

Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



12 janvier 2016

SESSION ORDINAIRE 2015-2016

PROJET DE DÉCRET
relatif à la promotion de la santé

RAPPORT

fait au nom de la commission de la Santé

par Mme Fatoumata SIDIBÉ et M. André du BUS de WARNAFFE

SOMMAIRE

1. Désignation des rapporteurs	3
2. Exposé de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé...	3
3. Discussion générale	8
4. Discussion et vote des articles	17
5. Vote sur l'ensemble du projet de décret	25
6. Approbation du rapport.....	25
7. Texte adopté par la commission.....	26
8. Annexe	34

Ont participé aux travaux : M. Jacques Brotchi, Mme Anne Charlotte d'Ursel, M. Alain Destexhe, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Zoé Genot, M. Amet Gjanaj, M. Abdallah Kanfaoui, M. Hasan Koyuncu, M. Zahoor Ellahi Manzoor, Mme Catherine Moureaux (supplée Mme Isabelle Emmery), Mme Martine Payfa (présidente) et Mme Fatoumata Sidibé (supplée Mme Barbara d'Ursel-de Lobkowitz).

A également participé aux travaux : Mme Cécile Jodogne (ministre).

Mesdames,
Messieurs,

La commission de la Santé s'est réunie les 5 et 12 janvier 2016 pour examiner le projet de décret relatif à la promotion de la santé.

1. Désignation des rapporteurs

Mme Fatoumata Sidibé et M. André du Bus de Warnaffe ont été désignés en qualité de co-rapporteurs.

2. Exposé de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé

La ministre est particulièrement heureuse de présenter le projet de décret relatif à la promotion de la santé de la Commission communautaire française aux membres de la commission.

Ce projet de décret propose un cadre légal à la politique de promotion de la santé menée par le Gouvernement francophone bruxellois pour accueillir les compétences transférées suite à la 6^e réforme de l'État et aux accords intra-francophones entre la Commission communautaire française, la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Région wallonne.

Il est le fruit d'un important processus de concertation et de consultation dont la ministre a déjà eu l'occasion de faire état devant cette commission et devant l'Assemblée.

En effet, comme cela est mentionné dans le détail dans l'exposé des motifs, les instances et acteurs suivants ont été associés à son élaboration :

- les administrations de la Santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles et de la Commission communautaire française;
- le Conseil supérieur de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, qui a été sollicité par deux fois pour remettre un avis sur deux versions de l'avant-projet à deux moments de son élaboration;
- le Conseil consultatif francophone bruxellois de l'Aide aux personnes et de la Santé (plus particulièrement le Bureau de ce Conseil);
- des experts de différents institutions ou secteurs du domaine de la Santé : recherche universitaire (écoles de santé publique), soins de première ligne, structures d'aide à la décision, ...

- la Plateforme bruxelloise de promotion de la santé a également été informée et consultée aux différentes étapes de l'élaboration du texte.

La ministre ne doute pas que les débats et les échanges qui auront lieu au sein de la commission se dérouleront dans un esprit constructif, comme cela a été le cas tout au long du processus de concertation qu'elle vient de rappeler. Pour cela, il convient d'accorder à ces échanges le temps nécessaire.

Pour cette présentation générale, il lui semble utile d'évoquer tout d'abord quelques notions qui sont explicitées dans l'exposé des motifs.

Ensuite, viendra la description dans les grandes lignes des principaux éléments du dispositif créés par le décret et les articulations entre ces éléments.

Aspect historique

Lors de la première conférence internationale de santé de 1946, qui a constitué le préambule à la constitution de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), une définition positive de la santé est formulée dans ces termes : « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas en l'absence de maladie ou d'infirmité.* ». Cette définition était sans doute audacieuse pour l'époque, puisqu'elle prenait clairement ses distances par rapport à des conceptions strictement médicales de la santé.

Mais elle l'est peut-être encore aujourd'hui. En effet, le paradigme biomédical est toujours bien ancré dans nos têtes ... et dans nos politiques.

Pourtant, à l'occasion de la première conférence internationale pour la promotion de la santé de 1986, la Charte d'Ottawa a proposé une définition claire de la promotion de la santé : « *La promotion de la santé est le processus qui confère aux populations les moyens d'assurer un plus grand contrôle sur leur propre santé, et d'améliorer celle-ci. Cette démarche relève d'un concept définissant la « santé » comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. La santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie : il s'agit d'un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques. Ainsi donc, la promotion de la santé ne relève pas seulement du secteur sanitaire : elle dépasse les modes de vie sains pour viser le bien-être.* ».

La Charte d'Ottawa décrit également avec force les cinq principes ou stratégies clés d'intervention de la promotion de la santé :

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

Les conférences internationales de promotion de la santé organisées par la suite et jusqu'à aujourd'hui, tout en réaffirmant leur pertinence, n'ont eu de cesse de réexaminer, de développer, d'approfondir et d'actualiser ces principes face aux nouveaux enjeux posés notamment par la mondialisation, les changements climatiques ou encore l'émergence de nouvelles pathologies.

Il ne serait pas opportun de détailler ici les apports de chaque conférence internationale, ni les différentes définitions de la promotion de la santé qui ont été proposées après celle de la Charte d'Ottawa. La ministre renvoie les commissaires au texte de l'exposé des motifs pour plus de détails. Mais elle souhaiterait néanmoins insister sur quelques éléments sur lesquels elle s'est appuyée pour élaborer le projet de décret qui est présenté :

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

Le projet de décret

Le Plan de promotion de la santé

La promotion de la santé à destination des francophones bruxellois s'articulera dorénavant autour d'un plan de promotion de la santé qui sera défini pour une période de 5 ans. Ce Plan constituera le document de référence pour tous les acteurs du dispositif : acteurs de terrain, services de support et d'accompagnement, centres de référence, instance de pilotage et, bien entendu, administration et Gouvernement.

Le projet de décret inscrit d'emblée la promotion de la santé des Bruxelloises et des Bruxellois et surtout la lutte contre les inégalités sociales de santé comme finalités de ce Plan.

- 1) Le Plan annoncera les priorités de promotion de la santé en termes de thématiques, d'objectifs, de stratégies et de publics cibles ou milieux de vie.
- 2) À partir de ces axes prioritaires, il précisera sur quels déterminants sociaux et environnementaux de la santé il convient d'agir pour atteindre les objectifs prioritaires. Il s'agit donc d'envisager dès la formulation du Plan les transversalités à prendre en compte pour améliorer l'état de santé de la population. Il s'agit d'un point extrêmement important.
- 3) Le Plan mentionnera également les collaborations et concertations avec les acteurs et les entités publiques dont la contribution est nécessaire pour atteindre les objectifs prioritaires. Ces acteurs et entités peuvent émaner de tous les niveaux de pouvoir et de toutes les compétences politiques, sanitaires ou non. Les articulations avec les autres plans bruxellois existants en matière de santé – ou ayant un lien avec la santé – seront précisées dans cette partie. On peut citer à titre d'exemples le Plan santé bruxellois de la Commission communautaire commune ou encore le Plan de lutte contre la pauvreté.
- 4) Enfin, une quatrième partie sera consacrée aux modalités d'évaluation et de suivi des objectifs du Plan.

Le projet de décret précise que le Plan sera rédigé par l'administration en collaboration avec les organismes piliers et les acteurs. Il affirme donc d'emblée la volonté d'élaborer ce plan selon un processus participatif, à partir des besoins constatés sur le terrain et des données disponibles.

Architecture du dispositif

Afin de mettre en œuvre le Plan de promotion de la santé, le projet de décret prévoit la création d'un nombre limité d'instances et d'organismes. Ce nombre limité répond à deux préoccupations majeures : l'économie des moyens et la lisibilité du dispositif.

Ainsi, il y aura :

- Une instance de pilotage dont le secrétariat et la coordination sont assurés par un membre de l'administration, un « coordinateur-chercheur » travaillant au sein d'une Cellule d'appui.
- Des services de support et d'accompagnement apportant en deuxième ligne leur expertise aux acteurs de terrain, ainsi que des centres de référence qui coordonnent des programmes de médecine préventive.
- Des acteurs et des réseaux qui mettent en œuvre des actions répondant aux stratégies de promotion de la santé.
- Une section de promotion de la santé au sein du Conseil consultatif.
- Les futurs services de support et d'accompagnement ainsi que les acteurs sont pour la plupart des ASBL – environ une cinquantaine. Une petite partie d'entre eux sont des services universitaires ou des services attachés aux mutualités. Ils sont actuellement soutenus par la Commission communautaire française dans le cadre du *standstill* et mettent en œuvre des programmes qui peuvent être soit thématiques (par exemple : prévention des IST, réduction des risques en matière de drogues), soit globaux (en particulier les programmes de santé communautaire).

Comparaison avec le dispositif de la Fédération Wallonie-Bruxelles

Pour ceux et celles qui connaissent bien le dispositif de promotion de la santé de la Fédération Wallonie-Bruxelles, la plupart des missions et des fonctions prévues par le décret de 1997 se retrouvent dans cet avant-projet, sous d'autres noms et avec quelques modifications (le schéma qui a été distribué reprend ces anciennes dénominations en italique).

Les missions des services de support correspondent *mutatis mutandis* à celles des services communautaires de promotion de la santé et celles du service d'accompagnement à celles d'un Centre local de promotion de la santé.

De même, les acteurs de terrain du présent projet rempliront le rôle des promoteurs des « programmes d'action et de recherche » du dispositif de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Les centres de référence, coordonnant des programmes de dépistage des cancers, se retrouvent également.

La fonction consultative, remplie en Fédération Wallonie-Bruxelles par le Conseil supérieur de promotion de la santé, sera désormais assurée par une nouvelle section créée au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé.

Les deux véritables nouveautés du décret de la Commission communautaire française sont la création d'une instance de pilotage d'une part et la possibilité de soutenir des réseaux de promotion de la santé, d'autre part.

Voici maintenant, un peu plus en détail, le rôle et la place de chacun de ces éléments.

Instance de pilotage

L'instance de pilotage est un espace consacré à la concertation et à la préparation des décisions du Collège. Ses travaux bénéficieront de l'appui de l'Administration. Il convient de préciser qu'elle n'a pas d'existence juridique propre.

Elle sera composée au minimum de représentants du Gouvernement francophone bruxellois, de l'administration (notamment du coordinateur de la cellule d'appui) et pourra inviter des experts et des représentants d'autres compétences en lien avec la santé, ceci afin de prendre en compte les transversalités politiques nécessaires à l'atteinte des objectifs du Plan. En effet, elle est aussi un lieu de rencontre et de concertation avec des responsables de différents niveaux de pouvoir et de compétences ayant un lien avec la santé. Ceci permet d'assurer la transversalité nécessaire à la politique de promotion de la santé.

Comme dit plus haut, l'administration jouera un véritable rôle d'appui au sein de l'instance de pilotage. Cet appui sera de nature scientifique : elle constituera un véritable outil d'aide à la décision. Elle aura force de proposition en termes de planification (préparation du projet de plan de promotion de la santé), de suivi et d'évaluation, à partir des données quantitatives et qualitatives pertinentes qu'elle aura pour mission d'identifier. Des collaborations étroites avec les organes de recueil et d'analyses de données, en particulier l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles, seront formalisées (sous la forme de protocoles d'accord ou d'accords de coopération).

Un coordinateur sera engagé afin d'assurer cette mission. Son profil devra bien évidemment être défini de manière précise afin de pouvoir jouer ce rôle de manière efficace.

Services d'accompagnement et de support

Des services d'accompagnement et de support seront désignés en fonction de leur expertise méthodologique ou thématique pour une durée de cinq ans renouvelable.

Leur mission générale consistera à optimiser la qualité du travail réalisé par les acteurs de terrain et les relais. Ils seront autant de ressources à la disposition de ces acteurs pour les accompagner dans la mise en œuvre des priorités du plan de promotion de la santé.

Ces services « piliers » viendront ainsi aider à renforcer la qualité des interventions ou la concertation nécessaire entre les acteurs. Les conventions avec ces services auront un terme de cinq ans.

Plus précisément, le décret envisage d'une part la désignation d'un service d'accompagnement, dont les missions sont dans les grandes lignes équivalentes à celles du Centre bruxellois de promotion de la santé. Il s'agit d'offrir aux acteurs de terrain subventionnés dans le cadre du décret, mais aussi à tout acteur relais susceptible de contribuer au Plan, un accompagnement dans la mise en œuvre des stratégies, méthodes et démarches de promotion de la santé et un soutien à la concertation de ces acteurs.

Les services de support constitueront également autant de ressources pour les acteurs mais leur expertise sera plus spécialisée en comparaison du Service d'accompagnement dont la vocation est plus généraliste.

Cette expertise peut concerner des méthodes de travail ou d'intervention et répondre à des questions auxquelles sont fréquemment confrontés les acteurs : comment communiquer de manière efficace en promotion de la santé, comment évaluer un projet, comment recueillir des données de manière rigoureuse, etc.

Elle peut aussi concerner des thématiques particulières inscrites comme priorités dans le plan de promotion de la santé : prévention du VIH et des IST et santé sexuelle, prévention et réduction des risques en matière de drogues, promotion des attitudes saines, etc.

Il ne s'agit pas ici de séparer de manière artificielle les aspects méthodologiques et thématiques, les deux

étant souvent mêlés dans le travail concret de support et d'accompagnement. Les différents services sont d'ailleurs encouragés à travailler en concertation afin de fournir une offre optimale et globale.

Le décret prévoit bien entendu les modalités de désignation et de subventionnement de ces services.

Programmes de médecine préventive – centres de référence

La Commission communautaire française a hérité des programmes de dépistage du cancer du sein et du cancer colorectal précédemment mis en œuvre par la Communauté française.

Le projet de décret donne un cadre permettant d'assurer la continuité de ces programmes, déclinés sous la forme de protocoles.

Il prévoit les modalités de désignation et de subventionnement de centres de référence chargés d'organiser ces programmes ainsi que celles qui concernent les contrôles de qualité physico-techniques des appareillages.

Acteurs et réseaux de promotion de la santé

Des acteurs en promotion de la santé seront subventionnés pour mettre en œuvre le Plan de promotion de la santé. Cette subvention pour une durée de 3 ans pourra viser à soutenir des interventions thématiques (exemple : prévention des IST, réduction des risques en matière de drogues) mais aussi des interventions de type transversal (on pense ici en particulier aux démarches de santé communautaire déployées à l'échelle de territoires tels que les quartiers et s'inscrivant dans une approche globale de la santé et de ses déterminants).

Des réseaux en promotion de la santé pourront également être subventionnés. Ils permettront de proposer une approche multidisciplinaire de promotion de la santé au sein d'un territoire défini ou sur la base d'une thématique de santé. Ils seront également invités à collaborer avec les réseaux de santé créés dans le cadre du décret ambulatoire afin de construire des passerelles entre ces deux secteurs.

Le décret prévoit également les modalités de désignation et de subventionnement de ces acteurs et réseaux.

La section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif francophone bruxellois de l'Aide aux personnes et de la Santé

Le projet de décret prévoit en son titre 10 des modifications du décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif francophone bruxellois de l'aide aux personnes et de la santé afin de créer une section dédiée à la promotion de la santé. Cette section sera amenée à remettre avis sur divers textes :

- des modifications du décret et de ses arrêtés d'exécution;
- le plan de promotion de la santé;
- les appels à candidatures (pour les services) et les appels à projet (pour les acteurs de terrain);
- les dossiers de candidatures (pour les services) et les réponses aux appels à projets (pour les acteurs).

L'évaluation

L'évaluation est prévue à différents niveaux.

Pour ce qui concerne l'évaluation de la politique de promotion de la santé, c'est l'administration qui aura cette tâche. Un rapport sera remis à l'instance de pilotage à mi-parcours de la mise en œuvre du plan de promotion de la santé, puis 6 mois avant l'échéance du Plan en cours, afin de préparer le Plan suivant.

L'évaluation des services de support et d'accompagnement et celle des acteurs est prévue au terme de la période de désignation (de 5 ans pour les services et de 3 ans pour les acteurs). Elle se base sur l'expertise des services et leur adéquation aux missions qui leur auront été confiées. La reconduction des désignations est conditionnée aux résultats de ces évaluations.

Conclusion

Le projet de décret qui est présenté est le fruit d'un travail de grande ampleur, de longue haleine, et surtout le résultat d'un travail collectif de l'équipe de la ministre, de divers experts, des acteurs de terrain et des instances consultatives citées au début de l'exposé de la ministre. La ministre profite de cette occasion pour remercier sincèrement toutes les personnes qui ont accepté de contribuer d'une manière ou d'une autre à cette réflexion, parfois dans des délais très contraignants.

La ministre terminera cette présentation générale en insistant sur quatre points qui lui semblent résumer les atouts de ce projet de décret.

- 1) Ce projet de décret se base sur l'existant. Son élaboration s'est largement appuyée sur l'expertise des acteurs tout en tirant les leçons des évaluations qui ont été réalisées dans le passé en Fédération Wallonie-Bruxelles. Il maintient la plupart des missions et des fonctions présentes dans le dispositif de la Fédération Wallonie-Bruxelles tout en précisant leurs articulations. De plus, la Charte d'Ottawa reste la référence et la réduction des inégalités sociales de santé est au cœur du décret et du futur Plan de promotion de la santé.
- 2) Le dispositif se veut évolutif en fonction des besoins des Bruxelloises et des Bruxellois. Il intègre donc de la flexibilité tout en visant la stabilité des projets et des équipes. Les mécanismes de pilotage et d'évaluation qu'il prévoit doivent permettre de réorienter l'action quand cela est nécessaire. La fonction d'aide à la décision qui sera assurée par l'Administration revêt donc une importance primordiale. Les temporalités de 5 ans pour le Plan et les conventions des « piliers » et de 3 ans – renouvelable – pour les conventions des acteurs de terrain répondent à cette double exigence de flexibilité et de stabilité.
- 3) La qualité est une priorité. L'administration basera son travail d'aide à la décision sur des données scientifiques validées. Les services de support et d'accompagnement constitueront quant à eux autant de ressources permettant aux acteurs de travailler avec rigueur. De plus, les mécanismes d'évaluation sont présents à différents niveaux.
- 4) Les transversalités à prendre en compte pour mettre en œuvre une politique de promotion de la santé vraiment efficace sont opérationnalisées à différents niveaux :
 - au niveau du Plan de promotion de la santé, qui identifie d'emblée les divers déterminants sur lesquels il convient d'agir, divers plans existants avec lesquels des articulations sont souhaitables et les concertations politiques nécessaires; on pense bien évidemment en premier lieu au Plan santé bruxellois dans le cadre duquel une collaboration entre la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et la Vlaamse Gemeenschap, la Vlaamse Gemeenschapscommissie est déjà en cours et s'étendra progressivement à la Communauté française et à la Wallonie;
 - au niveau de l'instance de pilotage, qui a la faculté d'inviter des représentants d'autres com-

pétences et niveaux de pouvoir ayant un lien avec la santé;

- au niveau des services de support et d'accompagnement, qui offrent leur expertise méthodologique et thématique à tout acteur susceptible de contribuer au plan de promotion de la santé; cela inclut bien évidemment les acteurs œuvrant dans d'autres secteurs que celui de la promotion de la santé au sens strict;
- au niveau des réseaux, qui offriront une approche multidisciplinaire et multisectorielle pour répondre aux enjeux du Plan de promotion de la santé;
- au niveau de la nouvelle section au sein du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux personnes et de la Santé qui réunit d'autres sections relatives aux Personnes handicapées, aux Services ambulatoires, à l'Aide et aux soins à domicile, à la Cohésion sociale et à l'Hébergement.

3. Discussion générale

M. Alain Destexhe (MR) fait observer que de nombreuses questions relatives au secteur de la promotion de la santé ont déjà réuni la commission de la Santé. Le cadre qui est proposé aujourd'hui était très attendu et son groupe en a pris connaissance avec beaucoup d'attention.

Il attend de ce Plan la définition des orientations et des stratégies qui ont été retenues par la ministre, et espère bien entendu qu'elles seront à la hauteur des défis que pose la promotion de la santé au XXI^e siècle et à la réalité de l'état de santé des populations et des individus. Mais il attend aussi des innovations et des changements.

Le lien essentiel entre la santé des individus et leur environnement n'a eu de cesse d'être mis en avant. Au-delà de la qualité des soins à proprement parler, un individu que l'on peut qualifier « en bonne santé » est une personne qui a été sensibilisée au besoin de préserver sa santé et a appris, le cas échéant, à avoir les bons « réflexes santé » mais aussi à trouver les bons interlocuteurs. De nombreux acteurs œuvrent dans ce sens en Région bruxelloise, mais on est parfois étonnés, voire forcés de constater, que leur message n'arrive pas forcément auprès des citoyens qui en ont le plus besoin.

Les déterminants de la santé, avec lesquels la promotion de la santé doit composer et sur lesquels elle doit agir, sont ici à notre portée; parmi les compétences de la Commission communautaire française,

les réseaux de soutien social, l'éducation et l'alphabétisation, les environnements sociaux et physiques, le développement de la petite enfance, ... Ces déterminants ont été rappelés dans le présent projet de décret et il pense qu'il est, en effet, important de rappeler ces facteurs, de bien les identifier afin de pouvoir s'y attaquer concrètement.

La promotion de la santé a déjà largement été plaidée et conceptualisée, chacun est bien conscient de son importance et du formidable outil de réduction des inégalités qu'elle représente. Il faut maintenant la rendre opérationnelle pour chacun. Et là, malheureusement, c'est encore loin d'être le cas. Si le lien entre l'état de santé d'un individu et sa position sociale a déjà été établi, le caractère évitable de ce lien l'est également. On observe dans la région bruxelloise de grandes disparités socio-économiques entre les habitants, selon les communes et les quartiers. Ce fait, fréquemment rappelé, concerne aussi l'état de santé des Bruxellois. La qualité des soins de santé en Belgique est très bonne, mais on ne parvient pas à en faire profiter l'ensemble de la population.

Chaque conférence internationale sur la promotion de la santé a été l'occasion de rappeler l'importance d'agir sur les déterminants sociaux de la santé à travers les partenariats et les collaborations intersectorielles. De nombreux outils existent depuis des années en Région bruxelloise en matière de promotion de la santé, on ne part certainement pas de rien et on peut compter sur l'expertise de ces acteurs et sur la qualité de leur travail. Mais là où on attend de la nouveauté de la part du Gouvernement, c'est sur le plan d'une articulation effective et coordonnée des forces déjà en place et un maillage bien pensé sur le terrain en fonction des besoins des gens et de leurs habitudes. Cela paraît évident, mais ce n'est pas toujours ce qu'on observe avec le recul de la vision régionale.

L'évaluation du décret ambulatoire, que la commission avait pu analyser, avait déjà mis en lumière les difficultés rencontrées par les acteurs de terrain en matière de collaboration et d'interactions entre les réseaux du secteur ambulatoire. Harmoniser le bon fonctionnement et le développement de liens durables et réguliers entre les acteurs du décret ambulatoire et du décret promotion de la santé sera indispensable, mais devra aussi être une préoccupation de tous les instants. Et ce, non en raison du fait que les acteurs ne souhaitent pas travailler ensemble, mais parce que cela s'est trop peu fait jusqu'ici de manière systématique.

Dans le présent projet de décret, la ministre parle de porter « une attention particulière », de « collaboration étroite avec l'Observatoire de la Santé et du Social » ou de « réflexion à mener pour définir des modalités de collaboration ». Un article est consa-

cré à cette collaboration mais il lui semble très peu contraignant. Si son groupe se réjouit évidemment de cette intention collaborative, il attend bien entendu d'en voir les effets sur le terrain.

En 2014, et tout au long de l'année 2015, le secteur de la promotion de la santé s'est dit inquiet du changement à venir, de son passage de la Communauté française à la Commission communautaire française et à la Région wallonne. Inquiet également pour la pérennité de ses projets et des équipes qui les portent.

La ministre, dit l'intervenant, précise que les acteurs de terrain subventionnés par la Commission communautaire française correspondent aux programmes d'action et de recherche précédemment subventionnés par la Communauté française. Pour avoir une représentation de ce paysage, la ministre peut-elle préciser le nombre d'acteurs ainsi concernés ? L'ensemble des acteurs précédemment subventionnés ont-ils vu leurs projets reconduits par la Commission communautaire française ? Ou des choix ont-ils été faits de poursuivre avec certains projets et non avec d'autres ?

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI) tient à souligner quelques points extrêmement positifs concernant ce projet de décret.

On le sait, les acteurs de terrain se sont senti fortement insécurisés en apprenant le transfert de la compétence de la promotion de la santé de la Communauté française vers la Commission communautaire française et la Région wallonne. On peut les comprendre.

Face à cette inquiétude, la ministre a d'emblée annoncé son intention d'aller vite afin de ne pas laisser planer trop longtemps le doute sur l'avenir de la promotion de la santé à Bruxelles.

Elle a, dans le même temps, affirmé sa volonté de donner le temps nécessaire à la concertation. On sait l'importance, en promotion de la santé, de la concertation des acteurs pour faire remonter les constats du terrain vers le niveau décisionnel.

La ministre a donc pu concilier ces deux exigences, rapidité et concertation, pourtant *a priori* potentiellement contradictoires. Et la variété des parties prenantes qui ont été consultées est assurément un gage de qualité.

Voilà pour le processus d'élaboration.

Quant au contenu du décret, on sent qu'un réel effort a été consenti pour aboutir à un dispositif qui soit simple et lisible, tout en prenant en compte les principes de promotion de la santé qui exigent une

certaine complexité, en particulier lorsqu'il s'agit de promouvoir des approches transversales des différentes politiques ayant un lien avec la santé.

De plus, l'équilibre entre d'une part une instance de pilotage clairement identifiée et d'autre part la place laissée à la parole des acteurs proches des publics concernés, via notamment la nouvelle section du Conseil consultatif et le soutien aux diverses concertations, est assurément la traduction du dialogue nécessaire entre la population, les professionnels et les décideurs.

La ministre a également mis l'accent sur les aspects de qualité et d'évaluation. On sait l'importance que revêtent ces notions dans la gestion des politiques publiques, en particulier lorsque les ressources financières sont limitées. Le fait que les acteurs de terrain puissent s'appuyer sur des expertises solides que mettront à leur disposition des services de support, que ce soit au sujet de certaines thématiques ou concernant des méthodes de travail, contribuera assurément à développer des actions reposant sur des données validées et des stratégies à l'efficacité prouvée.

Enfin, une politique de promotion de la santé efficace doit forcément être constamment revue en fonction des besoins de la population bruxelloise. Les outils prévus par le décret permettent de recueillir et d'analyser ces besoins en continu. Mais les actions menées pour répondre aux problématiques identifiées doivent elles aussi être évolutives.

La logique de projet est donc particulièrement indiquée pour les acteurs de terrain qui seront chargés de contribuer à la réalisation du Plan de promotion de la santé. Elle permettra d'examiner régulièrement l'adéquation de leurs missions à la réalité changeante des besoins et de les adapter le cas échéant, tout en garantissant la stabilité nécessaire aux équipes dont on connaît l'engagement quotidien au bénéfice de la santé.

Voici donc, observe **Mme Zoé Genot (Ecolo)** le décret annoncé dès l'accord de majorité, entérinant ainsi l'accueil de la compétence de la promotion de la santé par la Commission communautaire française. Avant d'entrer dans le projet proprement dit, elle souhaite faire un bref rappel historique.

Suite à la sixième réforme de l'État, les partis francophones signataires de l'accord institutionnel fédéral ont conclu entre eux un accord, dit de la Sainte-Émilie, qui visait à transférer une part des nouvelles compétences de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers la Région wallonne et la Commission communautaire française. De même, une part des compétences précédemment exercées par la Fédération, notamment

en matière de santé, ont été transférées également et ce dans une volonté de privilégier, « *la cohérence et la transversalité de la politique de santé* ».

C'est dans cette perspective de cohérence et de transversalité des politiques sociales et de santé que les écologistes, francophones comme néerlandophones, ont plaidé dès l'automne 2013 pour le « basculement » des institutions concernées et, par conséquent, l'exercice de ces matières par la Commission communautaire commune.

En ce qui concerne la promotion de la santé, les opérateurs eux-mêmes plaident pour l'émergence d'un cadre au sein de la Commission communautaire commune, arguant, à juste titre, que la promotion de la santé doit s'ancrer sur un territoire, et qu'il était dès lors difficile d'opérer une distinction entre les Bruxellois francophones et les autres.

L'accord de majorité relatif aux matières de la Commission communautaire commune avalise d'ailleurs cette vision, puisqu'il y est question d'« *agir préventivement sur les déterminants sociaux de santé* » à travers le « *développement de la promotion et de la prévention de la santé à l'égard de tous les Bruxellois* ». Le Collège réuni s'engage même à « *développer le secteur de la promotion de la santé en région bruxelloise, lui définissant un cadre et des missions spécifiques pour lesquelles une intervention sera prévue, notamment aux fins d'assurer son rôle d'appui et d'interface entre les secteurs (ambulatoire, logement, cohésion sociale, environnement, enseignement ...) et les politiques menées en région bruxelloise* ».

Malgré ces différents éléments, le choix a été fait de créer un cadre décretaal à la Commission communautaire française, spécifique à la promotion de la santé. Résultat : un texte de vingt-sept articles, qui crée, selon le Conseil supérieur de promotion de la santé, un « *dispositif (...) peu lisible* », au fonctionnement et à l'articulation « *difficilement compréhensibles tant des opérateurs que des professionnels d'autres secteurs concernés par la santé ou des décideurs dont la politique a un impact sur la santé* ».

Finalement, un maxi-décret pour une micro-politique et, surtout, un micro-budget, puisque le programme 3 de la division 23 compte, à l'initial 2016, un peu plus de quatre millions en crédits de liquidation.

Le groupe Ecolo regrette ce choix politique qui cantonne la promotion de la santé dans un coin, alors qu'elle ne prend sens que, comme le relève d'ailleurs l'exposé des motifs, dans une « *vision globale et positive de la santé envisagée comme une ressource de la vie quotidienne, proche des notions de qualité de vie et de bien-être, incluant les dimensions physique, mentale, sociale et spirituelle* » et dans « *la mise en*

évidence des déterminants de la santé en dehors du champ strictement sanitaire (environnement physique et social, conditions socio-économiques, etc.) ».

Néanmoins, « *acta fabula est* », au moins pour cette législature. L'intervenante va maintenant se concentrer sur le projet lui-même et ses grandes orientations.

Un mot d'abord sur la méthode d'élaboration du texte qui, on le comprend à la lecture de l'épais document qui a été transmis aux commissaires, a connu une évolution importante entre sa première version et celle qui est présentée aujourd'hui. Il faut saluer la large concertation qui a présidé à la rédaction du projet de décret, et la sollicitation des diverses expertises, tant des diverses administrations que des acteurs et des instances consultatives. On constate d'ailleurs qu'entre l'avant-projet soumis au Conseil d'État, qui est vraisemblablement la version sur laquelle les différentes instances consultées se sont penchées, et le texte qui est examiné aujourd'hui, l'évolution est assez considérable. Ce qui signifie donc que les avis émis ont été, au moins en partie, pris en compte, et ont permis d'améliorer le projet, ce qui est positif.

Tout aussi positive est la transparence dont fait preuve le Collège en joignant les différents avis au projet. Cela contribue à la qualité du travail parlementaire, et donc du processus législatif, et il est à espérer que cette méthode de travail se généralise au sein du Collège.

Cependant, sur le fond, plusieurs remarques de son groupe rejoindront les avis annexés au décret, et notamment ceux du Conseil supérieur de promotion de la santé. Ainsi, comme ce dernier, cette commissaire aurait souhaité une intention politique plus fortement mise en évidence dans l'introduction du décret quant à l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé. Son groupe déposera d'ailleurs un amendement en ce sens.

De même, mais ceci est inhérent au choix politique dénoncé plus tôt, on voit mal comment, au départ de ce texte, une véritable politique de promotion de la santé pourra être menée, dans la mesure où les compétences de la Commission communautaire française sont relativement restreintes, et l'action sur les déterminants sociaux s'en trouvera dès lors limitée. Ce phénomène est encore renforcé par le choix de créer un décret spécifique au secteur, plutôt que de l'inclure dans le décret ambulatoire, ce qui aurait permis de renforcer la transversalité de l'action en matière de promotion de la santé. L'Observatoire de la Santé et du Social pointe d'ailleurs que « *le lien avec décret ambulatoire n'est pas assez explicite* ».

Dès lors, l'intervenante souhaite se voir préciser la manière dont la ministre envisage la collaboration

avec les autres entités compétentes, notamment bruxelloise, afin d'agir sur les déterminants et d'articuler sa politique de promotion de la santé avec les autres politiques, qu'elles soient sanitaires au sens strict, par exemple : futur Plan Santé de la Commission communautaire commune et la mise en place de l'OIP Iriscare, ou qu'elles aient un impact sur la santé, comme les politiques de logement, de mobilité, d'emploi ? Des accords de coopération sont-ils prévus avec les différents niveaux de pouvoir ? Quelle concertation sera mise en place de manière structurée ?

Le projet évoque bien le fait que le futur plan de promotion de la santé devra préciser les articulations, et que l'instance de pilotage pourra « inviter » des représentants des autres exécutifs, mais cela ne reflète encore qu'une intention, et ne revêt aucun caractère contraignant pour aucune des parties concernées, comme le relève d'ailleurs l'avis de l'administration de la Commission communautaire française. À cet égard, l'évaluation *a priori* de l'impact sur la santé des décisions politiques, telle qu'elle est pratiquée au Québec et que son collègue Jacques Morel a régulièrement évoquée sous la précédente législature, pourrait se révéler un instrument intéressant.

Un mot également sur l'Observatoire de la Santé et du Social, dont le projet reconnaît l'expertise, puisque l'exposé des motifs évoque la possibilité de le convier aux réunions de l'instance de pilotage. C'est évidemment positif, mais des moyens supplémentaires seront-ils prévus pour que l'Observatoire puisse assumer cette mission ? Un accord en ce sens a-t-il été conclu avec le Collège réuni ? Par ailleurs, le décret confie à l'administration le soin « *d'identifier et synthétiser les données socio-sanitaires existantes sur le territoire bruxellois utiles à la politique de promotion de la santé* » : n'y a-t-il pas là le risque d'un doublon avec l'Observatoire, précisément ? Et qu'en est-il des dispositions relatives à la protection de la vie privée, qui étaient présentes dans le décret de la Communauté française mais n'apparaissent pas dans ce texte ?

Mme Genot regrette également la faible place laissée à la dimension participative, au renforcement de la capacité des usagers : comme plusieurs avis le soulignent, la composition de l'instance de pilotage, l'élaboration du plan de promotion de la santé, notamment gagneraient à être davantage ouvertes. De même, qu'en est-il des différentes procédures d'évaluation évoquées dans le décret, tant en ce qui concerne le plan lui-même que l'action des organismes piliers et des acteurs ? Seront-elles déterminées par le seul Collège et son administration, ou les outils d'évaluation seront-ils co-construits avec les différentes parties prenantes ?

De manière générale, on constate d'ailleurs que ces questions d'évaluation restent assez floues : on dit notamment que, tant pour les organismes piliers que pour les acteurs, une évaluation sera « *soumise* » au Collège, mais on ne sait pas qui la réalisera, sur base de quels critères (qualitatifs ou quantitatifs), etc. Comme le relève d'ailleurs le Conseil supérieur de promotion de la santé, l'évaluation est à distinguer du contrôle. Dans cette perspective, il serait logique que ce ne soit pas la même instance qui soit chargée des deux missions, au risque d'une confusion des rôles.

Ce risque de confusion des rôles est d'ailleurs présent dans d'autres dispositions du projet. L'intervenante pense par exemple au rôle de l'instance de pilotage, qui sera amenée à approuver le plan de promotion de la santé, mais également à approuver l'évaluation de celui-ci et à formuler des recommandations. On peut craindre un effet « juge et partie » en la matière ...

Sur le plan de la promotion de la santé, on peut également regretter la disparition d'un mécanisme intéressant figurant dans le décret de la Communauté française, à savoir la présentation au Parlement de l'évaluation du plan, ainsi que la possibilité pour l'assemblée de formuler des recommandations pour le plan suivant. De manière plus large, la méthode d'élaboration du plan semble se fonder très peu sur une approche « *bottom-up* », puisque c'est l'administration qui est chargée d'élaborer le plan, qui ne fera l'objet que d'un avis du Conseil consultatif. On ne perçoit donc pas la volonté de co-construction avec l'ensemble des acteurs concernés, en ce compris les usagers.

En ce qui concerne la désignation des différents organismes piliers, des acteurs et des réseaux, la commissaire souhaite savoir pourquoi la ministre a opté précisément pour le terme « *désignation* » et non « *agrément* ». En lien avec ce point, elle souhaiterait l'entendre sur la remarque du Bureau du Conseil consultatif relative à la généralisation de l'appel à projets et son effet sur la mise en concurrence des associations, ainsi que sur les remarques de la plate-forme bruxelloise de promotion de la santé et du conseil supérieur sur la durée des financements (3 ou 5 ans). Pourquoi ne pas avoir adopté, au moins pour les organismes piliers, pour des agréments à durée indéterminée, sur le modèle des services ambulatoires ? Par ailleurs, que répond la ministre à la remarque sur les différences de temporalité entre le plan et les diverses durées de financement ?

En ce qui concerne le financement des acteurs, des réseaux, et des initiatives, pourquoi imposer l'inscription dans les thématiques du plan de promotion de la santé ? La ministre ne pense-t-elle pas que cela empêchera l'émergence de projets répondant à des

problématiques nouvelles, inconnues au moment de l'élaboration du plan ? N'est-ce pas contraire, encore une fois, à l'approche « *bottom-up* » propre à la promotion de la santé ?

Par ailleurs, le groupe Ecolo s'étonne qu'en cas de non désignation suite aux appels à projets ou à candidature, seule une possibilité d'« *explications* » soit prévue : alors que le Collège a répété à plusieurs reprises sa volonté de concrétiser la Charte associative, on eût pu s'attendre à ce qu'une possibilité de recours soit introduite, il n'en est rien, alors qu'en Wallonie, cela sera désormais le cas.

Toujours sur cette question des subventions, il faut en revanche saluer l'inscription dans le décret de l'indexation des subventions, ce qui représente une avancée indéniable par rapport au système en vigueur précédemment.

En ce qui concerne les différents opérateurs, comment la ministre envisage-t-elle de rencontrer la remarque du Conseil supérieur sur le risque de marchandisation ? La première version du projet limitait la possibilité d'accès à certains financements aux seules ASBL, ce qui présentait l'écueil d'en barrer l'accès à des acteurs existants tels que les mutuelles, mais la référence, par exemple dans l'exposé des motifs ou dans le commentaire des articles, au secteur non-marchand, serait sans doute bienvenue.

Et pour clôturer le point sur le financement, la commissaire souhaite également entendre la réaction de la ministre, d'une part, sur l'absence de cadre pour la reconnaissance d'une fédération du secteur, contrairement aux demandes exprimées par la plateforme bruxelloise, ainsi que par le Bureau du Conseil consultatif, et contrairement à ce qui s'est fait lors de l'élaboration du décret ambulatorio; et, d'autre part, sur la question des acteurs birégionaux, qui représentent 75 % des acteurs présents sur le territoire bruxellois : comment la ministre va-t-elle assurer la cohérence entre les politiques wallonne et de la Commission communautaire française ? Comment éviter la divergence des conditions d'agrément, des rapports d'activité, des missions confiées, etc., qui se révèlent souvent inutilement énergivores pour les acteurs associatifs, et les détournent de leur mission initiale.

L'intervenante voudrait également entendre la ministre sur différentes remarques du Conseil d'État, et notamment celle qui souligne que le décret ne peut empiéter sur les compétences de la Communauté française, notamment en matière de promotion de la santé et de médecine préventive destinées aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants. On sait pourtant que plusieurs des acteurs désormais financés par la Commission communautaire française

mènent des projets en relation avec ces publics, ou avec des acteurs de première ligne tels que les directions d'école et les enseignants. Ces projets pourront-ils être néanmoins pérennisés ? Un accord en ce sens a-t-il été pris avec la ministre compétente à la Fédération Wallonie-Bruxelles ?

Une autre remarque importante du Conseil d'État concerne l'exigence de légalité et la large délégation au Collège que prévoit le projet sur une série de points, notamment les modalités et les montants des subventions ou la composition du Conseil consultatif. Par ailleurs, le Conseil d'État indiquait que si la consultation du Conseil consultatif amenait à modifier l'avant-projet de décret, celui-ci devrait être à nouveau soumis au Conseil d'État. Or, le texte qui est présenté aujourd'hui est indéniablement profondément modifié par rapport à l'avant-projet soumis à l'examen initial. Le projet actuel a-t-il bien été soumis au Conseil d'État ?

Enfin, Mme Genot voudrait des informations sur le calendrier à venir. En effet, la ministre avait précédemment justifié sa volonté de créer un cadre spécifique à la promotion de la santé par la nécessité de stabiliser rapidement le secteur. Néanmoins, entre l'adoption de ce texte et son entrée en vigueur effective, il y a encore de la marge, puisqu'il faudra adopter les différents arrêtés d'exécution, qui devront d'ailleurs faire l'objet d'un avis de la nouvelle section du Conseil consultatif, ce qui veut dire qu'il faudra au préalable installer celle-ci. Il faudra également élaborer le premier plan de promotion de la santé et les premiers programmes de médecine préventive.

Enfin, il faudra rédiger les différents appels à candidatures, les diffuser, et traiter les différentes candidatures avant de procéder aux désignations proprement dites. *A priori*, on peut donc penser qu'il faudra encore une bonne année pour mener à bien toutes ces étapes.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) remercie la ministre pour la présentation de ce texte qui répond à une attente forte de tout un secteur depuis un an et demi, dans la foulée de la 6^e réforme de l'État.

Ce commissaire se réjouit que Bruxelles puisse décliner sa propre logique de promotion de la santé basée sur la lutte contre les inégalités sociales de santé. L'accent pourra être mis sur certains déterminants qui répondent mieux à la réalité bruxelloise.

L'intervenant se réjouit également de voir un texte qui reprend l'historique de la promotion de la santé, concept qui percole de mieux en mieux auprès de multiples acteurs sociaux tout autant que des acteurs publics. En choisissant l'utopie comme thème majeur

de cette année, l'UCL a mis en avant le caractère éminemment réalisable de l'utopie.

Il en va de même avec la promotion de la santé considérée au départ comme un idéal à atteindre; il s'agit d'une utopie porteuse de sens dans la mesure où elle peut être réalisable. Et ce, grâce à la transversalité, l'intersectorialité et l'intégration, en l'occurrence, des avis des Conseils consultatifs qui permettent d'établir des liens entre la santé et le logement, la santé et la mobilité, la santé et l'urbanisme, par exemple.

Les acteurs de la promotion de la santé eux-mêmes ont formulé des demandes permettant de déployer leurs compétences dans les différents secteurs. M. du Bus de Warnaffe souhaite, qu'à cet égard, ce décret devienne un exemple. Il ajoute que la prévention inspire également les politiques locales qui mettent à leur agenda des actions de prévention et de promotion de santé. Le nouveau décret peut être l'occasion de renforcer ces dynamiques locales.

Ce commissaire souhaite par ailleurs avoir des informations sur quelques éléments. Le texte se voit compléter de beaucoup d'avis, ce qu'il estime excellent. La ministre peut-elle expliquer les principales critiques qui ont été émises et comment elles ont pu être intégrées dans le décret, afin que les membres de la commission puissent comprendre ces critiques et l'évolution du texte.

M. du Bus de Warnaffe expose ensuite qu'il reste perplexe sur les services de pilotage et les services d'accompagnement. Quel est le distinguo entre les deux types de services ? Peut-être le maintien de ces deux types de services reste-t-il important aux yeux des acteurs, mais le décret ne lui semble pas assez explicite sur leurs missions respectives.

Pour ce qui concerne l'architecture opérationnelle, comment seront pris en compte les évaluations et avis des associations qui devront exécuter les missions données par le pouvoir politique et les comités de pilotage ? L'intervenant souligne que le monde associatif se nourrit avant tout d'une logique ascendante, ouverte et large, ce qui n'apparaît pas suffisamment au sein du texte présenté.

Mme Catherine Moureaux (PS) débute son intervention en observant que c'est un plaisir que d'examiner ce texte. Le groupe socialiste reçoit cela à la fois comme un atterrissage et un nouveau départ. L'intervenante estime que ce décret est l'alliage de la souplesse et de la stabilité. Elle pense néanmoins que si le texte est ambitieux, il faudra que cette ambition s'exprime dans ses arrêtés d'application.

La commissaire pose ensuite cette question : qui sera le véritable pilote de la promotion de la santé ? Comment va-t-on pouvoir tenir compte de toute la matière existante et de l'expérience acquise ?

La santé est un bien collectif : comment fera la ministre pour ne pas simplement ajouter un plan à un autre plan, mais influencer sur la méthodologie de ses collègues ? Si le dispositif est intéressant et le décret ambitieux, il devra ensuite être doté d'arrêtés supplémentaires et d'objectifs opérationnels. Mme Moureaux souhaite savoir qui va s'en charger.

La commissaire tient ensuite à faire remarquer qu'il est important de bien faire la différence entre évaluation et contrôle. Elle souhaite aussi mieux comprendre les implications des deux durées d'évaluation : à trois ans et à cinq ans. Quelle est l'articulation entre ces deux durées ?

Réponses de la ministre

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) revient tout d'abord à la raison du dépôt de ce projet de décret, et c'est bien sûr la 6^e réforme de l'État. Et c'est à la Commission communautaire française qu'il revenait d'élaborer ce décret, et non à la Commission communautaire commune.

À M. Destexhe, la ministre rappelle qu'il y a 48 acteurs de promotion de la santé et que tous ont bénéficié de la période de *standstill* en 2014 et 2015. Les associations ont donc bien été financées et les agréments prolongés. La ministre confirme également le *standstill* décidé pour 2016, en termes financiers.

En réponse aux questions sur le fait de ne pas intégrer la promotion de la santé dans le décret ambulatoire, mais de présenter un projet séparé, la ministre précise qu'une politique de promotion de la santé est différente de celle de l'ambulatoire et répond davantage à une logique de programme qu'à une logique d'agrément.

Une politique de promotion de la santé se doit de s'adapter en continu aux besoins de la population et à l'émergence de besoins nouveaux. Il faut, dès lors, répondre à une logique de projet qui insuffle une dynamique et un caractère évolutif à la politique menée, et non à une logique d'agrément qui est très différente.

Par ailleurs, la logique d'agrément est liée à des métiers médicaux notamment (offre de soins avec les aspects curatifs), qui est peu adaptée à la promotion de la santé, secteur très diversifié en termes de formation et d'expérience. Or, une logique d'agrément impliquerait d'énoncer des critères notamment en termes de diplômes, ce qui écarterait des travailleurs

(sociaux, psychologues, philosophes, métiers de communication, ...) ayant acquis une grande expertise.

En ce qui concerne la transversalité institutionnelle, la ministre informe les commissaires que des collaborations seront formalisées avec les autres entités fédérées sous la forme de protocoles d'accord ou d'accords de coopération quand cela s'avérera nécessaire.

Des discussions et concertations sont déjà en cours sur différents sujets : à la Fédération Wallonie-Bruxelles avec la ministre Joëlle Milquet pour les questions relatives à la santé en milieu scolaire, et avec l'ONE pour les missions communes et le cofinancement des services communautaires de la promotion de la santé.

Des concertations ont lieu également à la Région wallonne avec le ministre Maxime Prévot, et à la Fédération Wallonie-Bruxelles avec le ministre Jean-Claude Marcourt pour l'octroi d'espaces gratuits pour les campagnes audiovisuelles, au sujet de l'avenir de la cellule francophone « assuétudes », pour les ASBL actives simultanément à Bruxelles et en Wallonie, ainsi que pour les compétences transférées relatives à l'agrément des services externes pour la prévention et la protection du travail.

À la Commission communautaire commune, des discussions ont lieu avec les ministres Didier Gosuin et Guy Vanhengel dans le cadre du Plan santé et (avec la Communauté flamande et la Commission communautaire flamande) pour une politique cohérente de dépistage des cancers (sein et colorectal) à Bruxelles.

En réponse aux observations sur l'impact sur la santé de toutes les politiques, celui-ci doit faire l'objet d'une réflexion à long terme. Il faut effectivement intégrer les répercussions sur la santé de toutes les politiques menées.

Néanmoins, les compétences politiques doivent être délimitées et il faut, dès lors, élaborer des transversalités avec les autres secteurs qui sont représentés notamment au sein du Conseil consultatif de la Santé du Social et particulièrement au sein de son Bureau.

Et il est efficace également qu'il y ait des concertations entre les sections du Conseil consultatif. À titre d'exemple, il apparaît aujourd'hui à tous que le logement est fortement lié à la santé (d'où le Plan logement).

Concernant les aspects « *top-down* » et « *bottom-up* », la ministre confirme que la participation est un

élément essentiel. Il est important de faire remonter l'information des acteurs et des usagers vers les décideurs.

En effet, les processus participatifs, la prise en compte de la parole des acteurs professionnels et non-professionnels, les stratégies « *d'empowerment* » et la concertation sont des principes importants en promotion de la santé. Et le dispositif prévu par le projet de décret assure un équilibre entre la concertation/consultation, d'une part, et la décision, d'autre part.

L'administration est, quant à elle, un lieu d'interface, et l'instance de pilotage peut inviter des personnes de tous horizons. C'est l'administration qui élaborera le Plan et fixera les indicateurs qualitatifs et quantitatifs, via la création d'une nouvelle cellule d'appui et l'engagement d'un coordinateur/chercheur (par ailleurs, 7 personnes sont transférées de la Communauté française à la Commission communautaire française).

L'intention est que ce coordinateur puisse bénéficier de l'expertise de l'Observatoire de la Santé et du Social. Des discussions sont en cours avec la Commission communautaire commune pour définir les modalités d'une telle collaboration. La décision sera formalisée par un protocole d'accord ou un accord de coopération.

Revenant à la liberté des associations, la ministre précise qu'elle ne sera pas mise à mal, mais que les projets (d'une durée de trois ans) devront répondre aux objectifs du décret. Cela peut, bien sûr, représenter un risque marginal lorsqu'une association travaillerait sur une seule thématique très ciblée.

En réponse aux interrogations sur la décision de ne pas créer de fédération, la ministre précise que des fédérations de coordination (et non : représentatives) sont prévues dans le décret ambulatoire mais pas dans le projet de décret relatif à la promotion santé. Les deux secteurs ne peuvent pas être comparés étant donné les logiques différentes qui sont à l'œuvre.

Une telle fédération n'existait pas dans le dispositif de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

La Plate-forme bruxelloise de promotion de la santé ainsi que le Conseil supérieur de promotion de la santé ont recommandé la création d'une fédération des acteurs de promotion de la santé. Cette demande n'a pas été retenue dans le cadre de l'élaboration du décret.

La Plate-forme bruxelloise de promotion de la santé est actuellement coordonnée par le CBPS (futur ser-

vice d'accompagnement en promotion de la santé). Le décret permet que cette structure continue à exercer cette mission de coordination de la Plate-forme.

Par ailleurs, le principe d'économie de moyens a conduit à ne pas créer de structure supplémentaire et la fonction consultative est prévue par la création de la section « *Promotion de la santé* » au sein du Conseil Consultatif.

Enfin, les services de support prévus par le décret promotion de la santé joueront un rôle d'interface entre acteurs de terrain et autres instances (administration / cellule d'appui, instance de pilotage, autres acteurs / secteurs ayant un lien avec les thématiques).

Concernant le contrôle et l'évaluation, il faut en effet bien distinguer les deux fonctions, c'est l'administration qui devra élaborer les critères. Mais la Commission communautaire française prévoit d'instaurer un seul service d'inspection, qui aura cette seule mission. Le processus d'évaluation sera différencié. Les arrêtés d'application préciseront les choses, ainsi que les indicateurs d'évaluation à élaborer.

En réponse aux questions sur les services de support et d'accompagnement, la ministre précise que le service d'accompagnement est plus généraliste et que les services de support auront des missions plus pointues au sujet de certaines thématiques et d'approches méthodologiques.

La ministre expose encore que les services de support mettront à la disposition de tout acteur susceptible de contribuer au Plan de promotion de la santé, leur expertise méthodologique et/ou thématique.

Cette mission est proche de celle des ex-services communautaires de promotion de la santé.

En réponse aux questions concernant les critiques émises par les organes consultés, la ministre précise que le Conseil supérieur de promotion de la santé a pointé la priorité à donner à la lutte contre les inégalités sociales de santé, la prévention quaternaire, l'intitulé du chapitre 8 du décret, l'enchaînement des articles ainsi que l'adaptation et l'élargissement des instances de pilotages. Ces remarques ont été prises en compte.

Le Conseil consultatif a pointé le manque de visibilité du dispositif, la généralisation des appels à projets, la multiplication des organes, le risque de conflit d'intérêts entre les différents organes ainsi que le risque de favoriser les grosses structures.

Pour ce qui concerne le planning des travaux, l'année 2016 sera une année de travail important. L'objectif est que les associations puissent être prévenues

des orientations générales au mois de juin 2016 et que le dispositif puisse être opérationnel au 1^{er} janvier 2017.

Répliques des commissaires

Mme Zoé Genot (Ecolo) estime que le texte manque d'un chapeau relatif à la direction politique.

Elle souligne, par ailleurs, que le décret ambulatorio permet également une grande souplesse (en matière de toxicomanie, par exemple, le décret précise le nombre d'ETP sans définir les métiers).

En ce qui concerne l'Observatoire de la Santé et du Social, l'intervenante interroge la ministre sur les collaborations possibles. Comment vont-elles s'organiser et avec quels moyens ? Il faudrait éviter de créer des organes doublons avec les missions de l'Observatoire.

Revenant à la protection de la vie privée, Mme Genot se demande si la loi suffit dans le cadre du décret.

Revenant également à l'aspect « *top-down* » versus « *bottom-up* », la commissaire reconnaît que, certes, il y a des usagers au sein du Conseil consultatif, mais que cela ne lui semble pas suffisant. Elle estime que l'espace n'est pas assez large pour la remontée des informations des usagers.

La commissaire souhaite des éclaircissements sur le diagnostic partagé et sur la mise en concurrence des associations. Qu'auront-elles comme recours possible ? Pourquoi ne pas s'inscrire dans la Charte associative (à l'instar de la Wallonie) ?

Le Conseil supérieur de la promotion de la santé attire d'ailleurs l'attention sur le risque de marchandisation et sur la nécessité de s'en prémunir (des bureaux de consultance marchands, par exemple).

Mme Genot interroge encore la ministre sur la méthodologie et pense qu'il serait utile que les rapports de toutes les instances concernées soient harmonisés en vue d'une meilleure lisibilité pour les acteurs.

À propos du Conseil d'État, l'intervenante suppose, en voyant la version présentée du texte, que c'est l'avant-projet qui a fait l'objet des remarques contenues dans l'avis.

Et enfin, l'intervenante demande quel sera le calendrier pour l'élaboration du Plan autour duquel tout doit s'articuler.

Mme Catherine Moureaux (PS) remercie la ministre pour ses réponses.

En ce qui concerne les intentions du texte, la commissaire estime qu'elles rencontrent les préoccupations liées à la réduction des inégalités sociales de santé. Il faudra ensuite suivre le dispositif.

Concernant les liens avec l'ambulatoire, si elle reconnaît qu'il y a une différence majeure entre une logique de projet, d'une part, et une logique d'agrément, d'autre part, elle pense qu'il faudra nécessairement se pencher sur l'articulation entre les deux décrets.

La promotion de la santé atterrit à Bruxelles et il faudra progressivement renforcer le système et renforcer les liens avec le décret ambulatoire. Il faudra, par ailleurs, faire en sorte que les associations qui répondent aux objectifs puissent continuer leur travail. En effet, elle insiste sur le fait que les critères d'évaluation et les déterminants des inégalités sociales ne changent pas constamment et que les acteurs de terrain sont bien informés des changements en la matière et évoluent.

Mme Moureaux estime, par ailleurs, qu'il faudra renforcer les services ambulatoires pour qu'ils puissent être plus performants.

Pour ce qui concerne l'analyse et le diagnostic partagés, l'intervenante pense que cela prend du temps, mais est indispensable à une mise en œuvre efficace.

Revenant à l'évaluation, qu'en est-il exactement de l'évaluation intermédiaire présentée dans le décret ?

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) expose qu'une des caractéristiques de la promotion de la santé est de générer de la frustration, ce qui, en soi, est aussi un moteur.

Il faut accepter les limites de la compétence, mais la promotion de la santé doit gagner du terrain sur les autres secteurs. L'Aide à la jeunesse, par exemple, est une compétence de la Communauté française (dans les aspects de parentalité et de scolarité notamment) mais il serait bien d'y introduire également les concepts spécifiques à la promotion de la santé.

Il n'en reste pas moins que la promotion de la santé n'est pas un secteur facile, qui se construit sur le questionnement. Il est donc important de la rendre plus lisible.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) acquiesce. Un texte réglementaire doit être lisible et clair et ne peut pas porter le souffle de l'exposé des motifs. Et, il est important de réglementer.

Le Plan de la promotion de la santé traduira l'esprit de l'exposé des motifs. Ce Plan démarrera au printemps (en collaboration avec la Commission communautaire commune) avec la définition des priorités et l'appel à projets.

En ce qui concerne les liens avec l'ambulatoire, la difficulté de la nécessité de souplesse s'opposerait à une certaine lourdeur du décret ambulatoire. Par ailleurs, intégrer la promotion de la santé dans le décret ambulatoire, revenait à écarter certains opérateurs. Or, la Commission communautaire française n'en a pas les moyens.

En réponse aux remarques sur le rôle de l'Observatoire de la Santé et du Social, la ministre expose que le coordinateur/chercheur pourrait être amené à prêter tout ou partie de sa mission à l'Observatoire. Les collectes de données pourraient être centralisées auprès du coordinateur/chercheur, pour lequel il faudra engager des moyens.

Pour ce qui concerne le respect de la vie privée, il va de soi que la loi sera applicable aux acteurs et aux services.

À propos du « *bottom up* », qui est une co-construction, c'est une réalité difficile à écrire dans un texte. Ce sont l'élaboration du Plan et la mise en œuvre des projets qui pourront rencontrer ce concept.

En ce qui concerne la mise en concurrence des associations, elle ne sera pas plus forte qu'aujourd'hui. La seule volonté, dans le cadre des subventions accordées à un projet pour trois ans, sera l'évaluation des priorités. Mais les priorités restent-elles toujours les mêmes ?

Le décret dispose, en son article 23, qu'un rapport d'évaluation sera fait à mi-parcours de la mise en œuvre du Plan (après deux ans et demi) et que le rapport final aura lieu six mois avant l'adoption d'un nouveau Plan. Le Collège précisera les critères et les modalités d'évaluation.

En réponse aux observations sur l'entrée et la sortie du dispositif, la ministre précise qu'une prolongation de deux ans sera possible pour tous, ainsi qu'un renouvellement de trois années sans appel à projets. Tous les projets ne seront pas remis en cause en même temps, ce qui permettra une souplesse de gestion.

Concernant la problématique des recours, il n'y a en effet pas de recours prévu si un projet n'est pas retenu, mais le refus devra être motivé en fonction des critères et de la motivation.

À propos du risque de marchandisation, il y aura des grilles de critères les plus complètes possibles.

La ministre précise encore que le projet de décret, déposé au Parlement, répond aux remarques du Conseil d'État.

Concernant le décret ambulatoire, versus promotion de la santé, la ministre rappelle qu'il existe 14 réseaux ambulatoires et qu'il y aura des échanges et des transversalités entre réseaux et associations.

Mme Zoé Genot (Ecolo) revient à la prévention au travail. Quels en seront les contours, dans la mesure où habituellement ce sont les Fédérations qui ont les moyens ? Ce sont elles qui aident, soutiennent et transfèrent les méthodes de travail.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond que c'est le rôle de l'administration.

Concernant la prévention au travail, **M. André du Bus de Warnaffe (cdH)** constate que les agréments sont fédéraux, communautaires et aujourd'hui également régionaux.

Ce commissaire insiste sur le fait qu'il s'agit là d'enjeux monopolistiques, résultant de la fusion d'une multitude de services. Tout cela se fait au détriment d'une logique « *bottom up* ». Il serait intéressant, pour les commissaires, d'organiser, un jour, l'audition des services externes de protection du travail. C'est une question intéressante et très peu investie.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond que la protection du travail ne représente qu'une toute petite partie de compétence dévolue à la Commission communautaire française, cette matière étant essentiellement fédérale. Elle envisage un accord de coopération avec la Région wallonne (et la Commission communautaire commune avec la Région flamande), à la manière de l'accord de coopération qui existe entre les Régions bruxelloise et wallonne pour les produits agricoles.

La ministre termine en précisant qu'il y a quinze services agréés pour la protection du travail.

4. Discussion et vote des articles

Article 1^{er}

L'article 1^{er} est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 2

Un amendement n° 1 est déposé à l'article 2.

Amendement n° 1 déposé par Mme Catherine Moureaux, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Fatoumata Sidibé et Mme Zoé Genot :

L'article 2, 7°, est remplacé comme suit « *le service d'accompagnement : la personne morale de droit public ou de droit privé sans but lucratif qui constitue le service d'accompagnement en promotion de la santé*; ».

Justification

Cet amendement vise à éviter les risques de marchandisation dans le secteur tout en conservant une ouverture concernant la nature juridique des organismes pouvant prétendre à une subvention (ASBL, universités, etc.).

Mme Catherine Moureaux (PS) précise que c'est la même préoccupation qui sous-tend les amendements n°s 1, 2, 3 et 8 : éviter les risques de marchandisation.

Mme Zoé Genot (Ecolo) soutient cette préoccupation et souhaite également prévoir des balises pour éviter ce risque de marchandisation.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) se dit d'accord également sur cette mesure de précaution et la nécessité de prévoir des balises pour maintenir le secteur en dehors de la marchandisation.

Mme Zoé Genot (Ecolo) demande à la ministre pourquoi avoir utilisé le terme « firme ».

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond qu'agréer une personne physique est fragile et qu'il faut donc utiliser le mot « firme » comme cela est déjà le cas aujourd'hui. Il serait en effet périlleux de responsabiliser une seule personne. C'est une réalité que le Conseil d'État n'a peut-être pas bien prise en compte.

L'amendement n° 1 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Un amendement n° 2 est déposé à l'article 2.

Amendement n° 2 déposé par Mme Catherine Moureaux, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Fatoumata Sidibé et Mme Zoé Genot :

L'article 2, 8°, est remplacé comme suit : « *le service de support : la personne morale de droit public ou*

de droit privé sans but lucratif qui assure un service de support méthodologique et/ou thématique en promotion de la santé; ».

Justification

Cet amendement vise à éviter les risques de marchandisation dans le secteur tout en conservant une ouverture concernant la nature juridique des organismes pouvant prétendre à une subvention (ASBL, universités, etc.).

Les précédents intervenants se réfèrent aux arguments développés pour le premier amendement.

L'amendement n° 2 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Un amendement n° 3 est déposé à l'article 2.

Amendement n° 3 déposé par Mme Catherine Moureaux, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Fatoumata Sidibé et Mme Zoé Genot :

À l'article 2, 10°, les mots « *sans but lucratif* » sont insérés entre les termes « *privé* » et « *subventionnée* ».

Justification

Cet amendement vise à éviter les risques de marchandisation dans le secteur tout en conservant une ouverture concernant la nature juridique des organismes pouvant prétendre à une subvention (ASBL, universités, etc.).

Les mêmes intervenants, Mme Catherine Moureaux (PS), Mme Zoé Genot (Ecolo) et M. André du Bus de Warnaffe (cdH) se réfèrent aux arguments et explications développés pour le premier amendement.

L'amendement n° 3 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

L'article 2, tel qu'amendé, est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 3

Un amendement n° 4 est déposé à l'article 3.

Amendement n° 4 déposé par Mme Catherine Moureaux, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Fatoumata Sidibé et Mme Zoé Genot :

L'article 3, § 1^{er}, alinéa 2, 2, est complété comme suit : « *et réduire les inégalités sociales de santé; »*

Justification

L'amendement vise à préciser que l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé doit être pris en considération dans l'analyse des déterminants de la santé au niveau du Plan.

Un amendement n° 4bis est déposé à l'article 3.

Amendement n° 4bis déposé par Mme Zoé Genot :

« À l'article 3, § 1^{er}, remplacer le premier alinéa comme suit : « *Dans le cadre de ses compétences et en coopération avec les autres niveaux de compétences politiques, le Collège met tout en œuvre pour améliorer la santé de la population de la Région de Bruxelles-Capitale et pour réduire les inégalités sociales de santé présentes sur son territoire. Dans cette perspective, il définit une politique d'action sur les déterminants sociaux de la santé et soutient les acteurs qui œuvrent dans ce domaine. À cette fin, le Collège adopte, pour une durée de cinq ans, un plan de promotion de la santé selon les modalités qu'il détermine.*

Ce plan s'appuie, dans la mesure du possible, sur le principe d'universalisme proportionné et prend en compte les différences de statut socio-économiques, de genre, de culture, pour permettre à chacun de disposer des moyens d'agir sur sa santé. ».

Justification

L'amendement vise à rencontrer la préoccupation formulée par plusieurs acteurs (Conseil supérieur de la promotion de la santé, administration de la Commission communautaire française) de voir renforcée la place de la lutte contre les inégalités sociales de santé autour du dispositif, notamment par le positionnement de la lutte contre les inégalités sociales de santé comme une mission prioritaire du Collège.

Mme Catherine Moureaux (PS) expose qu'il est important que la réduction des inégalités sociales de santé soit prise en compte dans l'analyse des déterminants de la santé dans le cadre du Plan.

Mme Zoé Genot (Ecolo) souhaite, par le dépôt de l'amendement, relayer la préoccupation de plusieurs acteurs de voir renforcée la lutte contre les inégalités sociales de santé dans le cadre du dispositif.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) rappelle à l'intervenante précédente que

l'exposé des motifs répond aux préoccupations formulées par l'amendement proposé par cette dernière.

Mme Zoé Genot (Ecolo) précise qu'elle soutient également les balises visant à prendre en compte les inégalités sociales de santé.

Mme Catherine Moureaux (PS) rappelle que le texte a son économie propre et met largement le focus sur les inégalités sociales de santé.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) ajoute que l'élément le plus important apporté dans le cadre des compétences de promotion de la santé est la transversalité, et que celle-ci est partout présente dans le texte du décret.

L'amendement n° 4 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

L'amendement n° 4bis est rejeté par 1 voix pour, 7 voix contre et 3 abstentions.

Un amendement n° 5 est déposé à l'article 3.

Amendement n° 5 déposé par Mme Catherine Moureaux, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Fatoumata Sidibé et Mme Zoé Genot :

À l'article 3, § 2, alinéa 2, les mots « *l'analyse partagée du territoire*, » sont insérés entre les mots « *communautaire*, » et « *la formation* ».

Justification

Il s'agit d'introduire une stratégie prioritaire d'intervention supplémentaire qui prend en compte, de manière précise, l'approche territoriale.

Mme Catherine Moureaux (PS) expose l'importance accordée, par cet amendement, à l'approche territoriale. Celle-ci doit être prise en considération dans le cadre des stratégies prioritaires.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) confirme qu'en effet l'Observatoire développe des analyses en tenant compte du territoire. Il lui paraît donc pertinent d'introduire cette référence dans le projet de décret.

Mme Zoé Genot (Ecolo) soutient cette approche territoriale, ainsi que l'analyse partagée. Il est important, en effet, de s'appuyer sur l'expertise de chacun.

L'amendement n° 5 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Un amendement n° 5bis est déposé à l'article 3.

Amendement n° 5bis déposé par Mme Zoé Genot :

À l'article 3, § 2, alinéa 3, ajouter les mots « *et aux relais* » entre les mots « *acteurs de terrain* » et les mots « *, ainsi que des centres de références* ».

Justification

Tant le CBPS que les services communautaires agréés dans le cadre du décret de la Fédération Wallonie-Bruxelles apportent déjà leur expertise aux relais, il convient donc de confirmer cette mission.

Mme Zoé Genot (Ecolo) estime qu'il est utile d'inclure les centres de référence dans le cadre de l'apport d'expertise.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) fait observer que les articles 6 et 7 du projet de décret développent déjà les missions des différents acteurs et services.

L'amendement n° 5bis est retiré par son auteure.

Un amendement n° 6 est déposé à l'article 3.

Amendement n° 6 déposé par M. André du Bus de Warnaffe, Mme Catherine Moureaux, Mme Fatoumata Sidibé et Mme Zoé Genot :

À l'article 3, § 3, alinéa 2, les mots « *selon les mêmes modalités de collaboration* » sont insérés entre les mots « *élaboré* » et « *et proposé* ».

Justification

Il s'agit de préciser que les mêmes modalités de collaboration s'appliquent lors de la rédaction du premier Plan.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) fait remarquer qu'il est prévu d'intégrer les organismes piliers dans la rédaction du Plan de promotion de la santé. L'amendement vise à ce que ces organismes puissent être impliqués dans l'élaboration du premier Plan.

Mme Catherine Moureaux (PS) confirme la justification du dépôt de cet amendement.

L'amendement n° 6 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Un amendement n° 6bis est déposé à l'article 3.

Amendement n° 6bis déposé par Mme Zoé Genot :

Reformuler l'article 3, § 2, alinéa 4, comme suit :
« – *des acteurs de terrain, des réseaux et des relais qui mettent en œuvre des actions répondant aux stratégies de promotion de la santé.* ».

Justification

L'amendement vise à mettre en évidence le rôle des relais dans le cadre de la mise en œuvre du Plan de promotion de la santé, conformément à la définition opérée à l'article 2.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) estime que la notion de relais fait référence à une infinité d'acteurs dans des matières très différentes. Il pense qu'il faut rester clair dans le dispositif, de façon à ne pas laisser croire que tous les acteurs puissent intervenir. Ceux qui le peuvent sont ceux qui sont concernés directement par le décret.

Mme Catherine Moureaux (PS) se joint à cette observation et soulève le problème du subventionnement. Il ne peut y avoir des acteurs à l'infini.

Mme Zoé Genot (Ecolo) répond que les acteurs n'ont pas proposé cette modification pour être subventionnés mais pour pouvoir collaborer.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) précise que les acteurs pourront participer à l'instance de pilotage et seront présents au Conseil consultatif, via la nouvelle section « Promotion de la santé » (article 2 du projet de décret).

Mme Zoé Genot (Ecolo) reconnaît que les « relais » ne font pas à proprement parler partie du dispositif. Mais, il faut du travail en commun, alors comment faire ?

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI) fait observer que cette préoccupation est reprise dans l'amendement suivant. Elle observe également que les « relais » ne seront pas subventionnés.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) ajoute que les « relais » sont définis à l'article 2, 16° du projet de décret qui précise qu'ils ne sont pas subventionnés. Ils peuvent par contre, comme le précisent les articles 6 et 7, bénéficier des services de support.

L'amendement n° 6bis est retiré par son auteure.

L'article 3, tel qu'amendé, est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 4

Un amendement n° 7 est déposé à l'article 4.

Amendement n° 7 déposé par Mme Fatoumata Sidibé, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Catherine Moureaux et Mme Zoé Genot :

À l'article 4, § 1^{er}, alinéa 2, insérer les mots « *des organismes piliers, des acteurs et* » entre les mots « *inviter* » et « *des experts* ».

Justification

L'amendement vise à renforcer les échanges entre membres de l'instance de pilotage d'une part et les services (d'accompagnement et de support) et les acteurs, d'autre part dans le cadre des travaux de l'instance de pilotage. Il renforce le caractère « *bottom-up* » du dispositif, déjà présent à d'autres endroits de celui-ci.

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI) précise qu'il s'agit de renforcer le caractère « *bottom-up* » déjà présent dans le décret en renforçant les échanges entre l'instance de pilotage et les services et acteurs de terrain.

Mme Zoé Genot (Ecolo) soutient l'objectif visé par cet amendement mais regrette que les usagers ne soient pas associés. Elle se demande par ailleurs si l'instance de pilotage ne sera pas juge et partie dans la mesure où elle élaborera et évaluera ensuite le Plan.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond que l'instance de pilotage évaluera avec d'autres instances et tenant compte de critères.

Cette évaluation sera l'occasion de connaître les retours des acteurs de terrain puisque l'instance de pilotage peut inviter des experts, des associations, des institutions, des organes piliers et des acteurs. In fine, l'évaluation sera faite par la seule administration et le Collège.

L'amendement n° 7 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

L'article 4, tel qu'amendé, est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 5

L'article 5 est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Commentaire de l'article 6

Un corrigendum est déposé au commentaire de l'article 6.

Corrigendum déposé par Mme Fatoumata Sidibé, Mme Catherine Moureaux, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Zoé Genot :

Dans le commentaire des articles, au commentaire de l'article 6, un alinéa 2 est inséré entre l'alinéa 1^{er} et l'alinéa 2 devenant alinéa 3, rédigé comme suit :

« Dans l'objectif de faire une offre globale et cohérente aux acteurs et aux relais en termes de support et d'accompagnement, la concertation régulière entre le service d'accompagnement et les services de support est encouragée. ».

Justification

L'objectif de ce corrigendum est de clarifier le type de concertation abordé par l'article : la concertation ne doit pas se faire de manière systématique pour chaque demande d'accompagnement mais de manière globale et continue étant donné les missions complémentaires des services d'accompagnement et de support.

Mme Fatoumata Sidibé (DéFI) expose qu'il s'agit, par ce corrigendum, de clarifier le type de concertation abordé par l'article 6, en complétant les commentaires dudit article.

Le corrigendum est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 6

M. Abdallah Kanfaoui (MR) fait observer que le système d'agrément (logique du décret ambulatoire) est abandonné au profit de la désignation, et qu'il n'y aura pas de fédération.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond que ces questions ont été longuement débattues dans le cadre de la discussion générale et qu'elle s'en réfère à ses réponses. Concernant la question de la fédération, elle précise encore que l'article 6, 3°, reconnaît clairement le rôle du service d'accompagnement dans le processus de concertation.

L'article 6 est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 7

L'article 7 est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 8

L'article 8 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 9

Un amendement n° 8 est déposé à l'article 9.

Amendement n° 8 déposé par Mme Catherine Moureaux, M. André du Bus de Warnaffe, Mme Fatoumata Sidibé et Mme Zoé Genot :

L'article 9 est remplacé comme suit :

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

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

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

§ 3. – Le Collège fixe le montant et les conditions d'octroi des subventions forfaitaires octroyées aux centres de référence pour la mise en œuvre des programmes de médecine préventive et, le cas échéant, aux établissements et personnes de droit public ou privé sans but lucratif visées à l'article 8, § 2. ».

Justification

Cet amendement vise à éviter les risques de marchandisation dans le secteur tout en conservant une

ouverture concernant la nature juridique des organismes pouvant prétendre à une subvention (ASBL, universités, etc.).

Mme Catherine Moureaux (PS) rappelle que la justification de cet amendement, comme celles des amendements 1, 2 et 3, est d'introduire dans le projet de décret, des balises pour éviter les risques de marchandisation.

Mme Zoé Genot (Ecolo) demande pourquoi il n'y a pas d'appels d'offre, comme cela a été souligné par le Conseil d'État.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond qu'il s'agit d'une volonté d'avoir une approche semblable vis-à-vis de tous les Bruxellois, et que cette volonté entraîne un peu moins de liberté pour chaque entité. Néanmoins, des coopérations devront être mises en place.

L'amendement n° 8 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

L'article 9, tel qu'amendé, est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 10

L'article 10 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 11

Mme Zoé Genot (Ecolo) demande à la ministre si les frais de rémunération (§ 2) sont compris au sens large et incluent les avantages extra-légaux.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) rappelle que la ligne de conduite de l'administration est de ne pas accorder de « chèque-repas ». La Région wallonne s'oriente également vers ce choix. Par ailleurs, il ne peut pas y avoir d'exception dans un secteur.

L'article 11 est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 12

Mme Zoé Genot (Ecolo) s'inquiète de savoir si les §§ 2 et 3 ne permettront pas une sorte de refinancement des services de la santé via les services ambulatoires.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) évoque la possibilité d'un double financement.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond que les mécanismes sont différents.

Mme Catherine Moureaux (PS) ajoute que les règles de subventions existent. Ce qui est ouvert, c'est une possibilité fluide de collaboration et celle de remplir certaines missions. Ce qui permet de ne rien figer.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) ajoute encore que le § 3 règle les subventions des réseaux et le § 4, celle du Plan de promotion de la santé.

L'article 12 est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 13

L'article 13 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 14

L'article 14 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 15

Mme Zoé Genot (Ecolo) fait remarquer que cet article ne figurait pas dans l'avant-projet adressé au Conseil d'État. L'intervenante regrette que le dernier projet n'ait pas été renvoyé également au Conseil d'État.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond que la quasi-totalité des remarques du Conseil d'État ont été reprises dans le projet de décret.

L'article 15 est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 16

Un amendement n° 9 est déposé à l'article 16.

Amendement n° 9 déposé par Mme Zoé Genot :

Remplacer l'article 16 comme suit : « *Les candidats non désignés par le Collège suite aux appels publics à candidature ou aux appels à projets peuvent intro-*

duire un recours contre cette décision. Le Collège fixe les modalités de recours. ».

Justification

Cet amendement vise à concrétiser un des engagements prévus par la future Charte associative, à savoir l'instauration d'un droit de recours contre toute décision prise par une autorité administrative à la suite d'une demande formulée conformément aux dispositions applicables par ou en vertu d'un décret ou d'un arrêté organisant la reconnaissance, l'agrément et/ou le subventionnement de personnes collaborant à un service public.

Mme Zoé Genot (Ecolo) souhaite qu'un droit de recours soit introduit dans le projet de décret pour les candidats non désignés par le Collège. Pourquoi ne pas s'inscrire dans la future Charte associative ?

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond qu'il existe le recours au Conseil d'Etat.

Mme Zoé Genot (Ecolo) réplique que ce recours ne permet pas de défendre la pertinence d'un projet.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond que les non-désignations devront être dûment motivées.

L'amendement n° 9 est rejeté par 1 voix pour, 7 voix contre et 3 abstentions.

L'article 16 est adopté par 7 voix pour, 1 voix contre et 3 abstentions.

Article 17

Un amendement technique n° 10 est déposé à l'article 17.

Amendement n° 10 déposé par Mme Zoé Genot, Mme Catherine Moureaux, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Fatoumata Sidibé :

L'article 17, § 2, est remplacé par ce qui suit : « *Si la défaillance persiste, la convention est dénoncée et la subvention liée à la convention est supprimée trois mois après la date de la dénonciation.* ».

Justification

L'amendement vise la clarification et la cohérence de l'article.

Mme Zoé Genot (Ecolo) observe qu'une erreur technique s'est probablement glissée dans le texte de l'article qui règle la dénonciation d'une convention.

L'amendement technique n° 10 est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

L'article 17, tel qu'amendé, est adopté à l'unanimité des 11 membres présents.

Article 18

Mme Zoé Genot (Ecolo) demande à la ministre la confirmation du *standstill* pour 2016.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) confirme et ajoute que si la procédure de renouvellement dépasse l'agrément, il n'y aura pas de rupture.

L'article 18 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 19

L'article 19 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 20

L'article 20 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 21

Mme Zoé Genot (Ecolo) demande confirmation à la ministre que l'évaluation sera bien distincte de l'inspection.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) confirme. Ce ne seront pas les mêmes personnes.

L'article 21 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 22

L'article 22 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 23

Mme Zoé Genot (Ecolo) demande à la ministre pourquoi le processus de recommandation du Parlement a été abandonné, dans le cadre de la nouvelle section du Conseil consultatif.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé), après vérification sur e-justice, ne voit pas bien de quoi il s'agit et indique qu'elle vérifiera ce qu'il en est exactement.

L'article 23 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 24

L'article 24 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 25

Un amendement n° 11 est déposé à l'article 25.

Amendement n° 11 déposé par Mme Zoé Genot :

À l'article 25, alinéa 2, ajouter les mots « , à la demande de l'Assemblée » après les mots « D'initiative ».

Justification

Cet amendement vise à répondre à la remarque du Conseil d'État, qui indiquait que « L'attention des auteurs du projet est attirée sur le fait qu'à la différence de ce que prévoit l'article 5 du décret du 5 juin 1997 en ses paragraphes 1^{er} à 6 pour les autres sections, aucune possibilité de saisine de la section « Promotion de la santé » n'est ouverte à l'assemblée de la Commission communautaire française. Sauf à pouvoir justifier cette particularité, il convient, par souci de cohérence, de consacrer également la possibilité pour l'assemblée de saisir la section. ».

Mme Zoé Genot (Ecolo) fait observer que le Conseil d'État préconise d'aligner l'article 25, § 7, du projet de décret, sur le décret du 5 juin 1997 portant création du Conseil consultatif bruxellois francophone d'Aide aux personnes et de la Santé, décret modifié le 17 février 2006.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) ne retrouve pas cette mention mais fera des recherches.

L'amendement technique n° 11 est retiré par son auteure.

Un amendement n° 12 est déposé à l'article 25.

Amendement n° 12 déposé par Mme Zoé Genot :

À l'article 25, ajouter l'alinéa suivant après les mots « fixé par le Collège. » : « Lorsqu'un avis est demandé à la section, celle-ci rend cet avis dans les deux mois. Ce délai peut être ramené à un mois sur requête motivée. ».

Justification

Cet amendement vise à préciser le délai dans lequel la section rend son avis sur les différentes questions qui lui sont soumises.

Mme Zoé Genot (Ecolo) pense qu'il est mieux de fixer un délai.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) estime, quant à elle, qu'un délai fixe peut être contre-productif pour le secteur. Mais les demandes d'avis mentionneront le délai.

L'amendement n° 12 est rejeté par 1 voix pour, 7 voix contre et 3 abstentions.

L'article 25 est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 26

L'article 26 est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Article 27

L'article 27 est adopté par 8 voix pour et 3 abstentions.

Article 28

Un amendement n° 13 est déposé à l'article 28.

Amendement n° 13 déposé par Mme Zoé Genot :

Reformuler l'article 28 comme suit : « Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par le Collège et au plus tard le 1^{er} janvier 2017. Le Collège évalue sa mise en œuvre entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2020.

Il communique son rapport d'évaluation à l'Assemblée de la Commission communautaire française au plus tard le 31 janvier 2021. ».

Justification

Cet amendement vise à organiser une évaluation du décret, sur modèle de celle qui était prévue dans le décret ambulatorio. En effet, s'agissant d'une législation refondant la politique menée jusqu'à présent par une autre entité, il est nécessaire de pouvoir évaluer la pertinence des outils choisis pour répondre aux objectifs politiques visés par le projet. Ceci s'inscrit par ailleurs dans l'objectif affiché par la majorité, qui indiquait dans son accord que « *De manière transversale, dans un souci constant d'amélioration des services aux citoyens, le Collège s'engagera dans un processus d'évaluation permanent des politiques publiques.* ».

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) signale que c'est l'article 23 qui précise cela, et revient à l'évaluation. Elle se fera à mi-parcours de l'agrément et six mois avant son terme. C'est l'évaluation de la politique publique de la promotion de la santé. C'est bien de cela qu'il s'agit.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) comprend que c'est bien la volonté du Collège d'évaluer le dispositif décentralisé s'il échoue.

Mme Cécile Jodogne (ministre en charge de la Santé) répond qu'en effet cela est prévu. C'est la responsabilisation de l'administration, précisée à l'article 23.

La ministre ajoute que le projet de décret relatif à la promotion de la santé est très différent du décret ambulatorio, tant en termes d'ampleur qu'en termes d'acteurs.

L'amendement n° 13 est rejeté par 4 voix pour et 7 voix contre.

L'article 28 est adopté par 7 voix pour, 1 voix contre et 3 abstentions.

5. Vote sur l'ensemble du projet de décret

L'ensemble du projet de décret relatif à la promotion de la santé est adopté par 7 voix pour et 4 abstentions.

Justification d'abstention

M. Abdallah Kanfaoui (MR) justifie l'abstention de son groupe.

Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) a fait paraître ce 12 janvier 2016 son rapport 2015 sur « *La performance du système de santé belge* ». Un de ses constats est que « *Plusieurs indicateurs touchant à la promotion de la santé et au mode de vie révèlent de piètres résultats.* ». La situation n'est donc pas idéale, c'est peu de le dire. Il y a manifestement un problème entre l'offre de services en la matière et leur utilisation par les usagers.

La promotion de la santé est une matière dont la compétence revient à la Commission communautaire française et elle doit l'assumer. Une modernisation des textes législatifs qui soutenaient auparavant cette matière était nécessaire, tant parce que l'institution bruxelloise francophone a ses particularités que parce que la santé de la population bruxelloise a les siennes.

Ce commissaire a noté une volonté de rigueur dans l'atteinte des objectifs que doivent apporter les futurs plans de promotion de la santé, mais le groupe MR estime que ce texte ne permet pas de garantir la bonne gouvernance dans les faits.

Si la référence à des évaluations est bien faite dans ce texte, tant pour évaluer le travail effectué que les acteurs retenus pour mettre en œuvre le plan de promotion de la santé, le texte prévoit que ces évaluations soient menées par le Collège et laissées à son appréciation. Le contenu de ces évaluations, leur objet, leurs critères et leurs modalités n'étant pas dévoilés, les commissaires disposent de peu d'éléments pour juger de la pertinence de cette mesure.

Enfin, alors que l'exposé des motifs affichait une volonté de faire fonctionner en harmonie les acteurs du décret ambulatorio et du présent projet de décret relatif à la promotion sociale, on voit dans le texte que cette démarche collaborative est laissée à la libre appréciation des acteurs. Or l'évaluation du décret ambulatorio qui a récemment été présentée devant le Parlement avait montré les limites de cette manière de procéder. Le texte proposé semble donc, au MR, insuffisant à cet égard.

6. Approbation du rapport

À l'unanimité des membres présents, la commission fait confiance à la présidente et aux co-rapporteurs pour l'élaboration du rapport.

7. Texte adopté par la commission

PROJET DE DÉCRET

relatif à la promotion de la santé

TITRE 1

Dispositions générales

Article 1^{er}

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

Article 2

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

- 1° le Collège : le Collège de la Commission communautaire française;
- 2° l'Administration : les services du Collège de la Commission communautaire française;
- 3° la promotion de la santé : le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les facteurs déterminants de la santé et, ce faisant, d'améliorer celle-ci, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire de la vie quotidienne, alliant choix personnel et responsabilité sociale. La promotion de la santé vise à améliorer le bien-être de la population et à réduire les inégalités sociales de santé en mobilisant de façon concertée l'ensemble des politiques publiques;
- 4° la prévention : ensemble des processus qui permettent d'intervenir avant l'apparition de la maladie (prévention primaire), d'en détecter les premiers signes (prévention secondaire) et d'en prévenir les complications ou les rechutes (prévention tertiaire) ou d'éviter la surmédicalisation (prévention quaternaire). La prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé;
- 5° le plan de promotion de la santé : document de référence présentant l'ensemble des objectifs, des programmes et des approches stratégiques prioritaires définis par le Collège pour une durée de cinq ans;
- 6° l'instance de pilotage : organe composé de représentants du Collège, de l'Administration et d'invités associatifs et institutionnels, dont le rôle est de piloter la politique de promotion de la santé;
- 7° *le service d'accompagnement : la personne morale de droit public ou de droit privé sans but lucratif qui constitue le service d'accompagnement en promotion de la santé;*
- 8° *le service de support : la personne morale de droit public ou de droit privé sans but lucratif qui assure un service de support méthodologique et/ou thématique en promotion de la santé;*
- 9° les organismes piliers : ensemble formé par les services d'accompagnement et de support de deuxième ligne et les centres de référence;
- 10° l'acteur : la personne morale de droit public ou de droit privé **sans but lucratif** subventionnée dans le cadre du présent décret sur la base d'une convention ou d'un appel à projets et chargée de contribuer à la mise en œuvre du plan de promotion de la santé de par son expertise en la matière;
- 11° la médecine préventive : méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille;
- 12° le centre de référence : organisme désigné pour piloter un programme de médecine préventive décliné en protocoles et chargé de veiller à la réalisation des différentes étapes de ces protocoles;
- 13° la firme : la personne morale de droit public ou de droit privé désignée pour le contrôle de la qualité des appareillages médicotéchniques nécessaires à la réalisation des programmes de médecine préventive, lorsque ce contrôle est une condition *sine qua non* d'agrément du centre de référence;
- 14° le réseau : forme organisée d'action collective sur la base d'une démarche volontaire de coopération, unissant des acteurs, des organismes piliers, des relais et d'autres associations, dans des relations non hiérarchiques;
- 15° le Conseil consultatif : la section « Promotion de la santé » du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'Aide aux Personnes et de la Santé, créé par décret le 5 juin 1997;

16° le relais : toute personne, association ou service pouvant contribuer à la mise en œuvre du plan de promotion de la santé et qui n'est pas subventionné dans le cadre du présent décret;

17° l'universalisme proportionné : principe selon lequel les caractéristiques, la fréquence, la durée et l'intensité des actions universelles de promotion de la santé sont adaptées au degré de désavantage des différents groupes au sein de la population.

TITRE 2

Dispositions relatives au plan de Promotion de la Santé

Article 3

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

Le plan précise :

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

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

- Une instance de pilotage dont le secrétariat et la coordination sont assurés par un membre de l'administration.

- Des services de support et d'accompagnement apportant en 2^e ligne leur expertise aux acteurs de terrain, ainsi que des centres de référence qui coordonnent des programmes de médecine préventive.

- Des acteurs de terrain et des réseaux qui mettent en œuvre des actions répondant aux stratégies de promotion de la santé.

- Une section de promotion de la santé au sein du Conseil consultatif, qui constitue l'organe d'avis du secteur.

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

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

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

TITRE 3

De l'instance de pilotage

Article 4

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

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

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

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

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

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

Article 5

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

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

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

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

- 1° identifier et synthétiser les données socio-sanitaires existantes sur le territoire bruxellois utiles à la politique de promotion de la santé;

- 2° coordonner les recueils de données quantitatives et qualitatives réalisés par les piliers et acteurs en promotion de la santé;

- 3° proposer à l'instance de pilotage des orientations politiques actualisées;

- 4° proposer à l'instance de pilotage un projet de plan de promotion de la santé actualisé ainsi qu'un outil de suivi de la mise en œuvre;

- 5° évaluer la politique de promotion de la santé.

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

TITRE 4

Des services d'accompagnement et de support

Article 6

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

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

- 1° organiser et apporter, en concertation avec les services de support, l'aide méthodologique dans les démarches en promotion de la santé aux acteurs et aux relais, et mettre à leur disposition les ressources d'accompagnement disponibles, notamment en documentation, formation, outils et expertise;

- 2° accompagner et/ou coordonner des dynamiques qui soutiennent la promotion de la santé et ses méthodes de travail telles que le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire;

- 3° soutenir et coordonner des concertations rassemblant les acteurs et les relais, notamment sous la forme d'une plateforme.

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

Collège, la désignation est reconduite pour cinq ans sans nouvel appel public à candidatures.

Article 7

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

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

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

Ce support peut concerner :

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

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

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

TITRE 5

Des programmes de médecine préventive

Article 8

§ 1^{er}. – Le Collège fixe, pour une durée de cinq ans renouvelable, des programmes de médecine préventive, liés au plan de promotion de la santé et présentés sous forme d'un ou de plusieurs protocoles. Les programmes sont pilotés par un ou plusieurs centres de référence. Par pilotage, on entend le fait de veiller

à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive, à savoir la programmation des actions, leur mise en œuvre, l'enregistrement des données, le suivi des actions et l'évaluation selon les indicateurs définis dans le protocole. Les programmes sont décidés et réalisés en adéquation avec les recommandations scientifiques validées internationalement. Ils prennent en compte l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population.

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

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

Article 9

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

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

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

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

et, le cas échéant, aux établissements et personnes de droit public ou privé sans but lucratif visées à l'article 8, § 2.

Article 10

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

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

TITRE 6

Des acteurs et des réseaux de promotion de la santé

Article 11

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

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

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

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

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

Article 12

§ 1^{er}. – Les réseaux de promotion de la santé sont des acteurs de promotion de la santé, tels que visés à

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

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

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

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

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

TITRE 7

Des procédures et du subventionnement

Article 13

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

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

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

Article 14

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

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

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

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

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

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

Article 15

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

Article 16

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

Article 17

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

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

Article 18

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

Article 19

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

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

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

Article 20

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

TITRE 8
Du contrôle et de l'inspection

Article 21

§ 1^{er}. – L'administration procède annuellement au contrôle *in situ* du respect des termes des conventions.

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

Article 22

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

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

Article 23

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

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

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

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

Ce rapport final est également transmis à l'Assemblée.

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

Article 24

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

Article 25

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

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

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

Article 26

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

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

Article 27

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

Article 28

Le présent décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 2016.

Les Rapporteurs

Fatoumata SIDIBE
André du BUS de WARNAFFE

La Présidente

Martine PAYFA

8. Annexe



