

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



9 janvier 2024

---

SESSION ORDINAIRE 2023-2024

---

**PROJET DE DÉCRET**

**modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre des services ambulatoires  
dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé**

**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 de M. Alain Maron, ministre en charge de l'Action sociale et de la Santé .....	3
3. Discussion générale .....	5
4. Discussion et vote des articles .....	9
5. Vote de l'ensemble du projet de décret, tel qu'amendé .....	11
6. Approbation du rapport.....	11
7. Texte adopté par la commission.....	11
8. Annexe .....	37

---

*Ont participé aux travaux* : Mme Leila Agic, Mme Latifa Aït-Baala, M. Hasan Koyuncu, M. Jamal Ikazban, Mme Joëlle Maison, M. Ahmed Mouhssin, M. Petya Obolensky, M. Emin Ozkara, Mme Isabelle Pauthier, Mme Farida Tahar et M. David Weytsman (président), ainsi que M. Alain Maron (ministre).

Mesdames,  
Messieurs,

La commission des Affaires sociales, de la Famille et de la Santé a procédé, en sa réunion du 9 janvier 2024, à l'examen et au vote du projet de décret modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre des services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé [doc. 143 (2023-2024) n° 1].

## 1. Désignation du rapporteur

À l'unanimité des 10 membres présents, M. Ahmed Mouhssin est désigné en qualité de rapporteur.

## 2. Exposé de M. Alain Maron, ministre en charge de l'Action sociale et de la Santé

**M. Alain Maron (ministre)** se dit honoré de présenter au sein du Parlement le projet de décret modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre des services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille, et de la Santé.

Ce projet a fait l'objet d'un travail majeur de la part de l'ensemble des actrices et acteurs des secteurs qui, dans la suite des concertations menées dans le cadre du Plan social santé intégré (PSSI), et dans le contexte post-Covid, s'est mobilisé en vue d'une réforme attendue depuis de longues années.

Le ministre tient tout particulièrement à saluer leur travail, ainsi que celui de l'administration de la Commission communautaire française, dans la préparation de la réforme. C'est la collaboration avec l'ensemble des parties prenantes qui permet ce jour d'aboutir sur une telle réforme très attendue.

De fait, les revendications du secteur ne sont pas nouvelles. Les inégalités sociales et de santé à Bruxelles ne cessent d'augmenter, et le non-recours à l'aide et aux soins est une réalité prégnante au sein de la Région bruxelloise. La complexification des problématiques

socio-sanitaires liée à un renforcement insuffisant des secteurs, à la saturation des services et au morcellement de l'offre, rend d'autant plus complexe la réponse à ces enjeux.

La réforme du décret relatif aux services ambulatoires s'inscrit, par ailleurs, dans le cadre de la mise en œuvre du PSSI, dans ses différents principes, et est par conséquent liée au décret et ordonnance

conjointes « Ambulatoire et première ligne » adopté au sein du Parlement francophone bruxellois et de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune en décembre dernier.

Au-delà de la concertation préalable réalisée auprès des représentants des secteurs, tant au niveau des fédérations que des travailleurs, et toujours en collaboration avec l'administration, ce texte a également été enrichi des avis des sections « Services ambulatoires » et « Aide et soins à domicile » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé qui ont, toutes deux, remis un avis largement positif sur la première version du texte le 27 avril 2023.

Avant de rentrer dans le contenu de la réforme, le ministre rappelle ce que constitue l'« ambulatoire » bruxellois aujourd'hui.

L'ambulatoire représente aujourd'hui 10 secteurs et plus de 150 services actifs dans l'accompagnement des Bruxelloises et Bruxellois en termes d'aide et de soins au quotidien. Le ministre tient particulièrement à saluer le travail et engagement de ces travailleuses et travailleurs auprès de la population bruxelloise.

Pour rappel ces secteurs, dont certains sont concernés par une modification de nom, sont les suivants :

- les services de santé mentale;
- les services actifs en matière de drogues et addictions (ancien service actif en matière de toxicomanie);
- les centres d'action sociale globale (CASG);
- les centres de planning familial;
- les maisons médicales;
- les services de médiation de dettes;
- les services de coordination de soins et d'aide à domicile;
- les services de soins palliatifs et continués;
- les services d'aide à domicile;
- les centres d'accueil téléphonique.

Les objectifs principaux de la réforme étaient clairs dès le début du processus, à savoir :

- renforcer l'offre d'aide et de soins;

- renforcer l'intégration de cette offre.

Deux objectifs sont venus s'ajouter à ceux-ci :

- une meilleure correspondance des textes avec la réalité de terrain;
- une simplification administrative.

Pour atteindre ces objectifs, chacun des secteurs a été concerté à plusieurs reprises en vue de cette réforme. Ils ont également été concertés ensemble au sein de l'Interfédération ambulatoire (IFA) afin de pouvoir échanger, ensemble, sur les aspects transversaux de la réforme.

Ces processus de concertation ont permis de dégager, d'une part, des orientations de réforme transversales et, d'autre part, des modifications sectorielles du décret.

Certaines modifications n'ont pas d'impact budgétaire et se trouvent tant au niveau du décret que de l'arrêté. Les mesures sectorielles ayant un impact budgétaire, et qui sont financées par le budget de 7,5 millions d'euros dégagé en Commission communautaire française pour la mise en œuvre du PSSI, sont reprises essentiellement dans l'arrêté d'application lié au décret.

Au niveau sectoriel :

- les services de santé mentale verront les moyens destinés aux psychiatres et pédopsychiatres renforcés via une revalorisation de leurs barèmes;
- en ce qui concerne les services actifs en matière de drogues et addictions, ils bénéficieront d'une mesure similaire – à l'impact relativement limité vu le nombre de psychiatres dans le secteur –, ainsi qu'un relèvement du cadre minimal mais, surtout, du financement d'une fonction de coordination dans chaque service;
- ce financement de la coordination concerne également les centres de planning familial;
- la possibilité de réaliser des animations EVRAS dans les écoles est également intégrée au décret et donc au cadre agréé. Cela permet aux animatrices et animateurs EVRAS d'être stabilisés et pérennisés dans leur fonction. C'est la transposition dans le décret des engagements du Collège issus de l'accord de coopération voté en septembre dernier;
- les CASG et services de médiation de dettes voient leur cadre minimal social et administratif augmenter;

- le secteur des maisons médicales bénéficie quant à lui de nouveaux agréments;

- les services de coordination de soins et d'aide à domicile bénéficient d'une révision des catégories ainsi que d'un renforcement de leur cadre;

- les services de soins palliatifs et continués bénéficient également d'un renforcement du cadre;

- les services d'aide à domicile sont renforcés dans leur fonction d'encadrement pour la fonction d'assistant social et seront également financés afin de favoriser la digitalisation dans le secteur;

- pour le secteur des centres d'accueil téléphonique, le centre de prévention du suicide sera renforcé.

Parallèlement, ce nouveau décret permettra par ailleurs de pérenniser de nombreux projets ayant été financés en initiative ces dernières années, de garantir aux services une stabilité et un meilleur ancrage de leur travail, et de reconnaître les nombreux besoins mis en avant depuis plusieurs années par les secteurs et qui se sont manifestés de façon encore plus aigüe durant la crise sanitaire.

Au niveau de l'intégration de l'offre, l'élément majeur du nouveau décret est l'introduction du dispositif « centre social santé intégré » (CSSI) dans le décret.

Le CSSI est un service ambulatoire qui offre aux usagers une prise en charge généraliste en matière de santé somatique et mentale, ainsi qu'en termes d'aide.

En d'autres mots, il s'agit d'un service ouvert à toutes et tous dans lequel chaque personne doit être reçue pour des problématiques liées à sa santé ou à des questions sociales.

Le CSSI remplit donc les missions qui sont à ce jour réalisées par les CASG et les maisons médicales, auxquelles s'ajoute un accompagnement psychologique généraliste.

Comme c'est déjà le cas actuellement, si la problématique demande un accompagnement plus spécifique, la personne peut être réorientée vers un service spécialisé.

Enfin, le CSSI doit s'inscrire dans la dynamique du contrat local social santé s'il existe, participer au renforcement des liens avec les services spécialisés, et remplir une fonction inclusive au sein de son quartier.

En ce qui concerne les liens entre les CSSI et les services spécialisés, le décret prévoit la possibilité de

renforcer ces derniers pour venir en soutien d'un CSSI travaillant dans son territoire d'intervention, dans le cas où le CSSI identifie une problématique particulière dans le quartier dans lequel il est implanté.

Par service spécialisé, le ministre entend un service de santé mentale, un service actif en matière de drogues et addictions, un centre de planning familial, un service de médiation de dettes, ou encore un service de coordination de soins et d'aide à domicile.

Ce dispositif permet de soutenir le travail généraliste du CSSI tout en reconnaissant l'expertise spécifique des services spécialisés et en renforçant le lien entre ces services aux différents niveaux d'intervention territoriale ainsi que les services eux-mêmes.

Concernant la fonction 0.5 – que Brusano appelle désormais fonction « inclusive » –, l'implication des CSSI peut se trouver à deux niveaux.

Premièrement, avec des missions obligatoires pour tout service bénéficiant de l'agrément CSSI. Ces missions ont été identifiées par Brusano dans son analyse réalisée en 2022 à ce sujet comme pratiques favorisant l'accès aux services par des publics qui peuvent en être exclus.

Le service devra donc, à cet égard, avoir des horaires d'accès étendus, réaliser un soutien à l'accès aux droits, proposer des plages sans rendez-vous, avoir une accessibilité financière maximale, mettre en place des pratiques permettant la continuité dans les soins et des dispositifs de liaison interprofessionnelle ou encore offrir un accueil inconditionnel et une orientation, le cas échéant. Les services auront une marge dans la mise en œuvre de ces différents éléments, qui sont également précisés dans l'arrêté.

Deuxièmement, le CSSI souhaitant s'inscrire dans une démarche plus approfondie concernant cette fonction inclusive pourra bénéficier d'une extension de cadre pour cette mission particulière. Il devra alors rentrer dans une démarche d'outreaching, accueillir un pourcentage minimum de patients bénéficiant de l'aide médicale urgente ou d'un réquisitoire Fedasil, ou encore prévoir une réactivité aux situations d'urgence afin de pouvoir accueillir des dispositifs externes si besoin.

Afin de favoriser le fait que les services rentrent dans ce dispositif, deux éléments sont mis en place :

- d'une part, un accompagnement pour les projets de CSSI est financé via une collaboration entre la Fédération des maisons médicales et la Fédération des services sociaux;

- d'autre part, une souplesse au niveau administratif est garantie par les textes.

Au niveau transversal, des modifications ont également été réalisées. Le ministre cite, à ce titre, trois éléments prégnants :

- les agréments des réseaux passent de 3 à 5 ans. Cette modification permet aux réseaux de s'inscrire dans la durée et de renforcer leur action. La durée de 3 ans avait, de fait, été jugée trop courte tant par les services que par l'administration;
- le financement des fédérations historiquement les moins financées a été rehaussé afin de renforcer une forme d'équité entre celles-ci, et il est prévu que la Fédération des services de coordination d'aide et de soins à domicile puisse bénéficier d'un agrément, après de longues années d'attente;
- il existe aujourd'hui un arrêté programmation propre à la Commission communautaire française. Comme observé avec le décret et ordonnance conjoints « Ambulatoire et première ligne », il est prévu d'établir une programmation commune pour l'ensemble des services – francophones et bicommunautaires. Le projet de décret prévoit donc d'abroger la programmation spécifique de la Commission communautaire française une fois que la programmation commune sera réalisée.

Il s'agit là, en synthèse, des éléments principaux qu'il semblait utile au ministre d'explicitier plus longuement.

Cette réforme du décret constitue une étape clé dans la réforme de la première ligne bruxelloise et constitue un volet important et concret dans la mise en œuvre du PSSI. Elle s'inscrit dans ses principes et objectifs, tout en garantissant aux services la reconnaissance de revendications anciennes et nécessaires à améliorer la situation de l'offre en matière d'aide et de soins pour les Bruxelloises et les Bruxellois.

### 3. Discussion générale

**Mme Latifa Aït-Baala (MR)** considère que depuis la mise en œuvre du décret ambulatoire du 5 mars 2009, il est indéniable que les normes d'agrément des services ambulatoires ne correspondaient plus aux réalités du terrain actuelles.

En effet, en 15 ans, Bruxelles a changé. En 15 ans, les situations des usagers se sont complexifiées. En 15 ans, Bruxelles s'est paupérisée, sous l'égide de politiques exclusivement de gauche.

La réforme, pourtant attendue depuis 2019, se matérialise enfin ce jour, dans ce texte étudié avec attention. En effet, le groupe MR attendait cette réforme, au même titre que les secteurs de l'ambulatoire. La députée tient à saluer le travail essentiel de ces secteurs au sein de la Région bruxelloise.

Concernant la forme, elle pointe que les documents relatifs à cette réforme ont été communiqués de manière tardive. Ce timing, non seulement délicat, mais également questionnable, suscite des préoccupations légitimes. En effet, un délai aussi restreint pour la revue de ces documents essentiels compromet la capacité des parlementaires à mener une évaluation approfondie mais également à échanger de manière efficiente avec les acteurs de terrain, qui n'ont pas non plus eu l'occasion, d'analyser le texte en détail.

Sur le fond, la mise en œuvre de ce décret au 1<sup>er</sup> janvier 2024 confère un caractère rétroactif à ce projet. Cette rétroactivité soulève des questions sur la planification et la mise en œuvre pratiques des nouvelles dispositions. Vu le délai serré – voire dépassé – les arrêtés d'exécution du Collège sont-ils déjà prêts ? Quand et comment le décret ambulatoire sera-t-il effectivement mis en œuvre ?

Concernant le financement des 7 millions d'euros évoqué par le ministre, comment est-il réparti ? Faudra-t-il attendre l'arrêté y relatif ? Dans cette même optique, l'avis de l'Inspection des Finances qui fut communiqué n'indique pas s'il est favorable ou défavorable. Qu'en est-il ?

Par ailleurs, comment le Collège s'assurera-t-il que le renforcement des services sera suffisant, vu la complexification des situations et des demandes – dont tous ont bien conscience ? Un acteur rappelait récemment que Bruxelles se trouve actuellement en pleine crise sociale.

La députée ajoute que le projet de décret discuté ce jour modifie les modalités d'agrément. En effet, tout service souhaitant être agréé devra dorénavant passer par un agrément provisoire, avant de recevoir ou non un agrément définitif – cet agrément provisoire pouvant être renouvelé une fois. Quels objectifs politiques sont-ils poursuivis ce faisant ?

Par ailleurs, lors du débat récent sur les subventions facultatives pluriannuelles, le groupe MR demandait au Collège de présenter sa vision en matière de division entre les subventions facultatives et les agréments. Elle se permet dès lors d'insister sur cette question fondamentale pour comprendre où le Collège souhaite emmener le secteur social santé bruxellois.

Concrètement, les services déjà agréés devront-ils réintroduire une demande d'agrément ? Comment se passera la transition ? Ces deux questions reviennent, en effet, du terrain.

Parmi les changements prévus par le projet de décret, de nombreuses missions ont été transférées du Collège de la Commission communautaire française (Gouvernement) vers les services du Collège de la Commission communautaire française (administration). Il existe un véritable manque de clarté à cet égard. Jusqu'à présent, les demandes d'agrément étaient adressées directement au Gouvernement. Dorénavant, le service souhaitant être agréé introduit sa demande auprès de l'administration. À l'inverse, lors de la fermeture d'un service ambulatoire, celui-ci doit désormais s'adresser au Gouvernement – selon l'article 88 du projet de décret.

Qui pilote au fond la gestion des agréments : le Gouvernement, l'administration ou les deux ? Le ministre peut-il, à cet égard, fournir un tableau récapitulatif des missions léguées aux services du Collège et ce qui reste dans le chef du Collège, afin de faciliter la compréhension des parlementaires ?

Elle ajoute qu'une autre nouveauté dans ce décret est l'ajout d'un nouveau type de service ambulatoire, à savoir les CSSI. La députée a bien pris connaissance des missions de ces centres et salue la reconnaissance de ces centres qui faciliteront grandement l'accès des usagers à différents types de services ambulatoires.

Un point central inquiète néanmoins le secteur associatif, à savoir la liquidation des subventions. En effet, nombreux sont les témoignages de responsables d'associations qui doivent avancer de l'argent personnel afin de permettre le bon fonctionnement de leur service avec, pour raison avancée, le paiement tardif des subventions par la Commission communautaire française.

Le texte prévoit ici que les subventions doivent être liquidées au plus tard le 31 octobre de l'année suivante. Dès lors, il laisse les associations travailler 11 mois sans agrément. Pourquoi passer à côté d'un tel défi dans une réforme aussi essentielle ? Cela met en péril le bon fonctionnement des services agréés et ajoute un stress non-nécessaire aux acteurs de terrain.

Le groupe MR n'est pas le seul à se poser la question puisque la section « Aide et soins à domicile » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé a formulé dans son avis la demande de liquider ce solde plus tôt que le 31 octobre de l'année N+1.

En conclusion, si le groupe MR déplore, sur la forme, les conditions dans lesquelles ce débat fut organisé, sur le fond, il salue les efforts consentis pour répondre à une partie des demandes des différents secteurs de l'ambulatoire. Cette réforme était nécessaire et attendue.

Néanmoins, cette réforme suscite des questions pour lesquelles le groupe MR attend des réponses.

**Mme Leila Agic (PS)** explique que, pour cette dernière année de législature, le groupe PS souhaite souligner l'importance cruciale des décrets et ordonnances conjoints présentés ces derniers mois, dans une quête commune pour un système de santé plus équitable et accessible à tous les Bruxellois.

En effet, depuis l'élaboration du décret ambulatoire en 2009, la réalité de la population bruxelloise et des services sur le terrain a considérablement évolué, justifiant une mise à jour pour répondre aux enjeux actuels tels que la complexité croissante des situations socio-sanitaires, la saturation des services et le morcellement de l'offre.

Afin de surmonter ces difficultés, il est nécessaire d'élaborer une réponse coordonnée et innovante.

Les différentes crises successives ont rappelé à quel point il faut aller vers les bénéficiaires les plus isolés, que ce soit au travers des services de l'aide à domicile ou d'autres services ambulatoires. La première ligne de soins, avec le secteur ambulatoire, sont au cœur du système de santé. Ces structures répondent aux besoins des citoyens au quotidien, souvent dans des contextes difficiles. -

L'objectif est donc de renforcer les secteurs existants et d'augmenter l'offre généraliste primaire en aide sociale, en santé mentale et en santé somatique. Comme discuté lors de l'examen des documents budgétaires, près de 7 millions d'euros ont été dégagés en ce sens.

L'une des avancées majeures de ce projet de décret réside dans la reconnaissance des enjeux intersectoriels. Cette nouvelle proposition intègre une approche holistique, reconnaissant enfin la collaboration entre les services, ce qui n'était pas suffisamment repris dans le texte initial de 2009.

Ensuite, elle aborde l'amélioration de certains éléments du cadre, en tenant compte des besoins exprimés par les secteurs eux-mêmes dans leurs pratiques. Des ajustements sectoriels sont envisagés pour garantir une application efficace du décret, répondre aux besoins des secteurs et améliorer la coordination entre eux.

En effet, les cas deviennent de plus en plus complexes et nécessitent une intervention mieux structurée. Les problématiques sociales et de santé, physique et mentale, se conjuguent de plus en plus fréquemment et engendrent des situations complexes, nécessitant l'intervention de nombreux professionnels.

De plus, la complexification des cas entraîne, dès lors, un recours accru aux réorientations qui elles-mêmes favorisent la saturation des services.

Troisièmement, la création des CSSI qui introduisent un service ambulatoire destiné à renforcer l'intégration et à réduire le morcellement de l'offre. Le CSSI, avec ses missions spécifiques, favorisera la collaboration entre services généralistes et spécialisés, répondant ainsi à la complexité des situations. Le CSSI aura des missions, des conditions d'agrément et des subsides propres.

Sont ainsi regroupés, au sein d'un même projet, des acteurs du social – un CASG – et de la santé – une maison médicale. La députée félicite la volonté du Collège de réaliser des ponts entre les différentes structures.

Ce nouveau type de service correspond à la logique d'intégration entre l'action sociale et la santé, et répond de cette manière aux besoins de plus en plus complexes de la population bruxelloise ainsi qu'aux enjeux de renforcement de la première ligne social santé.

Quatrièmement, de nouvelles définitions sont instaurées ou modifiées, principalement dans l'article 4. C'est notamment le cas de l'action sociale qui voit sa définition étendue en intégrant une phase préventive, anticipant ainsi les besoins futurs.

Une nouvelle définition à saluer également est celle de l'outreaching qui est défini comme suit : « pratiques consistant à aller à la rencontre de publics éloignés de l'aide et des soins, ainsi que des services d'accompagnement mobiles ».

Elle ajoute qu'une notion importante pour le groupe PS est également reprise au sein de ce projet de décret : la notion de « pair-aidant ».

De plus, de nombreuses définitions communes sont retranscrites en lien avec le projet d'ordonnance conjoint avant la Commission communautaire commune : « bassins d'aide et de soins », « groupements de quartier », « fonction inclusive », « action communautaire », etc.

L'article 5, définissant le service de santé mentale, témoigne de l'importance accordée à une approche

pluridisciplinaire, articulante différentes fonctions pour assurer une prise en charge complète des patients, du diagnostic au traitement thérapeutique, en collaboration étroite avec les partenaires social-santé de proximité.

L'article 15 vise à introduire l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle (EVRAS) au sein des activités obligatoires des centres de planning familial.

L'article 16, quant à lui, expose les missions des centres de planning familial ainsi que les moyens et activités pour y répondre.

En conclusion, ce projet de décret est une réponse qui va dans le bon sens face aux défis actuels du système de santé et d'action sociale bruxellois. Il introduit des modifications qui amélioreront la coordination entre les services, renforceront l'intégration de l'offre et garantiront une prise en charge adaptée aux besoins complexes des citoyens bruxellois. Le groupe PS votera donc bien en faveur de ce projet de décret.

Il faudra donc continuer à l'avenir à assurer la mise en œuvre de mesures concrètes pour améliorer l'organisation de l'aide et des soins à Bruxelles, tout en reconnaissant les inégalités spatiales, la multiculturalité et la complexité des besoins des bénéficiaires.

**M. Petya Obolensky (PTB)** ne souhaite pas intervenir, estimant que l'ensemble des débats relatifs à ce dossier a eu lieu lors d'autres réunions.

**M. Ahmed Mouhssin (Ecolo)** rappelle qu'en 2009, la Région de Bruxelles-Capitale avait franchi un pas significatif dans la consolidation de ses politiques sociales et de santé, avec l'adoption d'un décret ambitieux pour l'époque.

Ce décret visait à créer une synergie entre les secteurs de l'action sociale, de la famille et de la santé, en mettant l'accent sur les services ambulatoires. L'objectif était double : d'une part, assurer une meilleure harmonisation législative dans ces domaines et, d'autre part, promouvoir une approche globale de santé et d'inclusion sociale.

Cependant, le chemin vers une intégration efficace n'était pas sans obstacle. Le décret initial, bien qu'innovant à son époque, s'est heurté à des limites, notamment en raison de son approche sectorielle cloisonnée et d'un manque d'intégration intersectorielle et ce, malgré la collaboration existante entre les services.

Pour remédier à ces lacunes, le PSSI a été introduit en 2022. Ce plan a mis en évidence les défis spécifiques rencontrés à Bruxelles tels que la complexité croissante des problématiques sociales et de santé,

la saturation des services et le morcellement de l'offre de soins. Il a souligné l'importance d'une réponse coordonnée, plaçant les services ambulatoires au cœur de cette stratégie.

Dans cette optique, des mesures concrètes ont été prises pour renforcer l'offre de services sociaux et de santé, incluant l'expansion et l'amélioration des services existants ainsi que le renforcement de l'intégration entre eux, afin d'offrir une réponse davantage unifiée aux besoins des citoyens.

Parmi les changements, le député cite la création des CSSI, lesquels jouent un rôle clé dans la réduction du morcellement des services. D'autres modifications ont porté sur l'intégration d'une vision territoriale adaptée aux spécificités de la région, sur l'ajustement de la terminologie pour une meilleure clarté et sur l'élimination de dispositions obsolètes.

En parallèle, un accent particulier est mis sur le renforcement des moyens professionnels de la santé, notamment la revalorisation des barèmes des psychiatres et pédopsychiatres.

De plus, le député constate l'attention particulière accordée à la coordination au sein des services, avec un financement spécifique pour les fonctions de coordination, en ce compris pour les centres de planning familial. La réforme a également inclus une amélioration administrative.

En conclusion, le groupe Ecolo soutiendra ce texte et le député remercie le ministre pour ses clarifications futures au regard de la diminution de la charge administrative et du financement de 7 millions d'euros.

Il considère également que les fédérations sont des acteurs importants et que c'est grâce à une coordination avec ces acteurs qu'il est possible de construire un tel texte. C'est pourquoi, il importe d'apporter un meilleur financement aux fédérations.

Enfin, la question de la programmation commune constitue un élément important, ce qu'il tient à souligner.

**M. Alain Maron (ministre)** revient sur la correction technique, déposée sous forme d'amendement par le groupe MR, à effectuer à l'article 140. Cet article a été modifié entre l'avant-projet de décret qui fut soumis au Conseil d'État et le projet de décret tel que soumis à l'examen du Parlement. Il convient effectivement de supprimer le premier alinéa de l'article 140, afin de ne pas créer d'incohérence interne à l'article.

Concernant les liquidations, le ministre ne comprend pas la question posée dans la mesure où le Collège a réduit le nombre de tranches de liquidation



et accéléré les liquidations. En effet, une première liquidation de 50 % du montant de la subvention est prévue à la mi-février. Ensuite, une deuxième et une troisième liquidations de 25 % sont prévues à la mi-juin et à la mi-septembre.

*A priori*, il n'y a donc pas d'avance à effectuer de la part des associations. Pour avoir lui-même travaillé dans l'associatif durant de longues années, le ministre a rarement vu un cas de subventionnement garantissant des rythmes de liquidation comme ceux prévus par la réforme.

Il confirme donc que cette liquidation se fera dans le courant du même exercice. Si un travail de récupération est à effectuer par l'administration – en raison de montants peu ou mal justifiés –, celui-ci surviendra a posteriori. Ainsi, le cadre de liquidation prévu est sécurisant et favorable.

Il ajoute que les arrêtés d'exécution sont évidemment prêts mais que ceux-ci ne pourront partir au Conseil d'État qu'après adoption du décret par l'Assemblée. En effet, depuis un certain temps déjà, le Conseil d'État refuse de viser des arrêtés d'application de textes qui ne sont pas encore votés par l'Assemblée concernée.

Cependant, le timing de rétroactivité du décret ne devrait pas poser de problème puisque tout se jouera en année pleine sur 2024.

Concernant la répartition des montants entre les secteurs, le ministre explique les avoir exposé de manière extensive à l'occasion des débats budgétaires. Néanmoins, il propose de transmettre à nouveau le tableau complet de répartition des moyens en 2024 par type de service – secteurs et sous-secteurs – ainsi que le tableau de répartition des augmentations, afin de l'annexer au rapport <sup>(1)</sup>.

Il précise qu'un certain nombre de priorités budgétaires importantes a été explicité lors de ces débats, notamment les 7 millions d'euros dédiés au financement de la mise en œuvre des CSSI. Il précise que chaque CSSI ne touchera pas le même montant supplémentaire, au regard de sa configuration de base et de son subventionnement de base.

Il rappelle également les refinancements suivants :

- 500.000 euros sont prévus pour les services de santé mentale;
- un montant de pratiquement 450.000 euros est également prévu pour les services actifs en matière de toxicomanie;

- 459.000 euros sont prévus pour les CASG;
- 400.000 euros sont prévus pour les centres de coordination de services et de soin et d'aide à domicile;
- etc.

Pour ce qui concerne le différentiel, il est normal que la demande d'agrément soit adressée à l'administration. Toute demande de subvention est adressée, d'abord et avant tout, à l'administration. Cependant, rien n'empêche d'y joindre une copie adressée au cabinet. Cette manière de procéder résulte d'une décision politique que le Collège assume pleinement.

En cas de fermeture d'un service, la situation diffère quelque peu. En effet, il est logique de passer par le Collège si un signal politique doit être envoyé. Il est néanmoins évident que le travail préparatoire et administratif est effectué par l'administration.

Le ministre salue l'efficacité de la collaboration entre son cabinet et l'administration, parfaitement rodée à ces pratiques.

#### 4. Discussion et vote des articles

##### *Article premier*

Il ne suscite pas de commentaire et est adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

##### *Articles 2 et 3*

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 8 voix pour et 2 abstentions.

##### *Article 4*

**Mme Latifa Aït-Baala (MR)** souhaite des explications complémentaires concernant ce texte ainsi que le texte du décret et ordonnance conjoints.

En effet, il est prévu un renforcement de la coordination entre les deux textes. Quel en sera le timing ? Quand ces textes seront-ils finalisés ?

**M. Alain Maron (ministre)** explique dépendre du délai de retour du Conseil d'État. Dès le vote du présent texte en séance plénière, le projet d'arrêté du Collège – déjà approuvé en seconde lecture – sera adressé au Conseil d'État. Ainsi, dès son retour, il sera approuvé définitivement au Collège de la Commission communautaire française.

(1) Voir annexe 1.

Si le ministre espère un retour dans le mois de la part du Conseil d'État, ce dernier est particulièrement surchargé actuellement.

L'article 4 est adopté par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Articles 5 à 8*

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Article 9*

**Mme Latifa Aït-Baala (MR)** se demande, au paragraphe 4 de l'article, combien de salles de consommation à moindre risque le Gouvernement envisage-t-il ainsi que les limites budgétaires à leur création.

**M. Alain Maron (ministre)** rappelle qu'une salle de consommation à moindre risque est supposée ouvrir d'ici le printemps 2024, au sein du quartier Ribaucourt, a priori, grâce au financement de la Commission communautaire commune et non de la Commission communautaire française.

Néanmoins, ce texte ouvre la possibilité de le faire dans le cadre ambulatoire. Il rappelle que le décret ambulatoire a toujours comporté un volet de réduction des risques et, surtout, un volet « Drogues et addictions ». Il est donc logique de prévoir ce type de dispositif en Commission communautaire française.

Actuellement, aucune projection budgétaire ou prévision d'agrément n'est prévue en Commission communautaire française pour la mise en place de ces salles de consommation à moindre risque.

L'article 9 est adopté par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Articles 10 à 22*

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Article 23*

**Mme Latifa Aït-Baala (MR)** se demande si des dispositions sont prévues pour les aides à domicile à destination des personnes âgées porteuses d'un handicap. En effet, une confusion subsiste dans l'exposé des motifs à cet égard.

**M. Alain Maron (ministre)** précise qu'il n'existe pas d'exclusion des personnes souffrant d'un handicap en tant que bénéficiaires des services. La situation est donc maintenue.

L'article 23 est adopté par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Articles 24 à 31*

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Article 32*

**Mme Latifa Aït-Baala (MR)** demande au ministre s'il envisage d'agréer d'autres centres d'accueil téléphonique qui pourraient se spécialiser dans des missions spécifiques. Un budget est-il prévu pour ce faire ?

**M. Alain Maron (ministre)** explique qu'à ce stade, cela n'est pas prévu mais que la possibilité est ouverte. Il est possible que cela se produise à l'avenir, par exemple en matière de violences faites aux femmes.

L'article 32 est adopté par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Articles 33 à 39*

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Article 40*

**Mme Latifa Aït-Baala (MR)** se demande si des nouveautés sont prévues, pour ce qui concerne l'accompagnement des auteurs d'infractions à caractère sexuel, dans le cadre de la composition des équipes. Quels praticiens sont spécifiquement prévus pour cet accompagnement et, concrètement, en quoi consiste cet accompagnement ?

**M. Alain Maron (ministre)** explique que ces équipes, composées de psychologues et de psychiatres, étaient auparavant déjà financées dans le cadre du décret. Désormais, leur mission spécifique y est définie et reconnue.

Concernant le type d'accompagnement mis en place, ce sont les équipes elles-mêmes qui le déterminent.

L'article 40 est adopté par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Articles 41 à 139*

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 8 voix pour et 2 abstentions.

#### *Article 140*

Un amendement, déposé au nom de la commission par Mme Latifa Aït-Baala, Mme Leila Agic, Mme Farida Tahar, M. Petya Obolensky et Mme Joëlle Maison, est libellé comme suit :

« À l'article 140, le premier alinéa est supprimé ».

#### *Justification*

L'intention de cet article est manifestement de modifier le montant minimum de la subvention forfaitaire dont le Collège fixe le montant exact, en remplaçant le chiffre de 36.600 euros par le chiffre de 65.000 euros.

C'est d'ailleurs en substance ce qui figure dans le second alinéa, 1°, de l'article 140.

Il apparaît donc que le premier alinéa, qui mentionne quant à lui le montant de 650.000 euros, est une erreur technique.

Cet amendement se justifie donc par la nécessaire cohérence du texte.

L'amendement est adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

L'article 140, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

#### *Articles 141 à 167*

Ils ne suscitent pas de commentaire et sont adoptés par 8 voix pour et 2 abstentions.

### **5. Vote de l'ensemble du projet de décret, tel qu'amendé**

L'ensemble du projet de décret, tel qu'amendé, est adopté par 8 voix pour et 2 abstentions.

### **6. Approbation du rapport**

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

### **7. Texte adopté par la commission**

#### **PROJET DE DÉCRET**

#### **modifiant le décret du 5 mars 2009 relatif à l'offre des services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé**

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

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

#### *Article 2*

Dans l'ensemble du 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, les mots « services actifs en matière de toxicomanie » ou « services actifs en matière de toxicomanies », d'une part, et les mots « service actif en matière de toxicomanie » ou « service actif en matière de toxicomanies », d'autre part, sont remplacés par les mots « services actifs en matière de drogues et addictions », d'une part, et, d'autre part, « service actif en matière de drogues et addictions ».

#### *Article 3*

Dans l'ensemble du même décret, les mots « centre de coordination de soins et d'aide à domicile » sont remplacés par les mots « service de coordination de soins et d'aide à domicile » et les mots « centres de coordination de soins et d'aide à domicile » sont remplacés par les mots « services de coordination de soins et d'aide à domicile ».

#### *Article 4*

À l'article 2 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au 2°, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers » et la phrase est complétée par « , un centre social santé intégré »;

- 2) au 3°, les mots « le bénéficiaire » sont remplacés par les mots « l'utilisateur »;
- 3) le 5° est complété par les mots « à l'exception du centre social santé intégré »;
- 4) au 7°, les mots « à prévenir et » sont insérés entre les mots « prioritairement » et les mots « à lutter »;
- 5) au 8°, les mots « l'organisme de coordination ou » sont abrogés;
- 6) le 9° est remplacé par ce qui suit :
- « 9° le territoire : entité géographique de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale sur laquelle l'offre de l'ambulatoire est organisée; »;
- 7) sont insérés un 10°, 11°, 12°, 13°, 14°, 15°, 16°, 17° rédigés comme suit :
- « 10° la coordination : action qui vise à assurer la gestion et l'organisation du service ambulatoire, anime l'équipe et reste attentive à son bon fonctionnement, veille au respect des différents cadres administratifs et légaux en vigueur. Elle participe activement à la constitution de réseaux de partenaires des autres services social-santé de son territoire d'intervention, et notamment à ses lieux de concertation lorsqu'ils existent, facilitant ainsi des collaborations intra et intersectorielles du social-santé;
- 11° les bassins d'aide et de soins : zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, incluant des communes entières et/ou des parties de ces dernières et couvrant l'ensemble du territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. Ils sont le niveau intermédiaire entre la région et les communes en charge de la coordination et de la concertation entre les acteurs de l'ambulatoire et avec les services résidentiels ainsi que leurs interactions avec le niveau régional ou national;
- 12° les groupements de quartier : zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, couvrant l'ensemble du territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. Ils sont le niveau qui permet d'organiser la politique d'aide et des soins au plus proche des citoyens;
- 13° la fonction inclusive : fonction mise en œuvre par les acteurs de l'ambulatoire afin de rendre possible l'intégration des publics très fragiles dans le système socio-sanitaire en prenant en charge, y compris en allant à leur rencontre, les personnes qui n'ont pas accès aux soins, leurs besoins, et en les aidant à accéder au système
- de soins classique quel que soit la ou les raisons de leur manque d'accès;
- 14° l'action communautaire : approche, basée sur le pouvoir d'agir des populations, qui vise à élaborer et développer, avec et pour les usagers, des réponses collectives à des problématiques collectives dans une perspective de changement social, d'amélioration des déterminants de la santé, de lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle.
- Ce processus progressif d'analyse et d'action repose sur la participation effective des usagers et leur mise en synergie avec des professionnels du social et de la santé, des acteurs locaux et des ressources du territoire;
- 15° lieu de lien : lieu d'action communautaire qui a pour objectif général de favoriser l'inclusion et la construction de liens sociaux. Ces lieux d'accueil à bas seuil d'accès visent en outre à agir sur les déterminants sociaux et communautaires de la santé mentale;
- 16° pair-aidant : personne qui a connu, pendant une durée de minimum six mois consécutifs, au moins une problématique similaire au public bénéficiaire du service et qui souhaite partager son expérience pour la mettre au profit des usagers. La qualité de pair-aidant est formalisée par une attestation sur l'honneur;
- 17° outreaching : pratiques consistant à aller à la rencontre de publics éloignés de l'aide et des soins, ainsi que des services d'accompagnement mobiles. ».

### Article 5

L'article 3 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 3. § 1<sup>er</sup>. – Le service de santé mentale est un service ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, contribue au diagnostic et au traitement thérapeutique ainsi qu'à la prévention et à l'action communautaire, au bénéfice des usagers et de leur famille.

§ 2. – Cette approche pluridisciplinaire lui permet une articulation de différentes fonctions, assurant la prise en charge de situations complexes notamment au niveau psychiatrique, psychologique, psychothérapeutique, logopédique et social.

§ 3. – Le service de santé mentale travaille étroitement avec les partenaires social-santé de proximité et

prend en charge les problématiques qui nécessitent un suivi spécialisé tout en assurant la continuité des soins de santé mentale généralistes. ».

### Article 6

L'article 4 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 4. § 1<sup>er</sup>. – Le service de santé mentale exerce les missions générales suivantes :

1° offrir un premier accueil, analyser et, le cas échéant, orienter la demande de tout bénéficiaire usager :

- le service de santé mentale veille à garantir un accueil clinique minimal avec une analyse de la demande et, le cas échéant, une réorientation;
- il réfère les usagers réorientés vers les dispositifs ou intervenants adaptés à la problématique.

Il peut :

- référer aux psychologues de première ligne (conventionnés par l'Institut national d'assurance maladie invalidité) ou du secteur privé les usagers dont la problématique est adaptée au cadre de ces dispositifs;
- intervenir à la demande des psychologues de première ligne (conventionnés par l'Institut national d'assurance maladie invalidité), du secteur privé, ou des usagers ou leur famille pour des prises en charge pour lesquelles un suivi psychiatrique ou une prise en charge pluridisciplinaire spécialisée est indiquée;

2° poser un diagnostic et assurer le traitement psycho-médico-social de problèmes de santé mentale;

3° assurer un accompagnement psychologique pluridisciplinaire. La présence d'un psychiatre dans l'équipe est garante d'une vigilance médicale et indispensable à l'accompagnement de la situation de l'utilisateur dans sa complexité. La présence de l'assistant social est garante d'une prise en charge sociale lorsque celle-ci est nécessaire.

Le service de santé mentale assure le traitement des usagers notamment par :

- a) une collaboration avec toutes les personnes et institutions concernées;
- b) un suivi d'utilisateurs qui sont hébergés dans des institutions résidentielles et hospitalières, en accord avec les médecins de ces institutions;

c) un suivi d'utilisateurs qui ont été hébergés dans des institutions résidentielles et hospitalières;

d) un travail qui vise à la réinsertion sociale de l'utilisateur qui, à la suite de problèmes de santé mentale, rencontrent des difficultés dans leur vie familiale, scolaire, professionnelle ou sociale;

4° organiser, élaborer ou collaborer à des activités de prévention et d'action communautaire. Le service de santé mentale organise ou collabore à des activités de prévention et d'action communautaire étroitement liées à ses missions le cas échéant, aux projets spécifiques qu'il développe en partenariat ou non avec d'autres services.

Ces activités peuvent notamment consister en :

- a) l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé mentale de la population;
- b) l'information, la sensibilisation et l'éducation en matière de santé mentale des travailleurs du réseau sanitaire et social;
- c) des interventions spécifiques de prévention envers des groupes ciblés, notamment dans des lieux d'accueil de la petite enfance;
- d) la création de lieux de liens et ou d'action en santé mentale communautaire;
- e) la mobilité des soins, l'outreaching;
- f) l'offre d'un appui aux autres acteurs de terrain.

§ 2. – Le service de santé mentale travaille en coordination avec le réseau sanitaire, psychosocial et scolaire. À cet effet, il est tenu de :

1° participer activement à la structure de partenariat local ou, si celle-ci fait défaut, veiller avec les personnes, institutions et services concernés à instituer une initiative semblable;

2° entreprendre des démarches pour établir des accords de partenariat avec les personnes, institutions et services publics et privés;

3° participer à la Plate-forme de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale.

§ 3. – Le service de santé mentale peut offrir une prise en charge d'auteurs d'infraction à caractère sexuel. À cet égard, il peut accepter de suivre les auteurs d'infraction à caractère sexuel référés par le Centre d'Appui Bruxellois.

Dans le cadre de l'accord de coopération du 13 avril 1999 entre l'État fédéral et la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française concernant la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel, le Collège désigne des services de santé mentale pour constituer des équipes spécialisées agréées dans le suivi et le traitement des auteurs d'infraction à caractère sexuel. ».

#### Article 7

Dans la section 1<sup>ère</sup> du chapitre 1<sup>er</sup> du titre 1<sup>er</sup> du même décret, il est inséré un article 5<sup>bis</sup> rédigé comme suit :

« Art. 5<sup>bis</sup>. – Afin de renforcer l'intégration de son action avec celle d'un centre social santé intégré se trouvant sur son territoire d'intervention, le service de santé mentale peut mettre en place une collaboration avec le centre concerné. ».

#### Article 8

L'article 6 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Le service actif en matière de drogues et addictions est un service ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, mène, de manière permanente et privilégiée, une action spécifique de prévention, de réduction des risques, d'accompagnement, de soins ou de réinsertion, vis-à-vis de personnes, institutions et communautés confrontées ou susceptibles d'être confrontées aux usages et mésusages de substances psychoactives (alcool, tabac, médicaments et autres drogues légales et illégales) et aux conduites addictives (avec ou sans produits). ».

#### Article 9

L'article 7 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 7. – Le service actif en matière de drogues et addictions exerce les missions d'accueil et d'information pour les usagers de drogues, leur famille et leur entourage et au moins une des missions générales suivantes.

##### 1° L'accompagnement

Le service actif en matière drogues et addictions accompagne la demande des usagers et assure, par un suivi individualisé ou collectif, la guidance psychosociale et administrative en concertation

avec les personnes et institutions concernées, notamment les acteurs socio-sanitaires, scolaires et socio-culturels. Il peut ensuite orienter ou réorienter les usagers en fonction de leurs besoins vers des personnes ou institutions plus appropriées.

##### 2° Les soins

- a) Le service actif en matière drogues et addictions pose un diagnostic et assure le traitement des usagers rencontrant des problèmes liés à l'usage de drogues ou des conduites addictives. Le traitement de ces problèmes intègre les aspects médicaux, psychiatriques psychologiques et sociaux. Il vise à assurer le mieux-être des usagers dans leur milieu habituel de vie, ce qui n'implique pas nécessairement leur sevrage.
- b) Le service associe au traitement de l'utilisateur, avec l'accord de celui-ci, le médecin généraliste désigné par l'utilisateur et, dans la mesure du possible, tous les professionnels extérieurs à l'équipe du service, susceptibles de contribuer au traitement.

##### 3° La prévention

- a) Le service actif en matière de drogues et addictions organise des activités de prévention ou collabore à l'organisation d'activités ayant pour objet la prévention environnementale, universelle, sélective ou indiquée.
- b) Les activités de prévention peuvent notamment consister en :
  1. l'information, la sensibilisation et l'éducation de la population ainsi que des acteurs socio-sanitaires, psychosociaux, scolaires et socio-culturels en matière de drogues et addictions;
  2. des interventions spécifiques de prévention envers des groupes ciblés, notamment envers des personnes, institutions ou communautés confrontées ou susceptibles d'être confrontées à des problèmes d'usage de drogues ou des conduites addictives.

##### 4° La réduction des risques

Le service actif en matière de drogues et addictions organise des activités de réduction des risques.

Les activités de réduction des risques peuvent notamment consister en :

- a) l'information, la sensibilisation et l'éducation des usagers de drogues, de la population en général et, entre autres, des acteurs socio-sanitaires,

psychosociaux, scolaires et socioculturels en matière de risques liés à l'usage de drogues et des moyens de les réduire;

- b) des interventions spécifiques, en ce compris la distribution de matériel médical et paramédical, les activités menées dans les salles de consommation à moindre risque, la distribution de naloxone et d'eau stérile, les programmes d'accompagnement et d'éducation aux risques liés à l'injection, l'analyse de substances, le travail dans les milieux de vie, la participation des usagers de drogues;
- c) Les services agréés pour réaliser les activités visées en b) peuvent également mettre en place une salle de consommation à moindre risque, c'est-à-dire un service ambulatoire offrant aux personnes consommatrices de drogues un lieu protégé permettant de consommer dans des conditions socio-sanitaires optimales et sous la supervision d'une équipe pluridisciplinaire en vue de diminuer les risques pour la santé, leur entourage et l'environnement et de permettre la réinsertion dans la société, conformément à l'article 37*bis*;
- d) les services agréés pour réaliser les activités visées au point b) ont l'obligation d'offrir à leur public et dans la mesure des moyens disponibles, des médicaments et dispositifs médicaux qui concourent à diminuer les dommages de santé publique liés à certaines consommations particulièrement risquées. Pour ce faire, les acteurs agréés menant des activités de réduction des risques, telles que définies dans le décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, doivent pouvoir : acheter ce matériel et médicaments directement auprès des fournisseurs; les stocker; les diffuser auprès des services en assurant l'accès aux usagers;
- e) les services agréés pour réaliser les activités visées au point b) ont l'autorisation de commander la confection de kits de matériel stérile et de dispositifs médicaux auprès de pharmaciens, de distributeurs, commerçants en gros, importateurs et fabricants agréés par le ministre fédéral de la Santé publique;
- f) la liste des médicaments et dispositifs médicaux visés au point d) nécessaire à la mission de réduction des risques est établie par le Collège de la commission communautaire française.

#### 5° La réinsertion

Le service actif en matière de drogues et addictions effectue un travail d'encadrement nécessaire à la réinsertion sociale, familiale, scolaire et professionnelle des usagers. Il travaille en collaboration avec les personnes et institutions concernées, notamment les acteurs socio-sanitaires administratifs, scolaires et socioculturels et le monde du travail. ».

#### Article 10

L'article 8 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 8. – Le service actif en matière de drogues et addictions peut, en outre, exercer une ou des missions particulières parmi les suivantes.

#### 1° La liaison

Il mène une action de liaison entre différents intervenants ou entités confrontées, ou susceptibles d'être confrontées aux usages et mésusages de substances psychoactives et aux conduites addictives. Il organise les collaborations de façon à ce que les besoins des usagers et des communautés soient rencontrés de manière adéquate.

#### 2° La formation

Il assure la sensibilisation, la formation, la formation continuée, l'intervision ou la supervision d'intervenants confrontés ou susceptibles d'être confrontés aux problèmes rencontrés par les usagers de drogues et les conduites addictives.

#### 3° L'outreach

Il déploie son activité pour une personne ou un groupe de personnes dans son milieu de vie, au sein d'autres structures résidentielles, virtuelles ou au sein de l'espace public. ».

#### Article 11

Dans la section III du chapitre Ier du titre Ier du même décret, il est inséré un article 8*bis* rédigé comme suit :

« Art. 8*bis*. – Afin de renforcer l'intégration de son action avec celle d'un centre social santé intégré se trouvant sur son territoire d'intervention, le service actif en matière de drogues et addictions peut mettre en place une collaboration avec le centre concerné. ».

*Article 12*

L'article 9 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'usager » et le mot « bénéficiaire » est remplacé par le mot « usager »;
- 2) les mots « selon les méthodes » sont remplacés par les mots « par des actions collectives, communautaires ou individuelles »;
- 3) les mots « – même lorsqu'il peut être fait appel à des institutions spécialisées dans certains types d'aide ou de missions – » sont abrogés.

*Article 13*

L'article 10 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 10. – Les centres assurent les missions suivantes :

- 1° aider la personne, dans sa globalité, en offrant un premier accueil, en analysant sa situation, en envisageant toutes les possibilités d'intégration et en assurant son accompagnement et son suivi;
- 2° développer le lien social et un meilleur accès des personnes aux équipements collectifs et à leurs droits fondamentaux; agir sur l'ensemble des facteurs de précarisation sociale;
- 3° solliciter la participation active des personnes aidées, les intégrer, elles et leur famille, dans la vie citoyenne;
- 4° lutter contre les exclusions et favoriser la promotion d'actions d'intégration sociale;
- 5° consolider un travail en réseau et orienter, au besoin, les personnes vers des institutions plus spécialisées pour résoudre des situations critiques spécifiques;
- 6° signaler aux autorités compétentes les dysfonctionnements institutionnels et réglementaires décelés et formuler des propositions pour y pallier. ».

*Article 14*

L'article 11, 2°, du même décret est complété par la phrase suivante : « Cette analyse est intégrée dans le rapport d'activités pluriannuel visé à l'article 163, § 1<sup>er</sup>. ».

*Article 15*

À l'article 12 du même décret, le mot « relationnelle, » est inséré entre le mot « vie » et le mot « affective ».

*Article 16*

L'article 13 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 13. § 1<sup>er</sup>. – Le centre de planning familial assure les missions suivantes :

- 1° l'accueil, l'information et l'accompagnement des personnes, des couples, des familles ou des groupes au sujet de leur vie relationnelle, affective et sexuelle et de leur santé sexuelle et reproductive;
- 2° l'information sur l'interruption volontaire de grossesse et, le cas échéant, l'accompagnement de la personne qui souhaite bénéficier d'une interruption de grossesse ou son orientation vers un autre centre de planning familial ou établissement qui y procède;
- 3° le développement d'une stratégie de prévention et de promotion de la santé, orientées vers la vie relationnelle, affective et sexuelle, et la santé sexuelle et reproductive, à l'attention des personnes, des couples, des familles ou des groupes, notamment en milieu scolaire.

§ 2. – Pour réaliser les missions visées au § 1<sup>er</sup>, le centre de planning familial est tenu :

- 1° d'accueillir toute personne concernant sa vie relationnelle, affective et sexuelle et de lui apporter écoute, réponse et orientation;
- 2° d'organiser a minima des consultations médicales, psychologiques, sociales et juridiques;
- 3° d'organiser des activités de prévention et de promotion de la santé visant à permettre à tout individu d'accéder à une vie relationnelle, affective et sexuelle épanouie, d'assurer l'information et de susciter la réflexion sur ces thèmes, notamment en assurant des activités d'animations en matière d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle en particulier en milieu scolaire.

Le nombre minimal d'heures d'animation d'éducation à la vie relationnelle affective et sexuelle en milieu scolaire est fixé par le Collège.



Dans le respect de la législation en vigueur relative à l'interruption volontaire de grossesse, le centre peut développer des activités dans le domaine spécialisé de la pratique d'interruption volontaire de grossesse.

Le centre de planning familial peut développer des activités spécifiques dans des domaines plus spécialisés liées à ses missions notamment dans le cadre de la consultation conjugale et familiale, de la médiation familiale et de la consultation sexologique.

Le centre de planning familial peut également développer des activités d'appui aux professionnels en matière de vie relationnelle, affective et sexuelle et de santé sexuelle et reproductive. ».

#### Article 17

Dans la section IV du chapitre Ier du titre Ier du même décret, il est inséré un article 13bis rédigé comme suit :

« Art. 13bis. – Afin de renforcer l'intégration de son action avec celle d'un centre social santé intégré se trouvant sur le territoire de son bassin d'aide et de soins, le centre de planning familial peut mettre en place une collaboration avec le centre concerné. ».

#### Article 18

À l'article 14 du même décret, les mots « le malade » et « le patient » sont remplacés par les mots « l'utilisateur ».

#### Article 19

À l'article 15 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

1) le 2° est remplacé par ce qui suit :

« 2° assurer des fonctions d'action communautaire, fondée sur la mission visée au 3° de manière à avoir un impact favorable sur les déterminants de la santé de la population concernée; »;

2) le 4° est complété par les mots « pouvant prendre différentes formes avec a minima un accueil physique de l'utilisateur » juste avant le point.

#### Article 20

L'article 16 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Le service de médiation de dettes est un service ambulatoire qui preste des services, à l'exclusion de la conclusion d'un contrat de crédit, en vue de venir en aide de manière préventive ou curative aux personnes surendettées, c'est-à-dire aux personnes physiques qui rencontrent des difficultés financières ou sont dans l'impossibilité de faire face à leurs dettes exigibles ou à échoir. Le service de médiation de dettes a pour but de trouver une solution durable au problème de surendettement du débiteur. Il vise à lui assurer des conditions de vie conformes à la dignité humaine en l'aidant à respecter dans la mesure du possible ses engagements envers les créanciers. ».

#### Article 21

L'article 17 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Le service de médiation de dettes exerce les missions suivantes.

##### 1° L'accueil

Le service de médiation de dettes exerce les missions d'accueil et d'information pour les personnes et ménages en situation de surendettement ou en difficultés financières et leur famille.

##### 2° Le suivi en médiation de dettes

Le service de médiation de dettes réalise une analyse budgétaire (ressources et dépenses du ménage), un inventaire des dettes et procède, avec l'aide du juriste, à l'examen de la légalité des montants qui sont réclamés. Dans la mesure du possible et en accord avec le ou les usagers, il établit un budget respectant la dignité humaine du ménage et négocie un plan de remboursement ou un moratoire avec les créanciers.

##### 3° L'accompagnement

Le service de médiation de dettes assure, en son sein et en concertation avec l'utilisateur, la guidance budgétaire, psychosociale et administrative nécessaire au bon déroulement du plan de remboursement. Il peut également orienter ou réorienter les usagers en fonction de leurs besoins vers des personnes ou institutions plus appropriées.

## 4° La prévention

Le service de médiation de dettes peut organiser des activités de prévention ou collaborer à l'organisation d'activités ayant pour objet la prévention du surendettement.

Les activités de prévention peuvent notamment consister en :

1. l'information, la sensibilisation et l'éducation de la population ainsi que des acteurs socio-sanitaires, psychosociaux, scolaires et socioculturels en matière de surendettement et de gestion budgétaire;
2. des interventions spécifiques de prévention envers des groupes ciblés, notamment envers des personnes confrontées ou susceptibles d'être confrontées à des problèmes de surendettement. ».

*Article 22*

Dans la section VI du chapitre Ier du titre Ier du même décret, il est inséré un article 17bis rédigé comme suit :

« Art. 17bis. – Afin de renforcer l'intégration de son action avec celle d'un centre social santé intégré se trouvant sur le territoire de son bassin d'aide et de soins, le service de médiation de dettes peut mettre en place une collaboration avec le centre concerné. ».

*Article 23*

À l'article 22 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

– première phrase :

- 1) le mot « centre », utilisé deux fois, est remplacé par le mot « service »;
- 2) le mot « ou », entre les mots « vivre sa maladie » et les mots « son handicap », est remplacé par une virgule;
- 3) les mots « ou son vieillissement » sont insérés entre les mots « son handicap » et les mots « à son domicile »;

– troisième phrase :

- 1) les mots « le bénéficiaire » sont remplacés par les mots « l'utilisateur ».

*Article 24*

Dans le même décret, il est inséré un article 22bis rédigé comme suit :

« Le service de coordination veille, dans l'organisation de ses missions, à impliquer prioritairement des acteurs implantés dans le bassin de soins où séjourne l'utilisateur. ».

*Article 25*

À l'article 23 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au 1°, les mots « si nécessaire, » sont insérés entre les mots « médecin traitant, » et les mots « l'ensemble des soins »;
- 2) au 2°, le mot « surveillance » est remplacé par le mot « veille »;
- 3) les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'utilisateur ».

*Article 26*

L'article 24 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 24. – Afin de renforcer l'intégration de son action avec celle d'un centre social santé intégré se trouvant sur son territoire d'intervention, les services de coordination de soins et de services à domicile peuvent mettre en place une collaboration avec le centre concerné. ».

*Article 27*

À l'article 25 du même décret, les mots « patients bénéficiaires » sont remplacés par le mot « usagers ».

*Article 28*

À l'article 26 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) les mots « patients bénéficiaires » sont remplacés par le mot « usagers »;
- 2) le quatrième paragraphe est abrogé.

### Article 29

À l'article 28 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers »;
- 2) les mots « le bénéficiaire » sont remplacés par les mots « l'utilisateur »;
- 3) les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'utilisateur ».

### Article 30

Dans le même décret, il est inséré un article 28*bis* rédigé comme suit :

« Art. 28*bis*. – Au sein d'un même bassin, le service d'aide à domicile organise des tournées de soins afin de limiter les déplacements de son équipe. ».

### Article 31

À l'article 29 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers »;
- 2) les mots « le bénéficiaire » sont remplacés par les mots « l'utilisateur »;
- 3) les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'utilisateur ».

### Article 32

Dans la section XII du chapitre I<sup>er</sup> du titre I<sup>er</sup> du même décret, il est inséré un article 31*bis* rédigé comme suit :

« Art. 31*bis*. – Le centre d'accueil téléphonique peut également se spécialiser dans certaines problématiques, pour lesquelles il exerce les missions spécifiques suivantes :

- l'accompagnement psychologique de la personne en difficulté;
- l'accompagnement des familles et proches de la personne en difficulté;
- l'accompagnement des services et structures dans lesquelles s'inscrit la personne en difficulté;

- la mise en place d'une cellule de soutien à la prévention. ».

### Article 33

Dans le titre I du même décret, il est inséré un chapitre III intitulé « Chapitre III. – Définitions et missions du centre social santé intégré ».

### Article 34

Dans le chapitre III, introduit par l'article 30, il est inséré un article 31*ter* rédigé comme suit :

« Art. 31*ter*. – Le centre social santé intégré est un service ambulatoire qui offre aux usagers une prise en charge généraliste intégrée de santé somatique, mentale et action sociale. ».

### Article 35

Dans le chapitre III, introduit par l'article 30, il est inséré un article 31*quater* rédigé comme suit :

« Art. 31*quater*. – Le centre social santé intégré exerce les missions générales suivantes :

- 1° aider la personne dans sa globalité et dans toutes ses possibilités d'intégration en offrant un premier accueil aux usagers, analyser leur situation et, le cas échéant, orienter leur demande vers le service compétent au sein du centre ou vers un autre service spécialisé;
- 2° développer le lien social et un meilleur accès des personnes aux équipements collectifs et à leurs droits fondamentaux. Agir sur l'ensemble des facteurs de précarisation sociale;
- 3° susciter la participation active des personnes aidées, les intégrer, elles et leur famille, dans la vie citoyenne;
- 4° dispenser des soins de santé primaire tels que visés aux articles 14 et 15;
- 5° assurer un accompagnement et un suivi de l'utilisateur dans la durée;
- 6° assurer un accompagnement psychologique généraliste;
- 7° assurer des fonctions d'observatoire de la santé et du social, tel que visé à l'article 15, 3°;
- 8° assurer des fonctions d'action communautaire;

- 9° renforcer les liens avec certains autres services ambulatoires, notamment en mettant en place des collaborations;
- 10° garantir la prise en charge de tous les usagers et ce indépendamment de leur statut administratif et de leur assurabilité financière;
- 11° accompagner l'usager dans ses démarches administratives pour obtenir une assurabilité financière;
- 12° mettre en place des dispositifs de liaison interprofessionnelle;
- 13° tout en laissant le choix à l'usager de changer de service ambulatoire, mettre en place des pratiques permettant la continuité dans la démarche de l'aide et des soins au sein du centre social santé intégré, y compris lorsque l'usager choisit librement de changer de service ambulatoire afin de le maintenir dans le système soignant. ».

#### Article 36

Dans le chapitre III, introduit par l'article 30, il est inséré un article 31quinquies rédigé comme suit :

« Art. 31quinquies. § 1<sup>er</sup>. – Le centre social santé intégré peut en outre exercer une fonction inclusive spécifique, devant consister à :

- 1° mettre en place un service d'outreaching en vue d'aller à la rencontre des populations qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services;
- 2° assurer l'accueil et la prise en charge d'un pourcentage minimum, tel que fixé par le Collège, des ayants droit à l'aide médicale urgente émise par le centre public d'action social ou au réquisitoire émis par FEDASIL;
- 3° et prévoir une réactivité aux situations d'urgence afin d'accueillir des dispositifs externes d'accès aux droits et aux services nécessaires à la gestion de la situation d'urgence.

§ 2. – Pour exercer cette fonction inclusive, le service ambulatoire doit :

- 1° faire une demande d'extension de cadre qui doit être introduite auprès des services du Collège;
- 2° assortir cette demande d'un rapport établissant le besoin de la population du groupement de quartiers. ».

#### Article 37

Dans le chapitre III, introduit par l'article 30, il est inséré un article 31sexies rédigé comme suit :

« Art. 31sexies. – Afin d'assurer l'exercice de ses missions, le centre social santé intégré peut bénéficier d'un accompagnement. Les modalités de cet accompagnement sont fixées par le Collège. ».

#### Article 38

À l'article 32 du même décret, en début de phrase sont ajoutés les mots « Jusqu'à l'adoption d'une programmation conjointe avec la Commission communautaire commune, » et le mot « Le » est remplacé par le mot « le ».

#### Article 39

L'article 33 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 33. – Pour être agréé, le service ambulatoire satisfait aux conditions suivantes :

- 1° être constitué sous forme de personne sans but lucratif, dont l'objet social est en lien avec le secteur pour lequel il sollicite son agrément;
- 2° exercer ses activités principalement sur le territoire de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale;
- 3° compter, dans l'équipe des travailleurs de l'association sans but lucratif, une personne chargée d'être le point de contact du service ambulatoire;
- 4° être accessible à toutes et tous, sans distinction d'ordre sexuel, politique, culturel, racial, philosophique, religieux ou d'orientation sexuelle, sans aucune discrimination au sens du décret du 9 juillet 2010 relatif à la lutte contre certaines formes de discrimination et à la mise en œuvre du principe de l'égalité de traitement, avec une attention particulière à l'accessibilité et l'accueil des personnes en situation de handicap, qu'il soit d'ordre physique, sensoriel ou intellectuel;
- 5° respecter les règles de déontologie et de secret professionnels afférentes aux diverses professions;
- 6° garantir la confidentialité dans l'organisation de ses locaux;
- 7° mener une démarche d'évaluation qualitative conformément au titre IV;

- 8° respecter les conditions sectorielles d'agrément et les normes d'agrément;
- 9° souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle;
- 10° souscrire une assurance en responsabilité des administrateurs;
- 11° respecter les obligations générales applicables aux asbl qui découlent du Code des sociétés et des associations;
- 12° être accessible à toutes et tous, et particulièrement aux publics présentant des vulnérabilités socio-économiques et sanitaires;
- 13° garantir que l'ensemble des prestataires de soins appliquent les tarifs conventionnés et fixés par l'Institut national d'assurance maladie invalidité. ».

*Article 40*

À l'article 34 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

1) le § 4 est remplacé comme suit :

« § 4. – Le service peut comprendre une équipe pluridisciplinaire spécialisée dans la guidance et le traitement d'auteurs d'infractions à caractère sexuel qui assure au moins les fonctions psychiatriques, psychologique et sociale. Pour assurer chacune de ces fonctions, cette équipe est composée de personnes qui assurent des prestations équivalant au moins à un quart d'équivalent temps plein de travail pour la fonction psychiatrique, à un demi équivalent temps plein de travail pour la fonction psychologique et à un quart d'équivalent temps plein de travail pour la fonction sociale. »;

2) un § 5 est inséré comme suit :

« § 5. – L'équipe peut également assurer des fonctions complémentaires, notamment dans le domaine de la médecine, des soins infirmiers, de la pédagogie, de la sociologie, de l'anthropologie et des sciences humaines et sociales, de la criminologie, de la psychomotricité, de la logopédie, de l'ergothérapie, d'éducateur et en ce compris dans l'emploi de pair-aidant. Ces fonctions complémentaires sont directement liées aux activités menées par le service de santé mentale dans le cadre de ses missions générales et, le cas échéant, de ses projets spécifiques. ».

*Article 41*

À l'article 35 du même décret, le mot « patients » est remplacé par le mot « usagers ».

*Article 42*

À l'article 37 du même décret, les mots « une équipe d'au minimum un mi-temps par mission agréée » sont remplacés par les mots « une équipe de base minimale composée de 4 équivalents temps plein, dont au moins un mi-temps par mission agréée et inclut au surplus une fonction de coordination, à laquelle au minimum un quart-temps est dédié. ».

*Article 43*

À l'article 37bis, § 2, du même décret, les mots « remplissant la fonction médicale » sont remplacés par le mot « médecin ».

*Article 44*

À l'article 38 du même décret les modifications suivantes sont apportées :

1) le 1° est remplacé par ce qui suit :

« 1° sans préjudice des dispositions prévues à l'article 40, garantir une accessibilité aux personnes selon les modalités définies par le Collège; »;

2) le 2° est remplacé par ce qui suit :

« 2° assurer une permanence sociale, libre et sans rendez-vous, dans ou en dehors des locaux du centre d'action sociale globale, visant à prendre en charge la demande de la personne. Le Collège fixe les modalités de fonctionnement des permanences sociales; »;

3) un 3° est inséré et rédigé comme suit :

« 3° collaborer avec les centres d'action sociale globale agréés, conformément à l'article 11. Le Collège fixe les modalités de collaboration entre les centres. ».

*Article 45*

L'article 39 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 39. § 1<sup>er</sup>. – Pour être agréé comme centre d'action sociale globale, le centre comporte une

équipe d'au moins 3 équivalents temps plein remplissant la fonction sociale et d'un équivalent temps plein remplissant une fonction administrative.

§ 2. – En vue de poursuivre l'approfondissement des missions, cette équipe de base peut être complétée, au besoin, par une équipe complémentaire en vertu de critères fixés par le Collège.

§ 3. – Un des professionnels remplissant la fonction sociale assure la responsabilité de la coordination. Le temps de travail de coordination est lié au temps de travail de la fonction sociale selon les modalités déterminées par le Collège. ».

#### Article 46

À l'article 41 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

1) au § 1<sup>er</sup>, 6°, le mot « administratives » est remplacé par les mots « de soutien administratif »;

2) au § 1<sup>er</sup>, un 7° et 8° sont insérés et rédigés comme suit :

« 7° de prévention et d'animation en matière d'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle, notamment en milieu scolaire;

8° de coordination. »;

3) au § 2, le mot « administrative » est remplacé par les mots « de soutien administratif ».

#### Article 47

À l'article 42 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

1) au 1<sup>er</sup> alinéa, 3°, le mot « gradué » est abrogé;

2) au 1<sup>er</sup> alinéa, le 3° est complété par les mots « ou infirmier(ère) spécialisé(e) en santé communautaire » sont insérés entre les mots « infirmier(ère) gradué(e) social(e) » et les mots « à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein »;

3) au 1<sup>er</sup> alinéa, un 6° est inséré et rédigé comme suit :

« 6° un(e) responsable de la coordination engagé(e) à un quart d'équivalent temps plein au moins. »;

4) au 2<sup>ème</sup> alinéa, un 3°, 4°, 5° et 6° sont insérés et rédigés comme suit :

« 3° un(e) sage-femme à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein;

4° un(e) travailleur(euse) titulaire de la spécialisation en santé communautaire à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein;

5° un(e) éducateur(rice) spécialisé(e) à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein;

6° un(e) assistant(e) en psychologie à raison d'au moins zéro seize équivalent temps plein. ».

#### Article 48

L'article 43 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Pour être agréé comme maison médicale, le service comprend une équipe pluridisciplinaire composée au minimum de deux médecins agréés comme titulaires du titre professionnel particulier de médecin généraliste, d'un professionnel de la santé, non médecin, disposant d'un agrément en vertu de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, ainsi que de personnel d'accueil. ».

#### Article 49

Dans le même décret, il est inséré un article 44bis rédigé comme suit :

« Art. 44bis. – Le service pourra solliciter, via une demande de modification d'agrément telle que prévue aux articles 77, 78 et 78bis, une extension du cadre pour l'équivalent d'un demi temps plein de fonction d'assistant social. ».

#### Article 50

L'article 46 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 46. – Par dérogation à l'article 33, 1°, le service de médiation de dettes, conformément à la loi du 12 juin 1991 relative au crédit à la consommation, peut être organisé par une personne morale de droit public qui exerce ses activités dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale si elle est agréée à cette fin. ».

### Article 51

L'article 47 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Pour être agréé comme service de médiation de dettes, le service doit avoir l'aide aux personnes en difficulté pour but social ou mission légale. Il comprend une équipe pluridisciplinaire qui assure au moins les fonctions suivantes :

1° la fonction de médiation de dettes. Pour garantir l'exercice de cette fonction, le service affecte à la médiation de dettes au moins 3 ETP assistant social disposant d'une formation spécialisée ou d'une expérience professionnelle;

2° la fonction juridique. Pour garantir l'exercice de cette fonction, le service justifie de l'exécution de prestations juridiques par un juriste à raison d'au moins zéro trente-trois équivalent temps plein, disposant d'une formation spécialisée ou d'une expérience professionnelle en médiation de dettes et lié à l'institution par un contrat de travail ou par une convention.

Cette convention peut aussi être conclue avec une association employant un ou des juristes répondant aux conditions visées au 1<sup>er</sup> alinéa ou encore avec l'organisme agréé en vertu de l'article 143 du décret du 5 mars 2009;

3° la fonction d'accueil et de secrétariat. Pour garantir l'exercice de cette fonction, le service affecte 0,5 ETP à l'accueil et au secrétariat.

Le Collège peut fixer le contenu minimal de la formation spécialisée visée aux 1° et 2°. ».

### Article 52

À l'article 48 du même décret, le mot « bénéficiaire » est remplacé par le mot « usager ».

### Article 53

L'intitulé de la sous-section IX de la section II du chapitre Ier du titre II du décret est remplacé par les mots suivants : « Conditions d'agrément des services de coordination de soins et d'aide à domicile ».

### Article 54

L'article 52 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 52. § 1<sup>er</sup>. – Pour être agréé comme service de coordination de soins et d'aide à domicile dans le cadre de la mission visée à l'article 23, 1°, le service, pour chaque usager, assure la coordination de tous les services nécessaires à son maintien à domicile, notamment :

- a) aide aux actes de la vie journalière par un service agréé comme service d'aide aux familles et aux personnes âgées;
- b) accompagnement social;
- c) soins infirmiers à domicile;
- d) distribution de repas à domicile;
- e) kinésithérapie;
- f) prêt de matériel;
- g) logopédie;
- h) ergothérapie;
- i) podologie;
- j) télévigilance;
- k) soutien psychologique;
- l) soins bucco-dentaires;
- m) coiffure.

§ 2. – Le service de coordination organise un système de veille lui permettant de répondre aux urgences des usagers vingt-quatre heures sur vingt-quatre et sept jours sur sept. ».

### Article 55

Dans l'article 53 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) le mot « centre » est remplacé par le mot « service »;
- 2) « au 1°, le mot « principaux » est abrogé de même que le « , 1° »;
- 3) au 2°, le mot « garde » est remplacé par le mot « veille »;
- 4) au 2°, le mot « patients » est remplacé par le mot « usagers »;

- 5) au 2°, les mots « endéans l'heure par du personnel infirmier » sont remplacés par les mots « si nécessaire ».

#### Article 56

Dans l'article 54 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) les mots « centres de coordination de soins et services » sont remplacés par les mots « services de coordination de soins et d'aide »;
  - 2) au 1°, a) et b), le mot « centre » est remplacé par le mot « service »;
- au 2°, les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par « de l'utilisateur »;
- 3) le 3° est remplacé par ce qui suit :

« 3° de l'organisation du service et du type de système d'accueil téléphonique mis en place :

- a) le service de coordination de catégorie 1 ou 2 peut organiser le premier accueil téléphonique des usagers par un prestataire extérieur;
- b) le service de coordination de catégorie 3 est un service de coordination intégré qui organise l'accueil téléphonique (analyse de la situation, réponse et orientation) de toutes les demandes exclusivement en interne au centre. ».

#### Article 57

À l'article 55 du même décret :

- 1) au § 1<sup>er</sup>, alinéas 1<sup>er</sup> et 2, et au § 2, le mot « centre » est remplacé par le mot « service »;
- 2) au § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « de soins et d'aide » sont insérés à la suite des mots « ci-après dénommé le coordinateur ».

#### Article 58

À l'article 56 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) le mot « centre » est remplacé par le mot « service »;
- 2) au 1°, le mot « bénéficiaire » est remplacé par le mot « usager » et le mot « centre » est remplacé par le mot « service »;

- 3) au 2°, les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'utilisateur ».

#### Article 59

À l'article 56 du même décret, le mot « centre » est remplacé par le mot « service ».

#### Article 60

À l'article 58 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au § 2, les mots « patients bénéficiaires » sont remplacés par le mot « usagers »;
- 2) au § 3, les mots « de personnel infirmier » sont remplacés par les mots « d'une infirmière ou d'un infirmier ».

#### Article 61

À l'article 59, du même décret, les mots « patients bénéficiaires » sont remplacés par le mot « usagers ».

#### Article 62

À l'article 60 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au 1<sup>er</sup> alinéa, le chiffre « 4 » est remplacé par le chiffre « 3 »;
- 2) le 4° est abrogé.

#### Article 63

À l'article 61 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au 1°, les mots « titulaires du certificat d'immatriculation visé à l'article 132 » sont abrogés;
- 2) au 4°, le mot « , seniors » et les mots « remplissant la fonction de coordinateur général » sont abrogés.

#### Article 64

Dans le titre II, chapitre I du même décret, il est inséré une section II intitulée « Section II. – Conditions d'agrément du centre social santé intégré ».



### Article 65

Dans la section II, introduite par l'article 54, il est inséré un article 63*bis* rédigé comme suit :

« Art. 63*bis*. – Le centre social santé intégré est constitué sous la forme d'une asbl qui répond à l'une des caractéristiques suivantes :

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

### Article 66

Dans la section II, introduite par l'article 61, il est inséré un article 63*ter* rédigé comme suit :

« Art. 63*ter*. – Afin d'assurer son accessibilité, le centre social santé intégré prévoit des horaires d'accès étendus, flexibles et certaines plages horaires sans rendez-vous.

Ces modalités sont fixées par le Collège. ».

### Article 67

Dans la section II, introduite par l'article 61, il est inséré un article 63*quater* rédigé comme suit :

« Art. 63*quater*. – Par dérogation à l'article 33, 1°, l'objet social du centre social santé intégré est en lien avec les missions prévues à l'article 31*bis*. ».

### Article 68

Dans la section II, introduite par l'article 61, il est inséré un article 63*quinquies* rédigé comme suit :

« Art. 63*quinquies*. – Le centre social santé intégré dispose d'une équipe pluridisciplinaire composée au moins du personnel suivant :

- trois équivalents temps plein remplissant la fonction d'assistance sociale;

- un équivalent temps plein remplissant la fonction administrative;
- un et demi équivalent temps plein remplissant la fonction d'accueil;
- un demi équivalent temps plein remplissant la fonction d'action communautaire;
- un équivalent temps plein remplissant la fonction de coordination;
- deux médecins remplissant la fonction de médecine générale;
- un professionnel de la santé, non médecin, disposant d'un agrément en vertu de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé;
- un demi équivalent temps plein remplissant la fonction psychologique. ».

### Article 69

L'article 64 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 64. § 1<sup>er</sup>. – Le service ambulatoire introduit une demande d'agrément auprès des services du Collège.

Le Collège détermine les modalités d'introduction de cette demande. Cette demande d'agrément est accompagnée d'une note précisant la manière dont le service répond ou envisage de répondre aux missions pour lesquelles il demande à être agréé et dans laquelle il s'engage à respecter les conditions d'agrément et les normes générales, sectorielles ou du centre social santé intégré, visées au présent titre.

§ 2. – Les documents suivants sont joints à la demande d'agrément :

- 1° le nom de l'association sans but lucratif;
- 2° le nom du service ambulatoire;
- 3° le numéro d'entreprise;
- 4° le relevé d'identité bancaire;
- 5° le nom de la personne habilitée à représenter l'association sans but lucratif;
- 6° l'adresse du ou des sièges d'activités;

- 7° le nom de la personne chargée d'être le point de contact avec l'administration les services du Collège et sa désignation par le Conseil d'administration;
- 8° un document établissant que le service à la jouissance des locaux;
- 9° une attestation de l'assurance en responsabilité des administrateurs;
- 10° une attestation de l'assurance en responsabilité civile professionnelle du service;
- 11° un budget prévisionnel du service ambulatoire mentionnant toutes les subventions publiques acquises ou sollicitées, dont l'allocation pour les aidants-proches;
- 12° la composition de l'équipe, présente et sollicitée, avec fonctions, qualifications et temps de travail;
- 13° l'ensemble des ressources publiques dont dispose l'asbl.

§ 3. – Les services du Collège déclarent la demande recevable si elle contient tous les documents visés ci-dessus, déclarés sincères et conformes et s'ils sont signés par la personne habilitée à représenter l'association sans but lucratif. ».

#### Article 70

Dans l'article 65 du même décret, les mots « , le Collège fait instruire et fait procéder à une inspection » sont remplacés par « par les services du Collège, le dossier est instruit et une inspection est réalisée ».

#### Article 71

L'article 66, alinéa 1<sup>er</sup>, du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Les services du Collège soumettent ensuite le dossier de demande d'agrément comprenant l'analyse administrative ainsi que le rapport d'inspection au Conseil consultatif pour avis. ».

#### Article 72

Dans l'article 67 du même décret, les mots « son projet » sont remplacés par les mots « sa demande d'agrément ».

#### Article 73

L'article 68 du même décret est abrogé.

#### Article 74

À l'article 69 du même décret, le mot « provisoire » est abrogé.

#### Article 75

Dans la section II du chapitre II du titre II du même décret, il est inséré un article 69bis rédigé comme suit :

« Art. 69bis. – La demande d'agrément se fait en deux temps, par la demande d'un agrément provisoire d'abord, ensuite d'un agrément définitif. ».

#### Article 76

L'article 70 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 70. – Le Collège octroie un agrément provisoire pour une durée de deux ans, renouvelable maximum une fois, pour autant que le demandeur :

1° respecte :

- a) pour les agréments par secteur, le point 1° de l'article 33;
- b) pour l'agrément centre social santé intégré, l'article 63bis;

2° s'engage à respecter, au plus tard 3 mois après le versement de la première avance de sa subvention, les points 2° à 13° de l'article 33;

3° ait introduit une demande d'agrément provisoire conjointement auprès du Collège et des services du Collège accompagnée des documents prévus à l'article 64, § 1<sup>er</sup> et § 2, 1°, 2°, 3°, 4°, 5°, 11°, 12° et 13°;

4° s'engage à introduire auprès du Collège, au plus tard 3 mois après le versement de la première avance de sa subvention, les documents prévus à l'article 64, § 2, 6° à 10°.

La décision du Collège accordant l'agrément provisoire précise les missions pour lesquelles le service ambulatoire est agréé provisoirement et, sauf pour les services d'aide à domicile, la composition de l'équipe subventionnée. ».

*Article 77*

Dans l'article 71 du même décret, les mots « le Collège fait procéder à une inspection et détermine si » sont remplacés par « une inspection par les services du Collège est réalisée afin de vérifier si ».

*Article 78*

À l'article 72 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) à la première phrase, les mots « le Collège fait » sont remplacés par les mots « les services du Collège font »;
- 2) à la première phrase, les mots « par le service ambulatoire » sont insérés entre le mot « actualiser » et les mots « les documents visés à l'article 64, § 2 »;
- 3) au 2<sup>ème</sup> alinéa, le mot « Il » est remplacé par « Le Collège ».

*Article 79*

L'article 73 du même décret est complété par les mots « dans le mois qui suit ».

*Article 80*

Dans l'article 77 du même décret, le mot « ambulatoire » est inséré après le mot « service ».

*Article 81*

À l'article 78 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) le 1<sup>er</sup> alinéa devient le paragraphe 1<sup>er</sup>;
- 2) les mots « au Collège » y sont remplacés par « aux services du Collège »;
- 3) le 2<sup>ème</sup> alinéa est abrogé et remplacé par un paragraphe 2 rédigé comme suit :

« § 2. – Par dérogation au 1<sup>er</sup> alinéa, en cas de modifications de cadre qui n'ont aucun impact sur le budget et n'entraînent aucune conséquence sur le respect des normes de fonctionnement et de personnel, le service ambulatoire introduit une demande, par simple courrier avec accusé de réception ou par voie électronique avec accusé de réception, aux services du Collège. ».

*Article 82*

À l'article 79 du même décret, la dernière phrase « Le Collège peut faire une proposition de modification contrainte d'agrément au service ambulatoire. » est remplacée par la phrase « Le Collège peut également, en cas de non-respect des normes ou lorsque les missions ne sont plus réalisées, imposer une modification d'agrément ayant pour effet une diminution de la subvention. ».

*Article 83*

À l'article 83 du même décret, le mot « ambulatoire » est inséré entre les mots « au service » et les mots « par pli recommandé ».

*Article 84*

À l'article 84 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au § 1<sup>er</sup>, le mot « ambulatoire » est inséré entre les mots « du service » et les mots « concerné dans »;
- 2) au § 1<sup>er</sup>, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers »;
- 3) au § 2, le mot « ambulatoire » est inséré entre les mots « du service » et les mots « concerné dans ».

*Article 85*

À l'article 86 du même décret, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers ».

*Article 86*

À l'article 92 du même décret, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers ».

*Article 87*

À l'article 93 du même décret, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers ».

*Article 88*

À l'article 94 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) à la première phrase du 1<sup>er</sup> alinéa, les mots « il informe le Collège de son intention de fermer et »

sont insérés entre les mots « ses activités, » et les mots « communique cette décision »;

2) à la première phrase du 1<sup>er</sup> alinéa, le mot « trois » est remplacé par le mot « six »;

3) à la deuxième phrase du 1<sup>er</sup> alinéa, les mots « Le service » sont remplacés par le mot « Il ».

#### *Article 89*

À l'article 95 du même décret, le mot « panneau » est remplacé par le mot « support ».

#### *Article 90*

À l'article 96 du même décret, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers ».

#### *Article 91*

À l'article 97, la première phrase du 1<sup>er</sup> alinéa est complétée par les mots « et transmis par le service ambulatoire aux services du Collège ».

#### *Article 92*

L'article 98 du même décret est complété comme suit :

« Les autres modalités sont fixées par le Collège. ».

#### *Article 93*

À l'article 99 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

1) au § 1<sup>er</sup>, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers »;

2) au § 2, le mot « ambulatoire » est inséré entre les mots « le service » et le mot « réclame » et le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers »;

3) au § 3, le mot « ambulatoire » est inséré entre les mots « le service » et le mot « informe » et le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers » et les mots « le bénéficiaire » sont remplacés par les mots « l'utilisateur »;

4) au § 4, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers ».

#### *Article 94*

À l'article 100 du même décret, les mots « et pour les centres social santé intégré » sont insérés entre les mots « Par secteur » et les mots « , le Collège ».

#### *Article 95*

À l'article 101 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

1) au § 1<sup>er</sup>, le mot « bénéficiaire » est remplacé par le mot « usager » et les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'utilisateur »;

2) un nouveau § 2 est inséré et rédigé comme suit :

« § 2. – Afin de respecter l'anonymat des usagers, l'obligation prévue au § 1<sup>er</sup> ne s'applique pas au Centre d'accueil téléphonique dans le cadre de leur mission d'écoute. »;

3) l'ancien § 2 devient l'article 102.

#### *Article 96*

L'article 102 du même décret est abrogé.

#### *Article 97*

L'article 103 du même décret est abrogé.

#### *Article 98*

À l'article 104 du même décret, le premier alinéa devient le § 1<sup>er</sup> et un § 2 est inséré et rédigé comme suit :

« § 2. – Dans le cas d'un centre social santé intégré, le service ambulatoire transmet un seul rapport d'activité annuel approuvé par l'assemblée générale du service, même s'il est constitué de plusieurs services agréés. Le contenu est déterminé par le Collège, après avis du Conseil consultatif. ».

#### *Article 99*

À l'article 105 du même décret, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers ».

#### Article 100

L'article 106 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 106. § 1<sup>er</sup>. – La mention « agréé par la Commission communautaire française » est obligatoire sur tous documents, affiches et publications, en ce compris les publications numériques, du service ambulatoire et est visible à l'extérieur du bâtiment.

§ 2. – Les services ambulatoires doivent veiller à respecter les obligations prévues par la Charte graphique de l'Union européenne et la directive (UE) 2016/2102 relative à l'accessibilité des sites internet et des applications mobiles des organismes du secteur public telle que transposée par le décret du 9 mai 2019 relatif à l'accessibilité des sites internet et des applications mobiles des institutions publiques de la Commission communautaire française.

§ 3. – Les obligations prévues au § 1<sup>er</sup> ne s'appliquent pas quand des raisons de sécurité ou d'anonymat des travailleurs le justifient. ».

#### Article 101

À l'article 107 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) les mots « centre santé social intégré, » sont intégrés entre les mots « centre d'accueil téléphonique, » et les mots « les services ambulatoires agréés »;
- 2) les mots « centre de coordination de soins et de services à domicile » sont remplacés par les mots « service de coordination de soins et d'aide à domicile ».

#### Article 102

À l'article 108 du même décret, les mots « les règles prévues par l'arrêté 2001/549 relatif à l'application du décret de la Commission communautaire française du 12 juillet 2001 modifiant diverses législations relatives aux subventions accordées dans le secteur de la politique de la santé et de l'aide aux personnes et relatif à la modification de divers arrêtés d'application concernant les secteurs de l'aide aux personnes, de la santé, des personnes handicapées et de l'insertion socioprofessionnelle » sont remplacés par « la législation relative au secteur du non marchand en vigueur et applicable à la Commission communautaire française de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale ».

#### Article 103

L'article 110 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 110. – Le service ambulatoire organise la formation continuée de l'équipe agréée telle que prévue par l'article 89 de l'arrêté 2001/549 relatif à l'application du décret de la Commission communautaire française du 12 juillet 2001 modifiant diverses législations relatives aux subventions accordées dans le secteur de la politique de la santé et de l'aide aux personnes et relatif à la modification de divers arrêtés d'application concernant les secteurs de l'aide aux personnes, de la santé, des personnes handicapées et de l'insertion socioprofessionnelle.

Le Collège peut déterminer des critères minimaux supplémentaires auxquels doivent répondre ces formations. ».

#### Article 104

À l'article 111 du même décret, les mots « coordinateur général » sont remplacés par les mots « point de contact ».

#### Article 105

Dans le titre II, chapitre III, section I<sup>re</sup>, sous-section II, il est inséré un article 111*bis* rédigé comme suit :

« Art. 111*bis*. – Le service ambulatoire peut désigner, au sein de l'équipe agréée, une ou des personnes assurant la fonction de coordination. ».

#### Article 106

À l'article 118 du même décret, le mot « ambulatoire » est inséré entre les mots « du service » et le mot « ainsi ».

#### Article 107

L'article 119 est remplacé par ce qui suit :

« Art. 119. – Sauf dispositions contraires, la liquidation des avances de la subvention sont liquidées, à cinquante pour cent au plus tard le 15 février, à vingt-cinq pour cent pour le 15 juin, et à vingt-cinq pour cent pour le 15 septembre. ».

*Article 108*

À l'article 120 du même décret, le mot « sectorielles » est abrogé.

*Article 109*

L'article 122 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 122. – Sauf dispositions contraires, le solde de la subvention est liquidé pour le 31 octobre de l'année suivante. Les pièces justificatives relatives aux frais de personnel, de fonctionnement et de formation visés aux articles 116 et 118 sont remises pour le 15 avril au plus tard et selon les modalités déterminées par les services du Collège. ».

*Article 110*

À l'article 123, alinéa 2, du même décret, les troisième et quatrième phrases « Elles sont à fournir pour le 30 avril de l'année suivante en double exemplaire. Elles seront accompagnées d'un rapport d'activités en double exemplaire montrant le respect de la convention conclue avec le Collège. » sont remplacées par la seule et même troisième phrase suivante : « Les pièces justificatives sont accompagnées d'un rapport d'activité et doivent, tous deux, être remis pour le 30 avril. ».

*Article 111*

À l'article 125 du même décret, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers ».

*Article 112*

L'article 127 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 127. – Le Collège, pour garantir la diversité des pratiques développées par les services ambulatoires et leur permettre de développer une (ou des) approche(s) spécifique(s), peut octroyer des moyens complémentaires pour frais de fonctionnement et pour frais de personnel. ».

*Article 113*

Dans la sous-section Ière de la section II du chapitre III du titre II du même décret, il est inséré un article 127ter rédigé comme suit :

« Art. 127ter. – Afin de recevoir une subvention pour la mise en place d'une collaboration telle que visée à l'article 8bis, le service actif en matière de drogues et addictions introduit une demande auprès du Collège.

Cette demande comprend une justification relative au besoin réel de la mise en place de cette collaboration, émanant du centre social santé intégré avec lequel la collaboration est conclue ainsi qu'une convention reprenant, notamment, les missions concernées, la durée de travail déterminée et les moyens mis en place pour y parvenir. ».

*Article 114*

Dans le titre II, chapitre III, section II du même décret, l'intitulé de la sous-section III est remplacé par l'intitulé suivant : « Normes sectorielles et dispositions relatives aux subventions des services de coordination de soins et d'aide à domicile ».

*Article 115*

Dans le titre II, chapitre III, section II, sous-section III du même décret, il est inséré un article 129bis rédigé comme suit :

« Art. 129bis. § 1<sup>er</sup>. – Lorsque plusieurs services de coordinations de soins et d'aide à domicile fusionnent en une seule asbl dans le respect des conditions d'agrément, les subventions qu'ils recevaient respectivement dans le cadre des missions de coordination sont maintenues et attribuées à l'asbl résultant de cette fusion à condition que la somme des activités originaires proposées par les services de coordination de soins et d'aide à domicile fusionnés soit cumulées.

§ 2. – Le Collège détermine les conditions et la procédure de fusion, prévue au § 1<sup>er</sup>. ».

*Article 116*

Dans le titre II, chapitre III, section II, sous-section III du même décret, il est inséré un article 129ter rédigé comme suit :

« Art. 129ter. – Afin de recevoir une subvention pour la mise en place d'une collaboration telle que visée à l'article 24, le service de coordination de soins et d'aide à domicile introduit une demande auprès du Collège.

Cette demande comprend une justification relative au besoin réel de la mise en place de cette col-

laboration, émanant du centre social santé intégré avec lequel la collaboration est conclue ainsi qu'une convention reprenant, notamment, les missions concernées, la durée de travail déterminé et les moyens mis en place pour y parvenir. ».

#### Article 117

À l'article 130 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'utilisateur », les mots « au bénéficiaire » sont remplacés par les mots « à l'utilisateur » et les mots « le bénéficiaire » sont remplacés par les mots « l'utilisateur »;
- 2) au 2°, le mot « général » est abrogé.

#### Article 118

À l'article 133 du même décret, les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'utilisateur ».

#### Article 119

À l'article 134 du même décret, les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'utilisateur ».

#### Article 120

L'article 135, alinéa 1<sup>er</sup>, est remplacé par ce qui suit :

« Le Collège peut fixer les modalités de liquidation du financement des services d'aide à domicile. ».

L'article 135, alinéas 2 et 3, du même décret est abrogé.

#### Article 121

Dans le titre II, chapitre III, section II du même décret, l'intitulé de la sous-section V « Disposition relative aux subventions des centres d'accueil téléphonique » est remplacé par « Normes sectorielles et dispositions relatives aux subventions des centres d'accueil téléphonique ».

#### Article 122

Dans le titre II, chapitre III, section II, du même décret, il est inséré une sous-section VI intitulée

« Sous-section VI. – Normes sectorielles et dispositions relatives aux subventions des services de santé mentale ».

#### Article 123

Dans le titre II, chapitre III, section II, sous-section VI du même décret, sont insérés les articles 138*bis* et 138*ter* rédigés comme suit :

« Art. 138*bis*. – Afin de recevoir une subvention pour la mise en place d'une collaboration telle que visée à l'article 5*bis*, le service de santé mentale introduit une demande auprès du Collège.

Cette demande comprend une justification relative au besoin réel de la mise en place de cette collaboration, émanant du centre social santé intégré avec lequel la collaboration est conclue ainsi qu'une convention reprenant, notamment, les missions concernées, la durée de travail déterminée et les moyens mis en place pour y parvenir.

Art. 138*ter*. – Le Collège fixe la subvention forfaitaire minimale indexée octroyée au Service de santé mentale pour les activités figurant à l'article 4 § 1<sup>er</sup>, 4<sup>o</sup> d), e) et f). ».

#### Article 124

Dans le titre II, chapitre III, section II, du même décret, il est inséré une sous-section VII intitulée « Sous-section VII. – Normes sectorielles et dispositions relatives aux subventions des centres de planning familial ».

#### Article 125

Dans le titre II, chapitre III, section II, sous-section VII du même décret, il est inséré un article 138*quater* rédigé comme suit :

« Art. 138*quater*. – Afin de recevoir une subvention pour la mise en place d'une collaboration telle que visée à l'article 13*bis*, le centre de planning familial introduit une demande auprès du Collège.

Cette demande comprend une justification relative au besoin réel de la mise en place de cette collaboration, émanant du centre social santé intégré avec lequel la collaboration est conclue ainsi qu'une convention reprenant, notamment, les missions concernées, la durée de travail déterminée et les moyens mis en place pour y parvenir. ».

*Article 126*

Dans le titre II, chapitre III, section II, du même décret, il est inséré une sous-section VIII intitulée « Sous-section VIII. – Normes et dispositions relatives aux subventions des services de médiation de dettes ».

*Article 127*

Dans le titre II, chapitre III, section II, sous-section VIII du même décret, il est inséré un article 138quinquies rédigé comme suit :

« Art. 138quinquies. – Afin de recevoir une subvention pour la mise en place d'une collaboration telle que visée à l'article 17bis, le service de médiation de dettes introduit une demande auprès du Collège.

Cette demande comprend une justification relative au besoin réel de la mise en place de cette collaboration, émanant du centre social santé intégré avec lequel la collaboration est conclue ainsi qu'une convention reprenant, notamment, les missions concernées, la durée de travail déterminée et les moyens mis en place pour y parvenir. ».

*Article 128*

Dans le titre II, chapitre III, du même décret, il est inséré une section III intitulée « Section III. – Normes sectorielles et dispositions relatives aux subventions du centre social santé intégré ».

*Article 129*

Dans le titre II, chapitre III, section III du même décret, sont insérés les articles 138sexies, 138septies et 138octies rédigés comme suit :

« Art. 138sexies. § 1<sup>er</sup>. – Le centre social santé intégré constitué conformément à l'article 63bis, 1°, est financé pour l'ensemble de son activité.

Art. 138septies. – Le centre social santé intégré constitué conformément à l'article 63bis, 2° ou 3°, est financé afin de couvrir les frais administratifs, d'accueil, de coordination et de fonction psychologique.

Art. 138octies. – Afin de recevoir une subvention pour l'exercice d'une fonction inclusive spécifique telle que visée à l'article 31quinquies, le centre social santé intégré service ambulatoire introduit une demande auprès du Collège justifiant le besoin réel de cette fonction pour le territoire d'intervention du centre. ».

*Article 130*

L'intitulé du titre III du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Titre III. – Les organismes représentatifs et de coordination sectorielle ».

*Article 131*

À l'article 141, première phrase, du même décret, le mot « sectorielles » est inséré entre les mots « la coordination d'activités » et les mots « relatives à la promotion ».

*Article 132*

À l'article 142 du même décret, les deux premiers alinéas forment le § 1<sup>er</sup> d'un article composé de deux paragraphes.

À l'alinéa 1<sup>er</sup>, le mot « L' » est remplacé par les mots « Dans une logique territoriale, l' ».

À l'alinéa 1<sup>er</sup>, 5°, le point est remplacé par un point-virgule.

À l'alinéa 1<sup>er</sup>, un 6° et 7° sont insérés et rédigés comme suit :

« 6° de représenter leurs services membres auprès des pouvoirs publics;

7° de centraliser la récolte des données anonymisées pour le secteur représenté. ».

Un § 2 est par ailleurs inséré et rédigé comme suit :

« § 2. – L'organisme accueille et intègre au mieux les centres social santé intégrés qui souhaiteraient les rejoindre. ».

*Article 133*

À l'article 143 du même décret, les mots « par secteur » sont remplacés par le mot « sectoriel ».

*Article 134*

L'article 144 du même décret est abrogé.



*Article 135*

À l'article 147 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au § 2, 11°, les mots « le nom de la personne chargée de la coordination générale de l'organisme et la preuve de son mandat » sont remplacés par les mots « le nom de la personne chargée d'être le point de contact de l'organisme avec les services du Collège et la preuve sa désignation par le Conseil d'administration. »;
- 2) au § 3, les mots « habilitée à représenter » sont remplacés par « chargée d'être le point de contact de ».

*Article 136*

À l'article 148 du même décret, les mots « le Collège fait instruire » sont remplacés par les mots « les services du Collège instruisent ».

*Article 137*

À l'article 152/1, § 1<sup>er</sup>, du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) les mots « le Collège fait » sont remplacés par les mots « les services du Collège font »;
- 2) les mots « Il soumet » sont remplacés par les mots « Ils soumettent ».

*Article 138*

À l'article 154 du même décret, les mots « au Collège » sont remplacés par les mots « aux services du Collège ».

*Article 139*

À l'article 163, § 1<sup>er</sup>, 3°, du même décret, le mot « avec » est remplacé par les mots « au regard de la programmation territoriale et ».

*Article 140*

À l'article 164 du même décret :

- 1) le chiffre de « 36.600 » euros est remplacé par le chiffre de « 65.000 » euros;

- 2) le chiffre de « 5.250 » euros est remplacé par le chiffre « 7.550 » euros.

*Article 141*

Dans le même décret, il est inséré un titre III*bis* intitulé « Titre III*bis*. – Les organismes représentatifs et de coordination intersectorielle ».

*Article 142*

Dans le titre III*bis*, introduit par l'article 111, il est inséré un chapitre I<sup>er</sup> intitulé « Chapitre I<sup>er</sup>. – Définitions et missions ».

*Article 143*

Dans le chapitre I<sup>er</sup>, introduit par l'article 112, sont insérés les articles 168*bis* et 168*ter* rédigés comme suit :

« Art. 168*bis*. – Le Collège peut agréer un organisme représentatif et de coordination intersectorielle selon les critères et les modalités qu'il détermine.

Art. 168*ter*. – L'organisme a pour missions de :

- 1° coordonner les organismes représentatifs et de coordination sectorielle et leur offrir un espace de concertation commun;
- 2° réaliser la démarche d'évaluation qualitative transversale;
- 3° développer une coordination avec des structures d'appui des trois communautés présentes à Bruxelles en lien avec l'action sociale et la santé;
- 4° produire et diffuser des informations à destination des professionnels au sein des services ambulatoires, y compris en collaboration avec les autorités publiques;
- 5° contribuer à l'évaluation qualitative et le suivi de la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois tel qu'approuvé par le Collège réuni de la Commission communautaire commune et le Collège de la Commission communautaire française le 7 juillet 2022;
- 6° formuler, d'initiative ou à la demande du Collège, des avis et recommandations sur les politiques socio-sanitaires dans une optique générale et transversale. ».

*Article 144*

Dans le titre *IIIbis*, introduit par l'article 111, il est inséré un chapitre II intitulé « Chapitre II. – Conditions d'agrément ».

*Article 145*

Dans le chapitre II, introduit par l'article 114, il est inséré un article 168*quater* rédigé comme suit :

« Art. 168*quater*. § 1<sup>er</sup>. – Pour être agréé, l'organisme représentatif et de coordination intersectorielle :

1° rassemble au moins 50 % des services ambulatoires tels que définis à l'article 2, 2°, agréés du présent décret et au moins 9 secteurs tels que définis à l'article 2, 5°;

2° satisfait aux conditions prévues à l'article 146. ».

*Article 146*

Dans le titre *IIIbis*, inséré par l'article 111, il est inséré un chapitre III intitulé « Chapitre III. – Procédure d'agrément ».

*Article 147*

Dans le chapitre III, introduit par l'article 116, il est inséré un article 168*quinquies* rédigé comme suit :

« Art. 168*quinquies*. – La procédure d'agrément relative aux organismes représentatifs et de coordination intersectorielle, prévue aux articles 147 à 162, est applicable aux organismes représentatifs et de coordination intersectorielle. ».

*Article 148*

Dans le titre *IIIbis*, introduit par l'article 111, il est inséré un chapitre IV intitulé « Chapitre IV. – Normes et dispositions relatives aux subventions des organismes représentatifs et de coordination intersectorielles ».

*Article 149*

Dans le chapitre IV, introduit par l'article 118, il est inséré un article 168*sexies* rédigé comme suit :

« Art. 168*sexies*. – Les normes et dispositions relatives aux subventions prévues aux articles 163 à 166

sont applicables aux organismes représentatifs et de coordination intersectorielle. ».

*Article 150*

Dans le titre *IIIbis*, introduit par l'article 111, il est inséré un chapitre V intitulé « Chapitre V. – Contrôle et inspection ».

*Article 151*

Dans le chapitre V, introduit par l'article 120, il est inséré un article 168*septies* rédigé comme suit :

« Art. 168*septies*. – Les dispositions relatives au contrôle et à l'inspection des organismes représentatifs et de coordination intersectorielle, prévues aux articles 167 et 168, sont applicables aux organismes représentatifs et de coordination intersectorielle. ».

*Article 152*

À l'article 169 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au § 1<sup>er</sup>, le mot « ambulatoire » est inséré entre le mot « service » et le mot « proposé »;
- 2) au § 3, alinéa 4, les mots « et au centre social santé intégré » sont intégrés entre les mots « propres à chaque secteur » et les mots « , les bénéficiaires »;
- 3) le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers ».

*Article 153*

L'article 170 du même décret est remplacé par ce qui suit :

« Art. 170. § 1<sup>er</sup>. – La démarche d'évaluation qualitative porte sur un ou plusieurs thèmes de travail choisi(s) par chaque service ambulatoire ou organisme dans une liste de thèmes propres à son secteur ou liés à ses missions.

§ 2. – Dans le cadre d'un centre social santé intégré institué par une asbl chapeau ou multi-agrée, les services intégrés ne doivent pas avoir une démarche d'évaluation qualitative pour chaque agrément mais bien uniquement au niveau de l'agrément centre social santé intégré. ».

*Article 154*

À l'article 171 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) le § 1<sup>er</sup> est complété par « ou au centre social santé intégré »;
- 2) au § 2, la première phrase est complétée par les mots « et pour les centres social santé intégrés. »;
- 3) au § 3, les mots « et pour les centres social santé intégrés » sont insérés entre les mots « la liste des thèmes par secteur » et les mots « et la transmet ».

*Article 155*

À l'article 172 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au 2°, le mot « ambulatoire » est inséré entre le mot « du service » et les mots « ou de l'organisme »;
- 2) au 5°, le mot « ambulatoire » est inséré entre le mot « le service » et les mots « ou l'organisme ».

*Article 156*

À l'article 176 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) le mot « et », entre les mots « analyse sectorielle, », et le mot « intersectorielle », est abrogé;
- 2) les mots « et des centres social santé intégrés » sont insérés entre le mot « intersectorielle » et le mot « portant ».

*Article 157*

À l'article 177 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au § 1<sup>er</sup>, le mot « géographique » est remplacé par le mot « territoriale »;
- 2) au § 1<sup>er</sup>, la deuxième phrase est abrogée;
- 3) au § 3, les mots « du bénéficiaire » sont remplacés par les mots « de l'utilisateur »;
- 4) un § 4 est inséré et rédigé comme suit :  
  
« § 4. – Le réseau se coordonne avec l'instance de coordination du territoire dans lequel il exerce ses

activités. Les réseaux peuvent être reliés au niveau régional, d'un bassin ou d'un quartier. ».

*Article 158*

À l'article 178 du même décret, le mot « ou » est remplacé par les mots « y compris ».

*Article 159*

L'article 181 du même décret est complété par « ou d'un centre social santé intégré ».

*Article 160*

L'article 182 du même décret est complété par « en favorisant une approche intégrée de ces différents domaines ».

*Article 161*

À l'article 183 du même décret, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers ».

*Article 162*

À l'article 185 est remplacé par ce qui suit :

« Art. 185. – Le Collège agréé un réseau pour une durée de cinq ans renouvelable, si un financement reste justifié compte tenu des crédits disponibles et de l'agrément d'autres réseaux et si son évaluation par les services du Collège est favorable.

Les modalités de cette évaluation sont fixées par le Collège. ».

*Article 163*

À l'article 187 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au 10°, le mot « bénéficiaires » est remplacé par le mot « usagers »;
- 2) au 11°, les mots « , le cas échéant, » sont abrogés;
- 3) le 12° est abrogé;
- 4) au 13° le mot « trois » est remplacé par le mot « cinq »;

5) au 14° le mot « trois » est remplacé par le mot « cinq ».

#### *Article 164*

À l'article 188 du même décret, les modifications suivantes sont apportées :

- 1) au 1<sup>er</sup> alinéa, les mots « Le Collège soumet » sont remplacés par les mots « Les services du Collège soumettent »;
- 2) au 9°, le mot « trois » est remplacé par le mot « cinq ».

#### *Article 165*

À l'article 190 du même décret, les mots « au Collège » sont remplacés par les mots « aux services du Collège ».

#### *Article 166*

Dans le même décret, le titre *Vbis* est abrogé.

#### *Article 167*

À l'article 201 du même décret, les mots « Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par le Collège et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2010. Le Collège évalue sa mise en œuvre entre le 1<sup>er</sup> juillet et le 31 décembre 2012. Il communique son rapport d'évaluation à l'Assemblée de la Commission communautaire française au plus tard le 31 janvier 2013 » par les mots « Le présent décret entre en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2024 ».

*Le Rapporteur,*

Ahmed MOUHSSIN

*Le Président,*

David WEYTSMAN

## 8. Annexe

### Répartition du budget par secteur

	<b>Montant</b>
Services de santé mentale	500.000
Services d'aide aux toxicomanes – psychiatres	30.000
Services d'aide aux toxicomanes – cadre	83.079
Services d'aide aux toxicomanes – coordination	332.304
Centres d'action sociale globale	459.364
Centres de planning familial	560.763
Maisons médicales	407.844
Services de médiation de dettes	342.540
Centres de coordination de services et soins à domicile	400.000
Services de soins palliatifs et continués	120.000
Services d'aide à domicile – cadre	700.000
Services d'aide à domicile – digitalisation	415.000
Centres d'accueil téléphonique	50.000
Appui méthodologique CSSI	80.000
Fédérations	127.110
CSSI	1.729.195





