

**Art. 16.** In artikel 1, 4°, van het besluit van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering van 14 juli 2022 met betrekking tot steun aan de Belgische Kamers van Koophandel en de Belgische businessclubs, worden de woorden “Brussels Agentschap voor de Ondersteuning van het Bedrijfsleven” vervangen door de woorden “Brussels Agentschap voor het Ondernemerschap”.

**Art. 17.** In het besluit van de Brusselse Hoofdstedelijke Regering van 15 september 2022 betreffende een gedelegeerde opdracht aan de nv finance & invest.brussels voor het beheer van een Economisch Transitiefonds, worden volgende wijzigingen aangebracht:

1° in artikel 9, § 2, eerste lid, 6°, worden de woorden “Brussels Agentschap voor de Ondersteuning van het Bedrijfsleven” vervangen door de woorden “Brussels Agentschap voor het Ondernemerschap”;

2° in artikel 11, tweede lid, 5°, worden de woorden “Brussels Agentschap voor de Ondersteuning van het Bedrijfsleven” vervangen door de woorden “Brussels Agentschap voor het Ondernemerschap”.

HOOFDSTUK V — *Inwerkingtreding en uitvoering*

**Art. 18.** Dit besluit heeft uitwerking met ingang van 1 januari 2024.

**Art. 19.** De minister bevoegd voor Economie wordt belast met de uitvoering van dit besluit.

Brussel, 1 februari 2024.

Voor de Brusselse Hoofdstedelijke Regering :

De Minister-President,  
R. VERVOORT

De Minister bevoegd voor Economie,  
A. MARON

De Minister bevoegd voor Buitenlandse Handel,  
S. GATZ

**Art. 16.** Dans l'article 1<sup>er</sup>, 4°, de l'arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 14 juillet 2022 relatif à une aide aux chambres de commerce et aux clubs d'affaires belges, les mots “ Agence Bruxelloise pour l'Accompagnement de l'Entreprise » sont remplacés par les mots “ Agence bruxelloise pour l'Entrepreneuriat ».

**Art. 17.** Dans l'arrêté du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 15 septembre 2022 concernant une mission déléguée à la S.A. finance & invest.brussels de gestion d'un Fonds de transition économique, les modifications suivantes sont apportées :

1° à l'article 9, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 6°, les mots “ l'Agence bruxelloise pour l'Accompagnement de l'Entreprise » sont remplacés par les mots “ l'Agence bruxelloise pour l'Entrepreneuriat » ;

2° à l'article 11, alinéa 2, 5°, les mots “ l'Agence Bruxelloise pour l'Accompagnement de l'Entreprise » sont remplacés par les mots “ l'Agence bruxelloise pour l'Entrepreneuriat ».

CHAPITRE V — *Entrée en vigueur et exécution*

**Art. 18.** Le présent arrêté produit ses effets le 1<sup>er</sup> janvier 2024.

**Art. 19.** Le ministre qui a l'Economie dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Bruxelles, le 1<sup>er</sup> février 2024.

Pour le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale :

Le Ministre-Président,  
R. VERVOORT

Le Ministre en charge de l'Economie,  
A. MARON

Le Ministre en charge du Commerce extérieur,  
S. GATZ

## COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANÇAISE DE LA REGION DE BRUXELLES-CAPITALE

[C – 2024/001058]

### 25 JANVIER 2024. — Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale

L'Assemblée de la Commission communautaire française a adopté et Nous, Gouvernement, sanctionnons ce qui suit :

#### CHAPITRE 1<sup>er</sup>. — *Dispositions générales*

**Article 1<sup>er</sup>.** Le présent décret et ordonnance conjoints règle une matière visée aux articles 128, 135 et 138 de la Constitution.

**Art. 2.** Pour l'application du présent décret et ordonnance conjoints, il faut entendre par :

1° collèges : le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune ;

2° comité de coordination sociale : le comité visé à l'article 62 de la loi organique du 8 juillet 1976 des centres publics d'action sociale ;

3° ambulatoire : ensemble des acteurs actifs dans le domaine du social et de la santé, à l'exception du secteur résidentiel et hospitalier ;

4° première ligne social santé : ensemble des acteurs qui au plus proche des milieux de vie des personnes ont une approche généraliste et offrent, favorisent ou soutiennent de l'action sociale, de l'aide et des soins intégrés qui préviennent ou répondent de manière holistique à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du social. Elle assure la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie, en ce compris les situations complexes où une collaboration intense entre les prestataires est nécessaire. La première ligne social santé joue un rôle dans l'aide aux personnes, l'action sociale, la prévention, le diagnostic, le soin, la revalidation et les soins palliatifs et continués. Elle adopte des méthodes de travail intégrées et centrées sur les personnes. Elle s'assure de rendre ses services accessibles à tous les publics. Elle est partie intégrante de l'ambulatoire ;

5° aide et soins intégrés : approche qui permet à toutes les personnes d'accéder à des services de l'aide et des soins de qualité, qui sont coproduits d'une façon qui répond à leurs besoins tout au long de leur vie et qui respecte leurs préférences ;

6° action communautaire : en se basant sur le pouvoir d'agir des populations, l'action communautaire est une approche qui vise à élaborer et développer, avec et pour les personnes concernées, des réponses collectives à des problématiques collectives dans une perspective de changement social, d'amélioration des déterminants de la santé, de lutte contre l'isolement et les mécanismes d'exclusion sociale et culturelle.

Ce processus progressif d'analyse et d'action à mettre en œuvre repose sur la participation effective des personnes concernées et leur mise en synergie avec des professionnels du social et de la santé, des acteurs locaux et des ressources du territoire ;

7° responsabilité populationnelle : responsabilité collective qui implique chez les acteurs de l'ambulatoire la nécessité de collaborer et de viser à l'amélioration du bien-être des résidents sur un territoire donné, y compris celui des personnes en situation de non-recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre, compte tenu des moyens mis à leur disposition par les pouvoirs publics ;

8° universalisme proportionné : principe en vertu duquel un accès aux mêmes services est offert à l'ensemble de la population, mais avec une ampleur et une intensité proportionnelles au niveau de défaveur sociale ou sanitaire ;

9° fonction inclusive : fonction mise en œuvre par les acteurs de l'ambulatoire afin de rendre possible l'intégration des publics fragiles dans le système socio-sanitaire en prenant en charge, y compris en allant à leur rencontre, les personnes qui n'ont pas accès aux soins, leurs besoins, et en les aidant à accéder au système de soins classique quelle(s) que soi(en)t la ou les raisons de leur manque d'accès.

**Art. 3.** Le présent décret et ordonnance conjoints s'applique aux acteurs relevant de la politique de la santé et de l'aide aux personnes visée à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, I et II, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, à l'exception des matières visées à l'article 5, § 1<sup>er</sup>, II, 3° et 4°, de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches.

#### CHAPITRE 2. — Missions

**Art. 4.** Dans le cadre d'une approche social santé intégrée, les acteurs de l'ambulatoire ont pour mission :

1° d'offrir un accompagnement professionnel social santé centré sur la personne et ses priorités ;

2° de collaborer avec les CPAS en charge de la mise en œuvre des missions exercées dans les quartiers social santé, avec la structure d'appui à l'ambulatoire et avec les autorités publiques en charge de la mise en œuvre de l'approche intégrée social santé qui correspond à leur(s) niveau(x) d'intervention (le quartier, le bassin et la région) en vue de réaliser les objectifs du Plan Social Santé Intégré ;

3° de collaborer entre eux et avec les institutions résidentielles afin d'améliorer la prise en charge et la continuité de l'aide et des soins des bénéficiaires ;

4° d'offrir de l'aide et des soins de qualité, sûrs, accessibles et continus ;

5° de contribuer à l'enregistrement des données et à l'échange des données en utilisant de préférence les outils numériques afin d'assurer la continuité et la qualité de l'aide et des soins ;

6° d'œuvrer à l'accès aux droits des personnes afin de lutter contre le non-recours aux droits auxquels ces personnes peuvent prétendre et d'assurer une fonction inclusive.

**Art. 5.** Les acteurs de la première ligne social santé ont, en outre, pour mission :

1° d'accompagner, d'orienter, de soigner et de suivre les personnes à travers l'ensemble du système de l'aide et des soins ;

2° de contribuer à améliorer, maintenir ou rétablir le bien-être de la population se trouvant sur leur territoire de référence sur le plan social et sanitaire, y compris à travers des actions communautaires ;

3° de soutenir les personnes en besoin d'aide et de soins, leur famille, leurs aidants proches, dans leur autonomie ;

4° de développer une collaboration locale entre eux afin d'offrir une prise en charge intégrée, centrée sur la personne et de proximité ;

5° de prendre en compte l'ensemble des besoins des habitants du territoire qui les concernent dans les domaines du bien-être et de la santé.

#### CHAPITRE 3. — Territorialisation

##### Section I<sup>ère</sup>. — Dispositions générales

**Art. 6.** L'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale.

**Art. 7.** Dans le cadre de la mise en œuvre de la politique d'aide et de soins, le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale est divisé en trois niveaux :

1° les quartiers social santé ;

2° les bassins d'aide et de soins ;

3° la région.

**Art. 8.** L'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité.

**Art. 9.** Les acteurs de l'ambulatoire inscrivent leurs actions et mettent en œuvre les missions visées aux articles 4 et 5 sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle.

##### Section II. — Les quartiers social santé

##### Sous-section I<sup>ère</sup>. — Dispositions générales

**Art. 10.** § 1<sup>er</sup>. – Les quartiers social santé sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque quartier social santé regroupe maximum 30.000 habitants. En fonction de l'évolution démographique des quartiers, les collèges peuvent déroger au nombre d'habitants indiqué.

Les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les caractéristiques sociologiques de chaque territoire et en respectant les frontières communales.

§ 2. – L'ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier contribuent collectivement à améliorer le bien-être des habitants en :

1° luttant contre le non-recours ;

2° organisant l'offre social santé du quartier de manière à mettre au mieux les objectifs de vie des personnes en besoin d'aide et de soins au cœur de l'offre ;

3° agissant sur les déterminants de la santé.

## Sous-section II. — Missions et gouvernance

**Art. 11.** § 1<sup>er</sup>. – Dans les limites des crédits disponibles, le Collège réuni subventionne les CPAS afin de leur confier l'exécution des missions suivantes sur le territoire de chacun des quartiers social santé de leur commune :

- 1° favoriser l'articulation entre les acteurs actifs à l'échelle du quartier ;
- 2° renforcer les mesures soutenant l'accessibilité des acteurs de l'ambulatoire ;
- 3° faciliter l'approche de l'aide et des soins centrée sur la personne ;
- 4° soutenir à l'échelle du quartier le travail intersectoriel ;
- 5° renforcer le pouvoir d'agir des habitants du quartier par l'action communautaire.

Les collèges peuvent préciser par un arrêté d'exécution conjoint les missions exécutées sur le territoire des quartiers social santé.

§ 2. – L'opérationnalisation de ces missions est mise en œuvre par le comité de coordination sociale qui, selon la nécessité, organise des groupes de travail ou comités de coordination de quartier.

§ 3. – Dans le cas où une mise en œuvre cohérente de ces missions, entre des quartiers contigus mais relevant de CPAS différents, nécessite une collaboration rapprochée entre les comités de coordination sociale concernés, ceux-ci mettent en place un ou des groupes de travail communs.

**Art. 12.** Afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions visées à l'article 11, le Collège réuni conclut un contrat local social santé avec le CPAS qui est compétent pour ce quartier. Ce contrat précise la méthode de travail relative au diagnostic, au plan d'action, à la mise en œuvre du contrat, à son évaluation et à son renouvellement.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusion des contrats locaux social santé et peut préciser les éléments devant y être repris.

**Art. 13.** Dans le cas où plusieurs quartiers bénéficient d'un contrat locaux social santé au sein d'une même commune, le comité de coordination sociale assure l'articulation et la cohérence des actions entre les différents quartiers concernés.

**Art. 14.** Les collèges précisent par un arrêté d'exécution conjoint les modalités de gouvernance requises pour la mise en œuvre des contrats locaux social santé.

Le Collège réuni fixe le montant de la subvention ainsi que d'autres conditions de subventions, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

## Sous-section III. — Priorisation des quartiers social santé

**Art. 15.** Sur la base d'indicateurs proposés par l'Observatoire de la Santé et du Social reflétant l'état de santé, le recours à la prévention en santé et la situation sociale dans chaque quartier, les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint la priorisation des quartiers.

Les quartiers classés en priorité sont ceux faisant état du niveau de vulnérabilité sociale et sanitaire le plus élevé et dont l'offre de services ambulatoires ne permet pas de répondre à ces besoins.

**Art. 16.** § 1<sup>er</sup>. – Dans le cas où les crédits disponibles ne permettent pas de financer l'exécution des missions visées à l'article 11 pour tous les quartiers social santé, le Collège réuni, conformément au principe d'universalisme proportionné, subventionne uniquement une partie des quartiers social santé en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers.

§ 2. – Conformément au principe d'universalisme proportionné et afin de permettre d'augmenter le nombre de quartiers social santé financés, le Collège réuni peut subventionner, en fonction de l'ordre de priorisation des quartiers et dans la limite des crédits disponibles, certains quartiers social santé complémentaires aux quartiers social santé financés sur la base du paragraphe premier afin qu'ils exécutent uniquement une partie des missions visées à l'article 11.

Les collèges précisent par un arrêté d'exécution conjoint les modalités permettant de subventionner uniquement une partie des missions des CPAS conformément à l'alinéa premier.

## Section III. — Les bassins d'aide et de soins

**Art. 17.** Les bassins d'aide et de soins sont des zones géographiquement continues, qui ne se superposent pas, incluant des communes entières et/ou des parties de ces dernières et couvrant l'ensemble du territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Chaque bassin d'aide et de soins regroupe au minimum cinq quartiers social santé et ne comprend pas plus de 350.000 habitants.

Les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint les délimitations géographiques de ces unités en se basant sur les coopérations existantes entre les acteurs de l'ambulatoire, le recours aux services des acteurs de l'aide et des soins des résidents sur les territoires concernés et les délimitations des quartiers social santé.

**Art. 18.** Le bassin d'aide et de soins est une unité territoriale intermédiaire entre la région et les quartiers social santé. Il est le niveau de coordination et de concertation d'une part entre les acteurs de l'ambulatoire actifs sur le territoire du bassin et d'autre part entre ces derniers et les services résidentiels et les acteurs du niveau régional ou national.

Les collaborations mises en place au niveau du bassin contribuent à une organisation intégrée entre les acteurs du social et de la santé en vue de renforcer la qualité, l'accessibilité, l'efficacité, l'expérience des usagers et les conditions de travail des acteurs.

**Art. 19.** La structure d'appui à l'ambulatoire visée à l'article 26 exerce les missions suivantes au niveau des bassins d'aide et de soins :

- 1° mettre en place en son sein une antenne par bassin d'aide et de soins chargée d'assurer la mise en œuvre opérationnelle des missions visées à l'article 21 ;
- 2° gérer les antennes et les moyens et ressources disponibles nécessaires à leur fonctionnement ;
- 3° s'assurer de la représentativité et de la fonctionnalité des conseils d'aide et de soins dans chaque bassin ;

4° coordonner les antennes entre elles et avec les acteurs du niveau régional ou suprarégional ;

5° d'initiative ou sur demande, remettre un avis aux collègues sur les objectifs et priorités opérationnelles pour les bassins d'aide et de soins et la région ;

6° assurer un monitoring et une évaluation de l'opérationnalisation des objectifs sociaux et de santé définis pour les bassins d'aide et de soins.

La structure d'appui à l'ambulatoire répartit les moyens à destination des bassins mis à sa disposition sur base des principes de l'universalisme proportionné et dans la limite des crédits disponibles.

**Art. 20.** Le conseil d'aide et de soins du bassin est l'instance au niveau d'un bassin au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du social et de la santé actifs dans le bassin sont représentés.

Le conseil d'aide et de soins du bassin a pour mission de définir les objectifs opérationnels et de contribuer à la réalisation du plan d'action du bassin d'aide et de soins.

**Art. 21.** Les antennes de la structure d'appui à l'ambulatoire ont pour mission de venir en appui aux acteurs de l'ambulatoire au sein du bassin et, dans ce cadre, de :

1. centraliser, organiser et mettre à disposition la connaissance sur les besoins, l'offre et l'accessibilité de celle-ci ainsi que sur l'utilisation des services en lien avec ses missions ;

2. développer l'interconnaissance des acteurs et des organisations ;

3. soutenir la coordination entre acteurs du social (entre eux) et de la santé (entre eux) et entre acteurs de la santé et du social ;

4. soutenir et développer des actions de prévention et de promotion de la santé au sein du bassin d'aide et de soins ;

5. mettre en place et soutenir le fonctionnement du conseil d'aide et de soins du bassin.

Les collègues précisent par un arrêté d'exécution conjoint les missions, la composition et les modalités de fonctionnement des conseils d'aide et de soins et des antennes.

#### Section IV. — La région

**Art. 22.** La région est le niveau supérieur auquel se dessine la politique d'aide et de soins sur le territoire de la région.

**Art. 23.** Les acteurs ambulatoires spécialisés dont le fonctionnement ne s'aligne pas sur l'approche territorialisée en bassins d'aide et de soins ou quartiers sont programmés au niveau de la région.

#### Section V. — Niveau d'intervention territoriale

**Art. 24.** Les agréments, contrats de gestion, conventions et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée.

Les collègues peuvent par un arrêté d'exécution conjoint fixer les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire.

### CHAPITRE 4. — Appui à la première ligne de l'aide et des soins

**Art. 25.** La structure d'appui à l'ambulatoire visée à l'article 26 exerce les missions suivantes afin de renforcer la cohérence de la première ligne social santé :

1° agir en tant que plateforme d'aide et d'accompagnement des acteurs de la première ligne social santé. Ce soutien concerne également les articulations avec tous les intervenants de l'ambulatoire, du résidentiel et de l'hospitalier. Les bénéficiaires finaux sont toutes les personnes en besoin d'aide et de soins à Bruxelles, notamment les personnes en situation complexe ou de vulnérabilité ;

2° faciliter le développement de pratiques multidisciplinaires au niveau des bénéficiaires, et interprofessionnelle, intersectorielle et interinstitutionnelle au niveau des différentes délimitations territoriales visées à l'article 7 ;

3° proposer des espaces d'expérimentation et soutenir l'innovation afin de permettre la participation de la première ligne social santé à la mise en place d'une organisation territoriale social santé intégrée ;

4° constituer un point de référence pour les acteurs de la première ligne social santé pour l'orientation et la mise en place des aides nécessaires afin de soutenir l'accompagnement des situations complexes ;

5° faciliter le partage d'expérience et les collaborations entre les acteurs de la première ligne social santé et les services dédiés aux publics vulnérables afin de travailler à l'abaissement des seuils d'accès aux services et aux aides ;

6° développer, dans les limites de ses missions, des services qui comprennent notamment de l'information, de l'orientation, des équipes d'appui méthodologique, des espaces de rencontres et de concertation ;

7° visibiliser les informations prioritaires pour les acteurs de la première ligne social santé et plus largement améliorer la lisibilité du système social santé ;

8° soutenir à travers ses services, conjointement avec les autorités et les acteurs existants de la première ligne social santé, l'accessibilité, la qualité, la sécurité et la continuité de la première ligne de l'aide et des soins ;

9° participer à la définition, au monitoring et à l'évaluation des objectifs régionaux de santé ;

10° organiser la coordination des bassins d'aide et de soins afin d'assurer les missions visées à l'article 21 pour l'ensemble des bassins d'aide et de soins ;

11° exercer les missions de plateforme bruxelloise de soins palliatifs ;

12° collaborer avec les structures d'appui agréées par les autres entités compétentes sur le territoire ;

13° s'appuyer sur les connaissances et compétences de l'Observatoire de la Santé et du Social.

### CHAPITRE 5. — Structure d'appui à l'ambulatoire

**Art. 26.** Le Collège réuni agréé et subventionne dans la limite des crédits disponibles une structure d'appui à l'ambulatoire chargée d'exécuter les missions visées aux articles 11 et 25.

La structure d'appui à l'ambulatoire prend la forme d'une association de droit privé dotée de la personnalité juridique, qui ne peut, directement ou indirectement, distribuer ou fournir un quelconque avantage patrimonial, sauf pour l'objectif désintéressé défini dans ses statuts.

Afin de répondre aux conditions d'agrément, la structure d'appui à l'ambulatoire doit notamment exercer les missions telles que notamment précisées par les collèges dans un arrêté d'exécution conjoint.

**Art. 27.** Les collèges fixent et précisent par un arrêté d'exécution conjoint les conditions d'agrément de la structure d'appui à l'ambulatoire ainsi que ses missions et sa gouvernance, en ce compris sa composition.

Le Collège réuni fixe la durée de l'agrément, les règles pour accorder l'agrément et pour suspendre ou retirer l'agrément, en tout ou en partie, en cas de non-respect des conditions d'agrément ainsi que le montant de la subvention, d'autres conditions de subventionnement, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve.

Le montant de la subvention relatif à l'exécution des missions visées aux articles 19 et 21 est réparti entre chacune des antennes, pour son fonctionnement, sur la base du principe de l'universalisme proportionné. Le Collège réuni fixe les critères objectifs sur la base desquels la répartition doit être opérée.

**Art. 28.** Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui à l'ambulatoire afin de fixer les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions en fonction des moyens disponibles. Cette convention porte, d'une part, sur l'exécution des missions exercées au niveau des bassins d'aide et de soins, en précisant notamment les particularités propres à chaque bassin et l'articulation de l'action entre la structure d'appui à l'ambulatoire, ses antennes et les conseils d'aide et de soins. La convention porte, d'autre part, sur les missions de la structure d'appui à l'ambulatoire visées à l'article 25.

Le Collège réuni fixe les modalités de conclusion de la convention et peut préciser les éléments devant y être repris.

#### CHAPITRE 6. — *Programmation*

**Art. 29.** Les collèges fixent par un arrêté d'exécution conjoint la programmation de l'offre d'aide et de soins des acteurs de l'ambulatoire.

La programmation est organisée en prenant en considération les crédits disponibles, les délimitations territoriales visées dans le présent décret et ordonnance conjoints ainsi que le principe d'universalisme proportionné.

#### CHAPITRE 7. — *Dispositions modificatives*

**Art. 30.** Dans l'ordonnance du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne de soins, en ce compris dans l'intitulé, les mots « première ligne de soins » sont remplacés par les mots « première ligne social santé ».

**Art. 31.** L'article 2 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit :

« Art. 2. – Les définitions visées dans le projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sont applicables à la présente ordonnance. ».

**Art. 32.** L'article 3 de la même ordonnance est remplacé par ce qui suit :

« Art. 3. – Les missions de la première ligne social santé sont les missions visées au chapitre 2 du décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. ».

**Art. 33.** Les articles 4 à 7 de la même ordonnance sont abrogés.

**Art. 34.** À l'article 8 de la même ordonnance, les modifications suivantes sont apportées :

1° les mots « , à l'exclusion des activités réglementées par l'ordonnance du 7 novembre 2002 relative aux centres et services de l'aide aux personnes et l'ordonnance du 14 juin 2018 relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans abri » sont abrogés ;

2° au 1°, les mots « visés à l'article 2, 2° » sont abrogés ;

3° au 6°, les mots « ligne 0.5 visés à l'article 2, 3° » sont remplacés par les mots « fonction inclusive ».

**Art. 35.** Dans la même ordonnance, après l'article 9, il est inséré un chapitre II/1, rédigé comme suit : « Centre social santé intégré ».

**Art. 36.** Dans le chapitre II/1, inséré par l'article 35, il est inséré un article 9/1 rédigé comme suit :

« Art. 9/1. – Le centre social santé intégré est un acteur de la première ligne de l'aide et des soins qui offre aux usagers une prise en charge généraliste intégrée de santé somatique et mentale et d'action sociale. »

**Art. 37.** Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/2 rédigé comme suit :

« Art. 9/2. – Le centre social santé intégré exerce les missions suivantes :

1° aider la personne dans sa globalité et dans toutes ses possibilités d'intégration en offrant un premier accueil aux usagers, analyser leur situation et le cas échéant, orienter leur demande vers le service compétent au sein du centre ou vers un autre service spécialisé ;

2° développer le lien social et un meilleur accès des personnes aux équipements collectifs et à leurs droits fondamentaux. Agir sur l'ensemble des facteurs de précarisation sociale ;

3° solliciter la participation active des personnes aidées, les intégrer, elles et leur famille, dans la vie citoyenne ;

4° dispenser des soins de santé primaire ;

5° assurer un accompagnement et un suivi de l'utilisateur dans la durée ;

6° assurer un accompagnement psychologique généraliste ;

7° recueillir des données permettant une description épidémiologique de la population desservie, l'évaluation des objectifs et l'auto-évaluation des activités du centre en vue d'une amélioration de la qualité des soins ;

8° assurer des fonctions d'action communautaire ;

9° renforcer les liens avec les services spécialisés, notamment en mettant en place des collaborations relatives à une ou plusieurs mission(s) spécialisée(s) agréée(s) ;

10° œuvrer à garantir la prise en charge de tous les usagers et ce indépendamment de leur statut administratif et de leur assurabilité financière ;

11° mettre en place des dispositifs de liaison interprofessionnelle ;

12° mettre en place des pratiques permettant la continuité dans la démarche de l'aide et des soins, y compris lorsque l'utilisateur choisit de changer de service ambulatoire, ce qu'il peut faire librement, afin de le maintenir dans le système soignant. ».

**Art. 38.** Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/3 rédigé comme suit :

« Art. 9/3. – Le centre social santé intégré peut en outre exercer une fonction inclusive spécifique, consistant à :

1° mettre en place un service d'outreaching en vue d'aller à la rencontre des populations se trouvant sur le territoire de leur activité qui ont un accès plus difficile aux soins ou aux services ;

2° assurer l'accueil et la prise en charge d'un pourcentage minimum de patients bénéficiaires de l'intervention majorée et de l'aide médicale urgente, tel que fixé par le Collège réuni ;

3° prévoir une réactivité aux situations d'urgence afin d'accueillir des dispositifs externes d'accès aux droits et aux services nécessaires à la gestion de la situation d'urgence. ».

**Art. 39.** Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/4 rédigé comme suit :

« Art. 9/4. – Le centre social santé intégré peut mettre en place des collaborations avec :

1° un service de médiation de dettes ;

2° un centre de planning familial ;

3° un service de coordination de soins et de services à domicile ;

4° un service actif en matière de drogue et d'addiction ;

5° un service de santé mentale. ».

**Art. 40.** Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/5 rédigé comme suit :

« Art. 9/5. – Afin d'assurer l'exercice de ses missions, le centre social santé intégré peut bénéficier d'un accompagnement.

Les modalités de cet accompagnement sont fixées par le Collège réuni. ».

**Art. 41.** Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/6 rédigé comme suit :

« Art. 9/6. – Le centre social santé intégré est constitué sous la forme d'une association sans but lucratif qui répond à l'une des caractéristiques suivantes :

1° avoir pour objet de remplir les missions d'un centre social santé intégré ;

2° avoir pour objet de mettre en place une collaboration entre plusieurs structures distinctes exploitant des services agréés distincts afin d'offrir un service correspondant aux normes d'agrément d'un centre social santé intégré ;

3° disposer de plusieurs agréments qui ensemble répondent aux normes d'agrément d'un centre social santé intégré. ».

**Art. 42.** Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/7 rédigé comme suit :

« Art. 9/7. – Le centre social santé intégré dispose d'une équipe pluridisciplinaire dont le cadre minimum du personnel est fixé par le Collège réuni. ».

**Art. 43.** Dans le même chapitre, il est inséré un article 9/8 rédigé comme suit :

« Art. 9/8. – Le Collège réuni fixe les conditions d'agrément, la durée de l'agrément, les règles pour accorder l'agrément et pour suspendre ou retirer l'agrément en cas de non-respect des conditions d'agrément ainsi que la subvention, ses modalités de contrôle et les modalités de constitution d'une réserve. ».

#### CHAPITRE 8. — Dispositions finales et transitoires

**Art. 44.** Le Collège de la Commission communautaire française octroie un financement à la Commission communautaire commune relatif aux prestations de la Commission communautaire commune prévues par le présent décret et ordonnance conjoints.

Les collèges fixent par arrêté conjoint le montant du financement visé à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 45.** L'article 24, alinéa 1<sup>er</sup>, du présent décret et ordonnance conjoints entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2029.

Les collèges peuvent fixer une date d'entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

**Art. 46.** Les programmations adoptées distinctement par la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune restent en vigueur tant que les collèges ne prévoient pas de programmation conjointe sur la base de l'article 29 du présent décret et ordonnance conjoints.

Promulguons le présent décret, ordonnons qu'il soit publié au *Moniteur belge*.

Bruxelles, le 25 janvier 2024.

La Ministre-Présidente du Collège, en charge de la Promotion de la Santé,  
des Familles, du Budget et de la Fonction publique,

B. TRACHTE

## VERTALING

## FRANSE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE VAN HET BRUSSELS HOOFDSTEDELIJK GEWEST

[C – 2024/001058]

**25 JANUARI 2024. — Gezamenlijk decreet en ordonnantie van de Franse Gemeenschapscommissie en van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie betreffende de organisatie van de ambulante sector en de eerste lijn voor welzijn en gezondheid in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad**

De Vergadering van de Franse Gemeenschapscommissie heeft aangenomen en Wij, de Regering, bekrachtigen hetgeen volgt:

HOOFDSTUK 1. — *Algemene bepalingen*

**Artikel 1.** Dit gezamenlijk decreet en ordonnantie regelt een aangelegenheid als bedoeld in artikel 128, 135 en 138 van de Grondwet.

**Art. 2.** Voor de toepassing van dit gezamenlijk decreet en ordonnantie wordt verstaan onder:

1° Colleges: het College van de Franse Gemeenschapscommissie en het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie;

2° comité voor sociale coördinatie: het comité bedoeld in artikel 62 van de organieke wet van 8 juli 1976 betreffende de openbare centra voor maatschappelijk welzijn;

3° ambulante sector: alle actoren die actief zijn op het gebied van welzijn en gezondheid, met uitzondering van de residentiële en ziekenhuissector;

4° eerste lijn voor welzijn en gezondheid: alle actoren die het dichtst mogelijk bij de leefomgeving van personen een generalistische aanpak hebben en sociale diensten, geïntegreerde hulp en zorg bieden, bevorderen of ondersteunen die op een holistische manier een antwoord bieden op het merendeel van de problemen die personen ondervinden op het gebied van gezondheid en welzijn of ze voorkomen. Ze zorgt voor de continuïteit en coördinatie van de verzorging van personen in hun leefomgeving, ook in complexe situaties waarbij zorgverleners intensief moeten samenwerken. De eerste voor welzijn en gezondheid omvat de bijstand aan personen, sociale diensten, preventie, diagnose, zorg, revalidatie, palliatieve en continue zorg. Ze maakt gebruik van geïntegreerde en op personen gerichte werkwijzen. Ze zorgt ervoor dat haar diensten voor iedere doelgroep toegankelijk zijn. Ze is een integraal onderdeel van de ambulante sector;

5° geïntegreerde hulp en zorg: aanpak die ervoor zorgt dat iedereen toegang heeft tot kwaliteitsvolle diensten voor hulpverlening en zorg, die in samenwerking tot stand komen op een manier die het hele leven lang aan ieders behoeften beantwoordt en met ieders voorkeuren rekening houdt;

6° gemeenschapsactie: uitgaande van de actiekraft van de bevolking is de gemeenschapsactie een aanpak die erop gericht is met en voor de betrokken personen collectieve antwoorden op collectieve problemen uit te werken en te ontwikkelen in een perspectief van sociale verandering, verbetering van gezondheidsdeterminanten, bestrijding van isolement en mechanismen van sociale en culturele uitsluiting.

Dit uit te voeren progressieve analyse- en actieproces is gebaseerd op de effectieve deelname van de betrokken personen en hun synergie met de welzijns- en gezondheidsprofessionals, de lokale actoren en de hulpbronnen van het grondgebied;

7° bevolkingsverantwoordelijkheid: collectieve verantwoordelijkheid, hetgeen inhoudt dat de actoren van de ambulante sector moeten samenwerken en streven naar de verbetering van het welzijn van de bewoners van een bepaald gebied, met inbegrip van het welzijn van de personen die de rechten waarop ze aanspraak kunnen maken niet gebruiken, rekening houdend met de middelen die ter beschikking worden gesteld door de overheden;

8° proportioneel universalisme: het beginsel op grond waarvan toegang tot dezelfde diensten wordt verleend aan de gehele bevolking, maar met een omvang en intensiteit die in verhouding staan tot de mate van de welzijns- of gezondheidsachterstand;

9° inclusieve functie: functie die door de actoren van de ambulante sector wordt vervuld om de integratie van kwetsbare doelgroepen in het welzijns- en gezondheidssysteem mogelijk te maken door te zorgen voor en toe te stappen naar de personen die geen toegang hebben tot de zorg, hun behoeften op te vangen en hen te helpen toegang te krijgen tot het traditionele zorgsysteem, ongeacht de reden(en) waarom ze geen toegang hebben.

**Art. 3.** Dit gezamenlijk decreet en ordonnantie is van toepassing op de actoren die vallen onder het beleid inzake Gezondheid en Bijstand aan Personen bedoeld in artikel 5, § 1, I en II, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 tot hervorming der instellingen, met uitzondering van de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4°, van dezelfde bijzondere wet en aangelegenheden met betrekking tot crèches.

HOOFDSTUK 2. — *Oprachten*

**Art. 4.** In het kader van een geïntegreerde welzijns- en gezondheidsbenadering, hebben de actoren van de ambulante sector als opdracht:

1° professionele begeleiding op welzijns- en gezondheidsgebied te bieden die toegespitst is op het individu en zijn/haar prioriteiten;

2° samen te werken met de OCMW's die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de opdrachten in de welzijns- en gezondheidswijken, de ondersteuningsstructuur voor de ambulante sector, en de overheden die verantwoordelijk zijn voor de uitvoering van de geïntegreerde welzijns- en gezondheidsbenadering die overeenkomt met hun niveau(s) van tussenkomst (de wijk, de zone en het gewest) met het oog op de verwezenlijking van de doelstellingen van het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan;

3° samen te werken met elkaar en met de residentiële instellingen om de verzorging en de continuïteit van de hulp en zorg van de begunstigden te verbeteren;

4° kwaliteitsvolle, veilige, toegankelijke en ononderbroken hulp en zorg te bieden;

5° bij te dragen tot de registratie en uitwisseling van gegevens om de continuïteit en kwaliteit voor hulp- en zorgverlening te waarborgen;

6° te werken aan de toegang tot de rechten van personen om het niet-gebruik van de rechten waarop die personen aanspraak kunnen maken te bestrijden en de inclusieve functie te waarborgen.