socio-économique basse de la mère.

Il s'agit de faiblesses dans la préparation au post-partum, surtout depuis la diminution des durées de séjours hospitaliers en 2015, et la complexité des démarches administratives pour obtenir différents services. Il s'agit également d'un sous-accès aux services et consultations prénatales pour une partie de la population, tandis que d'autres en surconsommant.

Pour conclure, le KCE démontre qu'il manque un plan de soin périnatal intégré pour les femmes particulièrement vulnérables combinant des facteurs de risques sociaux et santé. Etant donné que Bruxelles concentre, plus que les autres entités, des femmes possédant ces caractéristiques, il importe d'y rester très attentif.

Le ministre se dit donc convaincu que cela nécessite une stratégie périnatale spécifique pour Bruxelles. Néanmoins, le Collège n'a pas souhaité la décrire dans le PSSI sans prendre la peine de mieux consulter les acteurs de terrain ainsi que le Fédéral, qui intervient principalement dans le financement des soins et consultations requises.

C'est la raison pour laquelle, maintenant que ce principe est acté dans le PSSI, seront entamées début 2023 des consultations afin de coconstruire cette stratégie. Pour ce qui est d'en voir la concrétisation, il faudra peut-être, effectivement, attendre la prochaine législature.

Concernant l'offre en soins palliatifs à Bruxelles, elle n'est pas « très peu présente » mais, comme pour tous les soins à domicile qui sont principalement délivrés par des infirmières et infirmiers, les profes-

sionnels et équipes en place peinent à répondre à la demande des patients et des familles.

L'INAMI finance correctement la prise en charge à domicile d'un patient palliatif par son médecin généraliste, un kinésithérapeute, un infirmier, etc. En revanche, elle ne finance pas ou pas suffisamment la coordination des équipes, les interventions au sein des équipes, le soutien psychologique, etc.

Pour ces raisons, la Commission communautaire française finance déjà deux équipes plus spécialisées, qui prodiguent quasiment exclusivement des soins infirmiers palliatifs. Le Collège a pour ambition de mieux décrire leurs missions dans le cadre de la réforme ambulatoire et d'augmenter leur financement pour pouvoir couvrir davantage de patients et familles demandeuses.

Concernant l'articulation de la politique de santé et la justice sociale, elle est au cœur même des principes régissant le PSSI. En effet, le principe d'universalisme proportionné associé à celui de territorialisation permet d'inclure tant des données d'offre existante en services sociaux et de santé, que des données socio-économiques dans des territoires donnés. Cela sert à établir les priorités de renforcement de l'offre de la manière la plus pertinente dans la Région bruxelloise et, ainsi, allier une politique de santé répondant au mieux aux enjeux de justice sociale.

En effet, de nombreuses actions font partie du plan d'actions du PSSI. Certaines d'entre elles étaient déjà en cours avant l'apparition du PSSI, qui ne modifie pas entièrement les modes d'intervention en action sociale et en santé sur le territoire bruxellois.

Pour les nouvelles actions qui se trouvent dans le plan, le timing est divers et, pour certaines d'entre elles, en cours de précision. Le ministre rappelle également que le PSSI est un point de départ, et il ne prétend pas pouvoir mener l'ensemble de ces actions jusqu'au bout, d'ici la fin de la législature.

Il cite, en exemple d'actions réalisées :

- les actions 14 et 15 du plan en ce qui concerne la santé environnementale, via le renforcement de la société scientifique de médecine générale;
- l'action 87 d'amélioration de l'accueil et la multidisciplinarité en première ligne de soins, via les dispositifs de soutien à la pratique multidisciplinaire de groupe (réforme du dispositif Impulseo);
- l'action 125 de soutien et de pérennisation d'un dispositif de veille sanitaire et de réduction des risques dans l'ensemble des dispositifs d'héberge-

ment et lieux informels – notamment les squats – et en rue;

- l'action 197 d'adoption et de suivi du contrat de gestion de Brusano;
- l'action 226 de renforcement de la santé mentale communautaire avec le financement des lieux de lien.

Ce sont donc une soixantaine d'actions qu'il est possible de considérer comme réalisées à ce jour. Certes, certaines actions sont toujours à renforcer ou à développer davantage, ce que le Collège fait lorsque cela est possible.

De nombreuses actions sont, par ailleurs, en cours et il n'est pas difficile d'en identifier une partie dans le travail du Gouvernement, des administrations ou des associations. Il rappelle qu'un décret et ordonnance conjoints ambulatoire et première ligne est en cours d'écriture, pour lequel un premier passage en Collège devrait avoir lieu début d'année 2023, tout comme une nouvelle version du décret ambulatoire en Commission communautaire française, pour lequel de nombreuses concertations ont eu lieu ces trois derniers mois.

Des projets sont également en cours dans les secteurs de l'aide aux personnes sans-abri, du logement des personnes âgées, de la santé mentale, etc.

Le ministre ajoute que le PSSI n'inclut pas le secteur de la cohésion sociale. En effet, des moyens ont été dégagés pour le secteur ambulatoire, qui permettront, dans le cadre de la réforme du décret ambulatoire, de renforcer les services de manière globale, sur base de priorités identifiées avec les secteurs ces derniers mois, ainsi que de renforcer l'intégration socio-sanitaire, notamment par le soutien au développement de centres social-santé intégrés.

Concernant le travail effectué en collaboration avec la Vlaamse Gemeenschapscommissie, cette dernière n'ayant pas de pouvoir législatif à Bruxelles, il est impossible de l'intégrer dans les textes légaux. Ceux-ci prévoient néanmoins l'intégration de cette institution dans les différents lieux de pilotage et de suivi du PSSI.

Par ailleurs, une rencontre a récemment eu lieu entre le cabinet du ministre et les différents cabinets néerlandophones impliqués dans la politique de santé à Bruxelles, tant du Gouvernement bruxellois que du Gouvernement flamand. Celle-ci a débouché sur la volonté affirmée et partagée de mieux travailler ensemble, et pourrait donc se matérialiser par l'établissement d'un protocole d'accord entre les différentes parties prenantes. Ce dernier devrait inclure, à

titre d'exemple, la collaboration entre Brusano et Huis voor Gezondheid.

Suite aux retours du Conseil d'État au sujet du décret et ordonnance conjoints mettant en œuvre le PSSI, celui-ci est en cours de modification afin de l'ajuster au mieux et de répondre aux remarques formulées lors et depuis son passage en Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé. Plusieurs options de mise en conformité avec les remarques du Conseil d'État sont également envisagées et doivent encore être tranchées.

Par ailleurs, le comité de pilotage sera composé des représentants des ministres de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française compétents, des administrations de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française, ainsi que de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Des représentants de la Vlaamse Gemeenschapscommissie pourront également être invités à ce comité de pilotage.

Concernant une éventuelle surcharge de travail pour les services de terrain dans le cadre de la mise en œuvre du PSSI, le ministre explique que les différentes réformes et textes sont discutés et coordonnés avec les représentants du terrain. Si cette concertation prend du temps – et c'est bien naturel vu les enjeux –, le résultat ne doit nullement déboucher sur une surcharge de travail pour les services de terrain.

Le Collège travaille, depuis plusieurs mois, en bonne intelligence avec leurs représentants et, si des craintes de cet ordre ont pu, dans un premier temps, être manifestées, celles-ci ont été majoritairement levées à chaque étape d'avancement du processus. Cette construction se fait avec les acteurs de terrain, notamment via les ateliers du changement menés par le CBCS et Brusano, ou encore au sein du GT Territoires, qui sont et seront tout à fait impliqués dans le processus de construction de la réforme de l'ambulance et de la première ligne.

La charge de travail dont il est fait mention est partie intégrante des missions des associations et des acteurs de la Commission communautaire française de manière générale. L'enjeu, ici, est de mettre en place des mécanismes qui permettront aux acteurs de répondre aux besoins des Bruxelloises et Bruxelles – besoins qui sont nombreux et de plus en plus complexes.

Il est donc fondamental de pouvoir renforcer les collaborations entre acteurs. Cette collaboration sur une base territoriale – quartier ou bassin – permet de le faire de manière efficiente, puisque les acteurs travaillent plus et mieux ensemble pour les bénéficiaires

les plus proches de leur lieu d'offre de service. Ils renforcent ainsi leurs liens et, in fine, cela amènera à un meilleur travail avec les moyens existants.

Concernant l'inclusion d'éléments relatifs au handicap, suite à diverses interpellations reçues, le Collège a mieux développé les mesures liées à l'accessibilité pour tous aux services de la santé et du social, en ce comprises les personnes en situation de handicap. En effet, Cette accessibilité pour tous n'est pas encore garantie puisque de nombreux bâtiments sont peu accessibles, les appareils médicaux ne sont pas toujours adaptés, les affichages ne sont pas suffisamment inclusifs, les matières, les couleurs, les ambiances ne sont pas assez réfléchies, etc.

Ces constats, dont la liste pourrait s'allonger, invitent le Collège à appuyer davantage la question de l'accessibilité pour tous dans toutes les politiques, en particulier lorsqu'il s'agit d'accès à l'aide ou aux soins.

Pour ce faire, un pas important peut être réalisé en faisant appel à des associations spécialisées dans l'évaluation et le conseil en matière d'accessibilité, notamment au moment de l'élaboration de cahiers des charges visant la construction de nouvelles infrastructures, ainsi que dans le cadre de la mise en œuvre de dispositifs temporaires – les centres de vaccination, par exemple.

La question de l'accessibilité ne peut s'entendre seulement du point de vue de l'accessibilité physique; elle doit être prise en compte pour tous les types de handicap via des outils de communication (FALC), du personnel formé et des protocoles de prise en charge adaptés.

Au sujet des bassins, ceux-ci constituent le lieu par excellence où les acteurs ont la possibilité de mener une discussion pour optimiser l'offre et mieux répondre aux besoins.

Le ministre cite, en exemple de projets existants, Antenne 107, le projet P3, Integreo et les ambassadeurs des psychologues de première ligne. Ce sont tous des projets distincts actuellement, sur lesquels un travail est opéré en collaboration avec le Fédéral, afin de les intégrer au mieux aux bassins, dans un seul lieu de gouvernance.

Par ailleurs, il existe des associations locales de médecins, des habitudes de travailler ensemble au sein d'une même zone, ainsi qu'une répartition des forces de travail des services d'aide à domicile organisée par zone à Bruxelles.

En créant les bassins comme unité universelle d'organisation du social et de la santé, l'ensemble

des acteurs sont invités à se réorganiser progressivement, au cours des prochaines années, sur ces territoires et de créer des ponts transdisciplinaires entre eux, pour le bénéfice des Bruxelloises et des Bruxellois. Ces ponts seront construits entre acteurs agréés par la Commission communautaire française – comme le font déjà certains réseaux financés en Commission communautaire française – et permettront de construire des ponts avec les acteurs agréés par la Commission communautaire commune, la Vlaamse Gemeenschapscommissie ou les acteurs indépendants.

En effet, il ne faut pas oublier qu'une des finalités du PSSI est de renforcer les collaborations entre les acteurs du social et de la santé, au bénéfice des usagers.

Concernant les groupements de quartier, une des ambitions du PSSI est de réorganiser l'offre d'aide et de soins pour la rendre plus accessible, plus orientée sur les bénéficiaires, pour augmenter la qualité et l'efficacité et pour donner un cadre de travail agréable aux nombreux travailleurs du secteur. À ce stade, cela reste une orientation.

Il est effectivement prévu de définir une offre de base proportionnée par groupement de quartier, notamment de s'assurer qu'il y ait une forme d'adéquation entre les besoins d'un quartier et l'offre que l'on peut y trouver. Cela prendra du temps avant que des diagnostics dans tous les quartiers ne puissent être réalisés.

Dans le même temps, le Collège travaille à définir ce qu'est une offre de base proportionnée. Dans les grandes lignes, il semble important que chaque Bruxelloise ou Bruxellois qui en a besoin puisse accéder à un médecin généraliste, une assistante sociale, une infirmière ou un infirmier, un pharmacien, etc., à proximité de son lieu de vie. Il est également important que ces personnes puissent collaborer entre elles et avec le patient pour répondre à ses besoins, en particulier lorsque ceux-ci sont complexes.

Pour ce faire, le renforcement de la dynamique en quartier et en bassin combine de nombreux avantages.

Les besoins essentiels devront pouvoir être couverts par une offre accessible, permettant une prise en charge de la personne dans sa globalité, par des acteurs qui collaborent de manière étroite dans la continuité.

Les besoins plus spécifiques doivent également être organisés pour répondre à la demande et pour s'articuler avec la réponse aux besoins essentiels.

L'objectif est d'aboutir à une programmation de l'offre qui réponde aux besoins de chaque territoire, mais cela prendra du temps à être mis en place.

Si les quartiers et leurs contrats locaux social-santé (CLSS) répondent davantage aux besoins d'agir sur les déterminants de la santé et sur l'offre répondant aux besoins essentiels, les bassins répondent, quant à eux, davantage au besoin d'articuler l'offre répondant aux besoins essentiels avec l'offre répondant aux besoins spécifiques plus spécialisés – comme les services de santé mentale, les trajets de soins pour une pathologie en particulier ou les hôpitaux.

Il est donc trop tôt pour écrire noir sur blanc les besoins de chaque territoire et également trop tôt pour savoir si les moyens actuels sont suffisants – le ministre en doute – ou s'ils sont justement répartis entre les quartiers afin de permettre une accessibilité équitable à tous les Bruxelloises et Bruxellois.

Le ministre affirme travailler actuellement avec les acteurs de terrain et les administrations à une réécriture du décret ambulatoire afin d'intégrer une partie de ces changements souhaités dans le PSSI. Il faudra cependant attendre une prochaine législature pour poursuivre le travail, une fois que les diagnostics seront plus nombreux et que les objectifs du PSSI auront été appropriés par les acteurs.

Par ailleurs, l'harmonisation entre la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française prendra également du temps car, outre l'harmonisation des missions, il importe de prévoir, à chaque cas, les budgets qui permettront de combler les écarts entre des acteurs d'un même secteur mais financés par une autre autorité.

Concernant la « cocomisation » de certains services, en effet, celle-ci permettra d'augmenter l'offre en Commission communautaire française. Cette augmentation sera de deux ordres :

- d'une part, le renfort des services existants;
- d'autre part, le développement de l'offre telle que l'existant, ainsi que de nouveaux dispositifs tels que les centres social-santé intégrés.

Ces deux éléments se feront dans le cadre de la réforme du décret ambulatoire en cours.

De plus, à l'instar des maisons de repos francophones qui ont été régionalisées, une période de transition sera assurée afin de permettre aux asbl de répondre aux normes du bilinguisme de la manière la plus optimale possible.

Le ministre ajoute que l'action sur les déterminants environnementaux de la santé est de la responsabilité de pratiquement tous les ministres, à tous les niveaux de pouvoir.

Plus spécifiquement, dans le cadre du PSSI, l'accent est mis, d'une part, sur l'information des professionnels de la santé afin qu'ils puissent répondre aux questions de leurs usagers et qu'ils puissent les aider à réduire leur exposition aux risques et, d'autre part, sur l'information directe des citoyennes et citoyens bruxellois.

Actuellement, parmi les risques liés à l'environnement auxquels sont exposés les Bruxellois, l'accent est mis sur la pollution de l'air intérieur comme extérieur, sur l'exposition aux produits chimiques et aux perturbateurs endocriniens. Un travail sera également entrepris dans le cadre du Plan périnatalité dans lequel les risques spécifiques de pollution au cours de la période cruciale de la périnatalité seront pris en compte.

Enfin, le secteur social-santé doit prendre sa part dans la réduction des pollutions. À cet égard, le secteur sera invité à faire le bilan de ses pratiques et, là où c'est possible, à adopter des pratiques moins polluantes en termes de gaz carbonique, de pollution chimique, de protection des enfants, etc.

Concernant la pérennisation des dispositifs, les leçons de la Covid-19 sont encore en train d'être tirées. Néanmoins, il est déjà prévu de pérenniser une partie des dispositifs de prévention qui seront, pour la plupart, financés en Commission communautaire commune, notamment au travers de :

- la pérennisation de vingt relais d'action de quartier (RAQ) dans les quartiers les plus difficiles de la Région. En parallèle, le Fédéral prolonge également en 2023 les « *Community Health Worker* » qui remplissent des fonctions semblables dans d'autres quartiers;
- la pérennisation de trente « Field Agents » qui assurent le contrôle des situations sanitaires exceptionnelles dans les quartiers. La fonction évolue et, en temps normal, ces agents sont affectés à des missions de prévention sanitaire en fonction des priorités régionales et locales de prévention – comme le dépistage des cancers, la vaccination ainsi que des actions sur l'alimentation et l'activité physique, selon des priorités à définir. En temps de crise, ils sont les premiers mobilisés pour réagir à une situation – ils peuvent, par exemple, intervenir sur un foyer de tuberculose ou de méningite comme sur une pandémie plus grande, comme ce fut le cas pour la Covid-19;

- la préparation de plans d'intervention pour faire face à des situations futures, au niveau de la stratégie vaccinale de proximité, par le service médecine préventive et de gestion des épidémies de la Commission communautaire commune. L'une des orientations est de préparer une capacité réactive pour mettre sur pied des activités vaccinales de proximité, via les pharmacies, les agents de prévention en santé publique ou les acteurs de première ligne comme les maisons médicales;
- la pérennisation de dix agents de prévention au niveau des mutuelles qui renforceront les liens avec les affiliés les plus vulnérables, selon des priorités définies par le groupe de travail « Prévention ».

Les textes légaux qui fixeront ces changements, notamment la gouvernance des bassins et des CLSS, sont encore en cours de préparation.

Concernant le Plan de lutte contre la pauvreté, le ministre confirme que celui-ci est actuellement en cours de rédaction et bien prévu pour mars 2023. Ce plan viendra, comme annoncé à plusieurs reprises, compléter le PSSI. Il reprend ainsi les contributions complémentaires des Bruxellois – outre la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française, il s'agit de la Région bruxelloise et de la Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Il revient ensuite sur les deux objectifs de ce plan, qui permet :

- d'une part, de visibiliser les politiques publiques prises dans les différents domaines de compétences qui contribuent à la lutte contre la pauvreté et les ISS des Bruxelloises et Bruxellois;
- d'autre part, de visibiliser et de progressivement articuler les politiques régionales avec les politiques socio-sanitaires, au travers de projets concrets « croisés » – par exemple, les actions 26 et 27 du Plan d'urgence Logement, la lutte contre la précarité hydrique et énergétique via les CPAS, le déploiement de « *Good Food* » vers les publics fragilisés, etc. Cette partie est une nouveauté qui nécessite donc un investissement plus important au niveau de la collaboration entre les différents cabinets et au niveau de sa rédaction.

Le rôle de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale est de fournir des données quantitatives sur les réalités socio-économiques des Bruxelloises et des Bruxellois, permettant d'inscrire les mesures du plan dans un contexte donné.

Enfin, au sujet de la fracture numérique, le Collège est conscient de cette problématique et a la volonté de maintenir un service en présentiel dont il connaît

l'importance. Cette volonté peut se trouver tant dans les actions du PSSI que dans le cadre de la réforme du décret ambulatoire, dans lesquels une attention particulière est donnée à l'accueil en présentiel des publics vulnérables dans les services ambulatoires.

**Mme Barbara Trachte (ministre-présidente)** confirme que, depuis l'adoption de ces deux plans en juillet 2022 et suite à la présentation des ministres en réunion conjointe du 6 octobre dernier, le Collège n'a pas chômé.

En effet, en promotion de la santé, il a d'abord été organisé une journée au CERIA avec tous les acteurs de terrain, qui avait pour but d'expliquer les objectifs du nouveau plan et d'organiser des ateliers en sous-groupes, afin d'aider les futurs porteurs de projets à bien appréhender le nouveau Plan stratégique de Promotion de la santé (PPS) et ses objectifs, en vue d'y postuler ou non.

Elle rappelle également que, pour ce plan, la date de remise des appels à projets était le 3 novembre dernier et que le Collège est actuellement, avec l'aide précieuse de l'administration et de la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone d'Aide aux personnes et de la santé, en train d'analyser les 57 projets déposés.

Le Collège a également prévu une période de « *standstill* » de trois mois en 2023, afin de permettre la finalisation des évaluations des projets et de rédiger les arrêtés de subsides qui, comme elle le rappelle, doivent tous passer en Collège.

Le nouveau PPS ne démarrera donc qu'au 1er avril 2023 pour les opérateurs de terrain.

Concernant l'inscription des politiques environnementales au sein de ce plan, les politiques de promotion de la santé ont précisément pour but d'agir sur les environnements favorables à la santé. L'environnement au sens strict – qualité de l'air, pollution sonore, perturbateurs endocriniens, etc. – constitue un des axes prioritaires du plan (axes 1 et 3.1).

Pour ce faire, le Collège est déjà en contact avec plusieurs autres secteurs – comme Bruxelles Environnement pour « *Good Food* », Bruxelles Propreté pour les aspects déchets (mégots, tabac), les politiques de mobilité pour « *Good Move* », la « *shifting* » économie – afin de croiser un maximum des politiques social-santé du Collège avec les autres entités et niveaux de pouvoir – comme ce fut fait pour le « *gender mainstreaming* ».

La ministre-présidente rappelle ne pas pouvoir, actuellement, indiquer quels projets seront soutenus.

Par ailleurs, les projets dont les budgets sont supérieurs à 55.000 euros doivent également être soumis à une analyse fine et un avis du Conseil consultatif. Les séances d'analyse ont actuellement lieu et se dérouleront jusque fin janvier. Ensuite, il sera temps d'arbitrer les projets, dont le démarrage est programmé pour le 1<sup>er</sup> avril 2023.

Elle ajoute être également en train de réaliser un screening des politiques régionales à l'aune de l'impact en santé et de l'impact en pauvreté avec les politiques régionales. Le Collège porte également des projets et politiques croisées dans les communes.

Au regard des budgets en promotion de la santé et des projets déposés, le budget dévolu au nouveau plan constitue une enveloppe fermée pour cinq ans.

Concernant les raisons pour lesquelles le PPS ne constitue qu'un chapitre du PSSI, elle précise que cela est incorrect.

En effet, le Collège a choisi de faire de la promotion de la santé une pierre angulaire des politiques en social-santé, de privilégier cette méthodologie d'actions en santé publique reconnue par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) pour toutes les actions du PSSI. Le PPS fait donc partie intégrante du PSSI, en particulier dans les axes 1 et 4 de celui-ci.

Par ailleurs, les actions sectorielles spécifiques du PPS sont détaillées dans l'axe 1 du PSSI, qui reprend les axes de la charte d'Ottawa – à savoir, le squelette, la table des matières du PPS. Il y a donc bien intégration des deux plans.

En revanche, à défaut d'une septième réforme de l'État, le secteur de la promotion de la santé ainsi que ses budgets y afférents dépendent, en effet, toujours de la Commission communautaire française et d'un décret spécifique. C'est pourquoi le PPS ainsi que les budgets pour sa mise en place sont passés devant le Collège de la Commission communautaire française.

Elle ajoute que les acteurs de promotion de la santé, par leur inclusion dans le PSSI, se verront mobilisés dans un cadre commun, en collaboration avec les autres acteurs du social-santé bruxellois, pour poursuivre des objectifs communs, au moyen de définitions communes et de moyens qui pourront également être partagés.

Le PPS s'inscrivant totalement dans les objectifs du PSSI, les projets actuellement à l'analyse dans le cadre du PPS concourent à la réalisation des quatre axes du PSSI. L'idée de cette intégration était bien de permettre à tous les acteurs de terrain en santé, en social ou en promotion de la santé de travailler mieux



ensemble, dans une même direction, avec des définitions communes et des méthodologies communes.

Il ne faut pas oublier que les dix priorités politiques du PPS se retrouvent dans les quatre axes du PSSI et sont donc identiques.

Concernant le plan opérationnel du PPS, celui-ci verra le jour lorsque les projets déposés auront été sélectionnés pour les cinq années à venir, c'est-à-dire le 1<sup>er</sup> avril 2023.

Pour ce qui a trait à la concertation des acteurs pour l'élaboration du PPS, elle précise que plusieurs acteurs ont été consultés et ont rendu divers avis sur les enjeux futurs de la promotion de la santé, notamment la Fédération bruxelloise de promotion de la santé, la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif ainsi que les services d'accompagnement et de support.

Par ailleurs, une évaluation relative à la cohérence interne du plan par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale ainsi qu'une évaluation des opérateurs actuels par l'administration ont été réalisées.

Concernant la « cocomisation », il a été décidé de transférer les matières liées à la médecine préventive – dépistage du cancer du côlon, du sein et de la tuberculose – à la Commission communautaire commune à partir de 2024.

En effet, cela correspond davantage à leur corps de métier, à savoir les techniques médicales et dépistages au cœur de l'expertise des services du Collège réuni. À cet égard, un million d'euros sera redéployé dans les politiques de la Commission communautaire française en social-santé; ce qui est plutôt avantageux.

Cela n'empêche pas la Commission communautaire française de poursuivre ses collaborations avec les opérateurs de promotion de la santé. Une série d'actions de dépistage en médecine préventive doivent, par ailleurs, être mobilisées par divers opérateurs en Commission communautaire commune – comme Bruprev et le FARES – avec l'aide et l'accompagnement d'opérateurs de promotion de la santé – comme Question Santé (opérateur de communication), le Centre bruxellois de promotion de la santé et Culture et santé.

Ces acteurs de promotion de la santé et de prévention de la santé ont appris à mieux travailler ensemble durant la crise sanitaire, et ce croisement de compétence a été d'une forte utilité sur les politiques de vaccination, par exemple. Il faut donc poursuivre leur mobilisation simultanée afin d'atteindre les

diverses populations. Il ne s'agit donc pas de vider la Commission communautaire française de sa substance mais, au contraire, de mieux la solliciter.

Concernant la promotion de la santé dans les prisons, des projets de promotion de la santé en prison sont bien pris en compte, notamment dans l'axe 3 du PPS – en particulier, l'axe 3.5 « Soutenir les actions de promotion de la santé dans les milieux carcéraux et lors la sortie des détenu.es en s'appuyant sur les besoins tels qu'identifiés par les deux publics cibles : les professionnels et professionnelles en contact avec les détenus et détenues et ex-détenus et ex-détenues et les détenus et détenues eux-mêmes ».

Concernant la participation citoyenne, la ministre-présidente considère ce concept souvent galvaudé. Pourtant, il est au cœur du PSSI et du PPS – détaillé dans l'axe 2 du PPS « Renforcer la participation des publics et l'action communautaire en santé » avec cinq objectifs spécifiques. Le Collège a également inscrit la participation citoyenne comme une stratégie prioritaire que chaque opérateur doit pouvoir mobiliser.

Pour ce qui a trait à l'usage de drogues et, notamment, la focalisation du plan sur le tabac et non sur les autres drogues dures et douces, elle précise que ces dernières se retrouvent également dans le scope des plans et politiques du Collège. Elle renvoie, à cet égard, à l'axe 4 du PPS « Promouvoir et favoriser des aptitudes favorables à la santé » et, plus particulièrement, l'axe 4.3 du plan « Prévenir les usages de drogues, légales et illégales, et les conduites addictives et favoriser la RDR auprès des jeunes et auprès des adultes », qui tient compte des inégalités sociales de santé et des drogues comme l'alcool, la kétamine, le crack, le protoxyde d'azote, le cannabis et la cocaïne.

Concernant la généralisation de l'EVRAS, elle rappelle que la santé sexuelle, essentielle, constitue l'une des dix priorités du PPS. Elle est notamment abordée dans l'axe 4 et, plus particulièrement, dans l'axe 4.4 « Promouvoir la santé sexuelle ».

La ministre-présidente se dit, par ailleurs, fière d'indiquer que le Collège a adopté, en première lecture, l'accord de coopération relatif à la généralisation de l'EVRAS le jeudi 8 décembre dernier, en collaboration avec la Région wallonne et la Fédération Wallonie-Bruxelles, qui vise à rendre obligatoire les animations EVRAS en 6P et en 4S, à labelliser les acteurs et à financer ces animations au travers d'un budget d'un million d'euros alloué aux animations réalisées par les centres de planning familial.

Pour ce qui a trait à la déstigmatisation des personnes LGBTQIA+ porteuses du VIH, il s'agit d'un enjeu de taille, à la croisée des chemins entre les

questions de discrimination et celles de santé. Cette question était apparue lors de l'évaluation du précédent plan et le Collège s'attend à ce que des projets soient déposés dans ce sens. Il analysera leur pertinence afin de répondre à ce besoin.

Concernant la prévention d'autres maladies transmissibles, la ministre-présidente précise que les maladies concernées sont notamment la tuberculose, la grippe, le pneumocoque, la Covid-19, les IST, le VIH, le HPV, l'hépatite, la rougeole.

Au regard des projets déposés visant à la promotion de la santé mentale, elle rappelle que l'axe 4.7 est dédié à cet objectif, via huit objectifs opérationnels. À nouveau, divers opérateurs ont déposés des projets qui sont en cours d'analyse.

Enfin, concernant la lutte contre la fracture numérique, il est très important, pour le Collège, de lutter contre celle-ci, car elle entraîne de plus en plus de cas de non-recours aux droits – ce qui constitue une source de paupérisation et d'inégalité sociale et de santé. Le Collège attend, à cet égard, l'analyse des projets afin de réaliser son arbitrage.

### 3. Discussion

**M. David Weytsman (président)** remercie les ministres pour leur présentation très complète.

**Mme Farida Tahar (Ecolo)** rappelle que le groupe Ecolo avait reçu, lors de la réunion conjointe du 6 octobre dernier, bon nombre de réponses à ses questions. Elle remercie les ministres d'avoir apporté ces informations complémentaires.

Elle entend également que certaines explications ne pourront être apportées avant le mois d'avril 2023.

**Mme Latifa Aït-Baala (MR)** revient sur certains éléments qui n'ont pas trouvé réponse.

Concernant la promotion de la santé, en effet, le PPS prend la Charte d'Ottawa pour modèle. Le 1<sup>er</sup> principe d'intervention de ladite charte s'intitule « Promouvoir la santé et les stratégies de promotion de la santé dans toutes les politiques ».

Certes, ce concept très large mériterait un débat à lui tout seul. Néanmoins, la députée se demande quel est le plan d'action de la ministre-présidente en vue d'appliquer cela dans toutes les politiques bruxelloises ? À quel horizon y travaille-t-elle ? Enfin, comment collabore-t-elle avec ses collègues du Gouvernement bruxellois sur ce point ?

Concernant l'intégration de la promotion de la santé dans le PSSI, elle rappelle que le point 4.5 du plan vise à « prévenir la stigmatisation des personnes LGBTQIA+ et celle des personnes vivant avec le VIH ».

Dès lors, comment le Collège travaille-t-il à la santé et la promotion de la santé des personnes LGBTQIA+ ? Les acteurs confirment à quel point les besoins sont parfois complexes, dont il importe de tenir compte.

Comment le Collège travaillera-t-il, demain, dans l'application du PPS, à cette problématique ? Quels éventuels moyens supplémentaires sont-ils alloués pour ces besoins spécifiques ?

Elle ajoute que le point 40 de l'axe 1 du PSSI – point 4.3 du PPS – concerne les usages de drogue. Ce point a pour but de mettre en œuvre des actions pour « soutenir et encourager l'arrêt du tabac ». Pourquoi ne pas élargir ce soutien et cet encouragement aux drogues douces et dures, légales et illégales ?

Par ailleurs, le PSSI n'aborde pas les questions des salles de consommation à moindre risque (SCMR). Est-ce à dessein ? Pour quelles raisons ?

Pour ce qui concerne le point 4.6 du PSSI visant à « participer à l'organisation de la prévention des maladies transmissibles au travers d'actions, de médecine préventive et de programmes de vaccination ». Autre que le VIH, de quel plan le Collège dispose-t-il pour prévenir les IST à Bruxelles, en pleine recrudescence ? Qu'est-il fait pour sensibiliser et informer sur la PREP ou sur d'autres alternatives ?

En matière de santé mentale, la députée demande quelles mesures spécifiques sont-elles mises en place pour soutenir la santé mentale des jeunes LGBTQIA+, sujets à de nombreuses discriminations et formes de harcèlement, les poussant souvent vers le suicide ?

Quels moyens sont-ils dégagés pour mettre en œuvre la mesure qui vise à former et sensibiliser le grand public et les professionnels de l'aide et du soin aux problématiques de santé mentale ?

**Mme Leila Agic (PS)** prend note des explications des ministres, bien que certains points restent en suspens, notamment dans l'attente de la mise en place opérationnelle du PPS.

Il faudra rester vigilant durant cette fin de législature ainsi que lors de la prochaine législature, afin de mettre ces points en œuvre. Elle met l'accent sur la nécessité d'y intégrer la notion de handicap.

En effet, si ce plan est inclusif, il doit l'être pour tous. Il importe donc de veiller aux spécificités de ces personnes.

Enfin, elle revient sur la notion de genre intégrée dans le PSSI. En effet, aucun volet spécifique n'y était alloué dans le Plan interfrancophone de lutte contre les violences faites aux femmes.

Or, certains points du PSSI visent à lutter contre les discriminations et violences que subissent les femmes, notamment dans leur parcours de santé, ce qui méritait d'être souligné.

**Mme Nicole Nketo Bomele (DéFI)** remercie les ministres pour avoir exposé de manière complète ces thématiques. Il importe, en effet, de mettre en place une coconstruction avec les acteurs de terrain afin qu'une offre de services par quartier soit mise en place.

*Quid de l'automatisation des droits ? Il est difficile à Bruxelles, pour un public précarisé, d'avoir accès à leurs droits.*

Elle reviendra vers les ministres lorsque de nouvelles mesures seront mises en place dans les prochains mois à venir.

**M. David Weytsman (président)** mentionne un rapport de l'OCDE qui a classifié les pays de l'OCDE selon leur offre de soins de santé. La Belgique fait partie des pays les mieux classés du rapport, hormis en ce qui concerne la question de la prévention.

Le rapport cible notamment le scope d'action ainsi que l'inclusion de tous les groupes d'individus, ce sur quoi la Belgique pêche.

Quelle est l'analyse du Collège en la matière ? La trajectoire prise par le Collège dans le cadre de ces deux plans permettra-t-elle, selon les ministres, de redresser la barre ?

**Mme Barbara Trachte (ministre-présidente)** confirme que les questions de santé et de promotion de la santé se doivent d'apparaître à travers toutes les politiques. L'adoption des deux plans discutés ce jour permet très certainement d'avancer vers une meilleure intégration de la promotion de la santé dans les politiques social-santé de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune.

Le Collège travaille également davantage, de manière conjointe, avec la Région sur certains projets spécifiques, notamment en matière d'environnement, de logement ou d'alimentation. Il est fait preuve d'une grande collaboration, tant dans leur intention que

dans leur concrétisation, avec les acteurs de terrain de promotion de la santé et de santé.

C'est notamment le cas à travers l'appel à projets « Associations en transition », dont certains projets font le lien entre les politiques de santé et de promotion de la santé ainsi que les politiques régionales.

Cette liste de projets, menés conjointement et mis en œuvre sur le terrain par des associations de première ligne, est disponible en annexe du rapport budgétaire.

Par ailleurs, le Collège a demandé au secteur de mettre en place un nouveau service de support en genre. L'expertise qui sera ainsi développée en promotion de la santé sur les questions d'égalité et de genre sera désormais disponible et accessible pour l'ensemble des services sociaux bruxellois de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune.

Si la concrétisation sur le terrain ne pourra être opérée que dans les prochains mois, il est tout de même possible d'évaluer l'intégration de la promotion de la santé dans ces politiques, en comparant le PPS en cours et le plan opérationnel qui entrera en vigueur au 1er avril prochain.

Concernant la question du tabac, le Collège vient d'adopter, en collaboration avec d'autres niveaux de pouvoir, le Plan tabac. Or, le PPS s'inscrit dans ce plan. À la suite de cette annonce, il sera possible de tenir un débat plus précis dans les prochaines semaines.

Pour ce qui traite des autres drogues, le PPS et les acteurs de terrain opèrent dans une optique de réduction des risques, encouragée dans une visée de minimalisation des risques socio-sanitaires.

Enfin, pour ce qui concerne la déstigmatisation du VIH, la Commission communautaire française soutient actuellement une série d'acteurs – la Plateforme prévention sida, Ex Aequo ou Tels Quels. Au regard des autres IST, la Commission communautaire française finance actuellement O'YES avec, notamment, le lancement d'une grande campagne sur le HPV et le VIH.

Au regard de la question de M. Weytsman relative au rapport de l'OCDE, elle l'invite à déposer une interpellation ou une question orale en la matière, qui permettra à la ministre-présidente de lui répondre de manière détaillée.

**M. Alain Maron (ministre)** rappelle, concernant l'articulation des politiques régionales et des politiques social-santé, que désormais, le Collège par-

vient à mener des appels à projets conjoints social-santé et politiques régionales.

En effet, il est évident que le lien entre les déterminants de la santé gérés au niveau régional et la santé sont assez évidents – notamment, la question de la qualité de l'alimentation et de la pollution de l'air. C'est pourquoi les administrations comme un certain nombre d'acteurs de terrain travaillent ensemble afin de persévérer dans cette voie.

Concernant la question de l'automatisation des droits – non-accès, non-recours ou encore « non take-up » pour les acteurs du secteur –, le PSSI vise intrinsèquement à améliorer l'accessibilité des services sociaux et de soins.

En effet, cet accès aux droits doit être augmenté via, notamment, les politiques d'« *outreaching* », la territorialisation, le rapprochement des services, etc. Il s'agit d'un objectif clair du PSSI. La création de CLSS, les relais d'action de quartier, les services de soutien supplémentaires, constituent autant de moyens, pour un certain nombre d'acteurs, de rapprocher les publics des centres de soins et des secteurs de santé.

Un travail supplémentaire est également à opérer en matière de formations ERAP pour aider les administrations à relever ce défi.

Par ailleurs, l'automatisation des droits n'est pas l'unique manière de lutter contre le non-recours, qui repose également sur les échanges et les croisements de données.

L'automatisation – ou presque – de certains suppléments sociaux – par exemple, les allocations familiales – s'est opérée grâce à des échanges de données, qui ont permis de soulever de nouvelles questions, notamment au regard de la vie privée, de la fracture numérique, etc.

Ainsi, le ministre considère que la lutte contre le non-recours doit tant s'opérer via une accessibilité physique aux services de soins et sociaux pour les

Bruxelloises et Bruxellois, que via un certain nombre d'améliorations informatiques et d'échange intelligent de données.

Pour ce qui a trait aux SCMR, l'ordonnance a été votée, sur base de laquelle un agrément définitif devrait être donné à la première SCMR d'ici la fin de l'année. Cette SCMR est portée par Transit et la Maison d'accueil socio-sanitaire (M.A.A.S) de Bruxelles. Elle est déjà ouverte et figure dans le PSSI, dans le cadre de la politique de réduction des risques.

Concernant la santé mentale des personnes LGBTQIA+, au-delà des actions en promotion de la santé énoncées par la ministre-présidente, la Commission communautaire française soutient le Plan LGBTQIA+, en Action sociale, porté par la Fédération des plannings familiaux.

Pour ce qui a trait à la question de M. Weytsman, le ministre rappelle que la prévention consiste en un travail sur les déterminants de la santé, essentiellement, bien que cela puisse prendre d'autres types d'aspect spécifiques – notamment, ceux gérés dans le cadre du décret et du financement en promotion de la santé.

Or, le Collège effectue un travail important sur les déterminants de la santé et, singulièrement, les déterminants environnementaux de la santé, dans le cadre des politiques régionales. En effet, il s'agit d'un aspect puissant dont l'impact sur la santé est concret et direct. L'articulation environnement-santé est centrale et de plus en plus documentée, raison pour laquelle le Collège travaille à une articulation maximale de ces deux aspects.

#### 4. Approbation du rapport

La commission a fait confiance au président et au rapporteur pour l'élaboration du rapport.

*Le Rapporteur,*

Ahmed MOUHSSIN

*Le Président,*

David WEYTSMAN