CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

avis 73.951/VR
du 28 septembre 2023

sur

un avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française 'relatif à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale'

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Le 26 juin 2023, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par le Ministre, membre du Collège de la Commission Communautaire française, chargé de l'Action sociale et de la Santé à communiquer un avis dans un délai de trente jours prorogé à quarante-cinq jours [*], sur un avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française 'relatif à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale'.

L'avant-projet a été examiné par les chambres réunies le 19 septembre 2023. Les chambres réunies étaient composées de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, président de chambre, président, Bernard BLERO, président de chambre, Luc CAMBIER, Koen MUYLLE, Toon MOONEN et Géraldine ROSOUX, conseillers d'État, Jan VELAERS, Sébastien VAN DROOGHENBROECK, Marianne DONY et Bruno PEETERS, assesseurs, et Annemie GOOSSENS et Anne-Catherine VAN GEERSDAELE, greffiers.

Le rapport a été présenté par Rein THIELEMANS, premier auditeur et Pauline LAGASSE, auditrice.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 28 septembre 2023.

*

[*] Cette prorogation résulte de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois 'sur le Conseil d'État', coordonnées le 12 janvier 1973, qui dispose que le délai de trente jours est prorogé à quarante-cinq jours dans le cas où l'avis est donné par les chambres réunies en application de l'article 85*bis*.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1er, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique [1] et l'accomplissement des formalités prescrites.

*

PORTÉE DE L'AVANT-PROJET

2. L'avant-projet de décret et d'ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française soumis pour avis porte sur l'organisation, en ce qui concerne les deux autorités concernées, de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

Outre une série de définitions (article 2 de l'avant-projet) et une disposition relative aux acteurs auxquels s'applique le dispositif en projet (article 3), l'avant-projet règle les missions des acteurs de l'ambulatoire (article 4) et celles des acteurs de la première ligne social santé (article 5).

L'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale (article 6). À cet effet et 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, à savoir les quartiers social santé, les bassins d'aide et de soins et la région (article 7). L'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité (article 8). Les missions des acteurs de l'ambulatoire sont exercées sur un territoire donné afin d'y mettre en œuvre le principe de responsabilité populationnelle (article 9).

L'avant-projet règle le découpage des quartiers social santé ainsi que les tâches des acteurs actifs dans ces quartiers (article 10). Le Collège réuni de la Commission communautaire commune subventionne les CPAS en vue de l'exécution d'une série de missions dans chacun des quartiers social santé de leur commune (articles 11 et 14, alinéa 2) et conclut avec chaque CPAS un contrat local social santé (articles 12 à 14, alinéa 1er). Un dispositif est prévu pour la priorisation de certains quartiers social santé (articles 15 et 16).

Le découpage des bassins d'aide et de soins est réglée (article 17), de même que le rôle de ces bassins (article 18). Les missions de la structure d'appui visées aux articles 25 à 27 dans les bassins d'aide et de soins sont réglées, ainsi que l'attribution des moyens par cette structure d'appui (article 19). Dans chaque bassin d'aide et de soins, il existe un conseil d'aide et de soins qui définit les objectifs opérationnels et contribue à la réalisation du plan d'action du bassin (article 20). Les antennes de la structure d'appui ont pour mission de venir en appui aux acteurs de l'ambulatoire au sein du bassin (article 21).

[1] S'agissant d'un avant-projet de décret et ordonnance conjoints, on entend par « fondement juridique » la conformité avec les normes supérieures.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

La région est le niveau supérieur de la politique d'aide et de soins (article 22). Les acteurs ambulatoires spécialisés non concernés par le découpage des bassins d'aide et de soins et des quartiers social santé, font l'objet d'une programmation au niveau de la région (article 23).

Le niveau d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire peut être fixé par le Collège réuni et le Collège de la Commission communautaire française (ci-après : « les collèges ») et est mentionné dans les décisions d'agrément et de financement de ces acteurs (article 24).

Une structure d'appui chargée de renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de la première ligne social santé est agréée et financée par le Collège réuni (article 25). Les tâches de cette structure d'appui sont énumérées (article 26). Les collèges peuvent définir les conditions d'agrément, les missions et la gouvernance de la structure d'appui, tandis que le Collège réuni précise un certain nombre d'autres règles, notamment en ce qui concerne la procédure d'agrément et la subvention (article 27). Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui et fixe les modalités de conclusion de la convention ainsi que sa portée (article 28).

Les collèges fixent la programmation de l'offre d'aide et de soins des acteurs de l'ambulatoire (article 29).

En outre, l'avant-projet contient un certain nombre de modifications de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 'relative à la politique de première ligne de soins', notamment par l'insertion d'un chapitre sur le centre social santé intégré (lire : « les centres-social santé intégrés ») (articles 30 à 43).

Les collèges sont habilités à fixer le délai dans lequel le niveau d'intervention territoriale est mentionné dans les agréments (article 44). Le décret et ordonnance conjoints à adopter entre en vigueur à une date devant encore être complétée (article 45).

PORTÉE DE L'EXAMEN

3. Le chapitre 6 de l'avant-projet contient des dispositions modifiant l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019. À cet égard, l'exposé des motifs indique ce qui suit :

> « L'intégration de cette vision à l'ensemble de l'ambulatoire nécessite une révision du décret ambulatoire (au niveau Cocof) et de l'ordonnance première ligne (au niveau Cocom).
>
> Au niveau de la Cocom, les modifications sont déjà intégrées dans le présent décret et ordonnance conjoints ».

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

La section de législation n'aperçoit pas pourquoi les modifications apportées à l'ordonnance de la Commission communautaire commune figurent déjà dans le présent avant-projet, alors que tel n'est pas le cas pour le décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 'relatif à l'offre de services ambulatoires dans le domaine de l'action sociale, de la famille et de la santé'. Par ailleurs, interrogés sur les raisons pour lesquelles ces modifications sont apportées par la voie d'un décret et ordonnance conjoints, compte tenu des conséquences sur les possibilités ultérieures de modification des dispositions concernées de l'ordonnance du 4 avril 2019 [2-3], les délégués ont déclaré ce qui suit :

> « Het is wel niet de bedoeling dat de nieuwe in de ordonnantie van 4 april 2019 ingevoegde bepalingen slechts bij gezamenlijke decreet ordonnantie kan worden gewijzigd. Aangezien het om een ordonnantie gaat is het wel de bedoeling dat de GGC haar autonomie behoudt betreffende haar eigen regelgevende tekst ».

Compte tenu de l'intention des auteurs de l'avant-projet, il est plus sûr de renoncer au procédé envisagé et de transformer les modifications en projet en un avant-projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune distinct. Dans ces circonstances, la section de législation renonce donc à poursuivre l'examen du chapitre 6 de l'avant-projet.

---

[2] Selon l'article 92*bis*/1, § 4, alinéa 1er, de la loi spéciale du 8 aout 1980 'de réformes institutionnelles', rendu applicable à la Commission communautaire commune par l'article 63, alinéa 1er, de la loi spéciale du 12 janvier 1989 'relative aux Institutions bruxelloises', « [u]n décret conjoint peut abroger, compléter, modifier ou remplacer les dispositions légales ou décrétales en vigueur. Il ne peut être modifié, complété ou remplacé que par un décret conjoint adopté par les mêmes Parlements ». En ce qui concerne les accords de coopération, l'assemblée générale de la section de législation a admis, dans de strictes limites, qu'une disposition de rang législatif modifiée par un accord de coopération puisse encore, par la suite, faire l'objet de modifications par l'auteur initial de la norme, tout en rappelant, d'une part, qu'en vertu du principe général de droit *pacta sunt servanda*, applicable aux accords de coopération, les autorités qui ont conclu un accord de coopération entre elles doivent le respecter et ne peuvent pas édicter unilatéralement des règles de droit portant atteinte au contenu de l'accord de coopération, et en observant, d'autre part, qu'il ne peut être procédé à des modifications unilatérales de dispositions modifiées par un accord de coopération lorsque de telles modifications ne sont pas compatibles avec le contenu de cet accord (voir les avis 52.324/AV/4-52.325/AG/4 donnés les 8 et 14 janvier 2013 sur deux avant-projets devenus le décret de la Région wallonne du 11 avril 2014 'portant assentiment à l'accord de coopération conclu le 21 novembre 2013 entre la Région wallonne et la Communauté française relatif aux articles 42 et 44 de la Convention internationale des droits de l'enfant' et le décret de la Communauté française du 27 février 2014 'portant assentiment à l'accord de coopération conclu le 21 novembre 2013 entre la Région wallonne et la Communauté française relatif aux articles 42 et 44 de la Convention internationale des droits de l'enfant', observations 5 à 11, *Doc. parl.*, Parl. w, 2013-14, n° 1024/1, pp. 6-8 et *Doc. parl.*, Parl. Comm. fr., 2013-14, n° 607-1/14, p. 19.

[3] En ce qui concerne l'abrogation pure et simple d'un décret ou d'une ordonnance par un décret ou ordonnance conjoints, ces questions ne se posent pas, puisque ce décret ou cette ordonnance disparait ainsi de l'ordonnancement juridique. Voir par exemple l'article 32 des décret et ordonnance conjoints de la Région de Bruxelles-Capitale, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française du 16 mai 2019 'relatifs à la publicité de l'administration dans les institutions bruxelloises'.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

COMPÉTENCE

4.1. Le financement des tâches supplémentaires des CPAS dans le cadre du dispositif en projet, ainsi que celui de la structure d'appui, qui assure à son tour le financement des missions dans chacun des bassins d'aide et de soins, soulèvent des difficultés au regard des règles répartitrices de compétences entre les entités impliquées dans le processus d'adoption de la norme conjointe, comme en témoigne ce qui suit.

Les articles 11, 14 et 16 de l'avant-projet prévoient le subventionnement des CPAS par le Collège réuni. Conformément à l'article 12 de l'avant-projet, le Collège réuni conclut un contrat local social santé avec chaque CPAS.

L'article 25 de l'avant-projet dispose que le Collège réuni agrée et finance la structure d'appui. L'article 27 de l'avant-projet investit les collèges du pouvoir de préciser les conditions d'agrément de la structure d'appui, ainsi que ses missions et sa « gouvernance », mais le Collège réuni fixe la durée de l'agrément, les règles pour accorder cet agrément et pour suspendre ou retirer ce dernier ainsi que la subvention. Le Collège réuni conclut une convention avec la structure d'appui et fixe les modalités de conclusion de cette convention ainsi que sa portée (article 28).

L'article 19, § 3, de l'avant-projet dispose que la structure d'appui répartit les moyens à destination des bassins d'aide et de soins.

4.2. Par la voie d'un décret et ordonnance conjoints, les autorités concernées peuvent non seulement décider de créer une institution commune, mais elles peuvent aussi choisir de recourir aux services et institutions de l'une d'entre elles en vue de l'exercice conjoint de compétences propres. Il faut en tout cas veiller à ce que chacune des autorités concernées participe aux charges financières de ces services et institutions, de manière proportionnelle à la mise en œuvre de ses compétences matérielles concrétisées par l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints [4]. Cela implique qu'un lien de proportionnalité doit exister entre les couts des obligations liées aux compétences apportées par chacune des autorités concernées et leur financement par chacune d'elles [5].

[4] Avis 73.262/VR et 73.285/VR donné le 16 juin 2023 sur un avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française 'relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois', observation 4.

[5] Voir dans le cadre d'un accord de coopération, l'avis 52.806/VR donné le 19 mars 2013 sur un avant-projet d'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale 'portant assentiment à l'Accord de Coopération entre la Commission communautaire commune et la Région de Bruxelles-Capitale relatif à l'aide sociale aux ménages dans le cadre de la libéralisation des marchés de l'électricité et du gaz', observations 3 à 4.2.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

4.3. À cet égard, l'exposé des motifs indique ce qui suit :

« Le principe est que toutes les grandes lignes des options politiques à savoir, le principe de territorialisation, la fixation de la programmation, la délimitation des territoires, la définition des missions, les exigences en termes de gouvernance etc peuvent être définies conjointement. Par contre, la mise en œuvre des outils de pilotage territoriaux définis dans le présent décret et ordonnance conjoints, les quartiers, les bassins et la structure d'appui à la première ligne, est confiée à la Cocom.

Cela s'explique par la nécessité de désigner une seule instance chargée du suivi et du contrôle. D'un point de vue administratif, il serait en effet trop lourd de charger deux institutions distinctes de l'opérationnalisation des différents dispositifs mis en place, mais également particulièrement compliqué dès lors que chaque entité a ses pratiques et exigences de suivi administratif.

Si l'opérationnalisation est prise en charge par la Cocom, elle se fait en collaboration avec la Cocof. Cela se traduit notamment dans le cadre de la gouvernance commune instaurée par le décret et ordonnance conjoint relatifs à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois. Sur cette base, c'est l'ensemble de la politique social santé qui est suivi tant par les instances relevant de la Cocom que celles relevant de la Cocof, à savoir, les administrations, les ministres compétents, les instances d'avis etc.

Le choix de confier cette opérationnalisation à la Cocom se justifie par son caractère bicommunautaire. La Cocom est en effet la seule des deux institutions compétentes pour assurer le bilinguisme des différentes relations à mettre en œuvre.

Nonobstant l'opérationnalisation confiée à la Cocom, la Cocof reste libre de mettre en œuvre sa politique et d'y insérer les balises et moyens permettant aux acteurs dépendant de la Cocof de s'insérer dans les logiques définies dans le présent décret et ordonnance conjoints ».

Les délégués ont encore ajouté ce qui suit :

« Daarnaast [is] het toekennen van subsidie (…) slechts een aspect van onderhavig ontwerp. De andere aspecten worden allemaal gezamenlijk bepaald en de concrete uitvoering van onderhavig ontwerp zal zowel voor de GGC als voor de FGC belangrijke gevolgen hebben wat betreft de aanpassing van de erkenningen en financieringen aan de territorialiteitsvisie. Het aantal actoren van de ambulante sector die onder de bevoegdheid van de FGC ressorteren is, vandaag, aanzienlijk groter dan deze die onder de bevoegdheden van de GGC ressorteren, op dat punt zullen de gevolgen groter zijn voor de FGC dan voor de GGC.

Hoewel de in onderhavig ontwerp voorziene erkenningen en financieringen door de GGC zullen toegekend worden, zal de GGC dit uitvoeren in samenwerking met de FGC: Er zullen in de ondersteuningsstructuur regeringscommissarissen zijn zowel van de GGC als van de FGC (dit zal worden voorzien in de uitvoeringsbesluiten), het is de GGC die de lokaal welzijns- en gezondheidscontract zal afsluiten maar er zal in de uitvoeringsbesluiten worden bepaald dat de onderhandelingen in samenwerking met de FGC zal moeten gebeuren en, zoals vermeld in de memorie van toelichting, zal dit worden opgevolgd in het kader van het gezamenlijke bestuur dat wordt ingevoerd in het gezamenlijk decreet en ordonnantie met betrekking tot de goedkeuring en de uitvoering van het Brussels Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Het feit dat de betrokken erkenningen en financieringen alleen aan de GGC werd toevertrouwd wordt enkel verantwoord door praktische overwegingen om de efficiëntie van de opvolging zoveel mogelijk te optimaliseren. Maar daarbij werd de controle op deze erkenningen en financieringen geenszins alleen aan de GGC toevertrouwd aangezien de FGC over verschillende mogelijkheden zal beschikken om erop toezicht uit te oefenen.

Hieruit blijkt dat er naar een evenwicht werd gezocht tussen de prestaties van de verschillende entiteiten.

Tot slot kan ook worden verwezen naar een recent samenwerkingsakkoord tussen de GGC en het Brussels Hoofdstedelijk Gewest betreffende diensten inzake begroting, financiën, boekhouding en controle (instemmingsordonnanties van 11/03/2021 en advies RvS 65.734). In dit samenwerkingsakkoord worden veel diensten voorzien vanuit het BHG zonder dat er bepaalde compensatie door de GGC worden voorzien wat minder evenwichtig lijkt dan onderhavig ontwerp. In zijn advies op het de ordonnanties houdende instemming op het SWA heeft de RvS geen opmerking gedaan op dat punt ».

Contrairement à ce qu'avancent les délégués, l'accord de coopération du 30 janvier 2020 entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune 'portant sur les services en matière de budget, finances, comptabilité et contrôle' prévoit bien un apport financier de la Commission communautaire commune pour l'adhésion à la plate-forme SAP de la Région de Bruxelles-Capitale, en l'occurrence dans son article 4 [6]. Les autres dispositions de cet accord de coopération concernent des accords mutuels en matière de comptabilité et de contrôle qui ne semblent pas nécessiter de compensation de la part de la Commission communautaire commune.

La « nécessité de désigner une seule instance chargée du suivi et du contrôle » évoquée dans l'exposé des motifs ne signifie pas pour autant que le financement d'institutions accomplissant des tâches relevant tant de la compétence de la Commission communautaire française que de celle de la Commission communautaire commune, puisse être entièrement pris en charge par cette dernière autorité, d'autant que les délégués indiquent eux-mêmes que « [h]et aantal actoren van de ambulante sector die onder de bevoegdheid van de FGC ressorteren (…), vandaag, aanzienlijk groter [is] dan deze die onder de bevoegdheden van de GGC ressorteren ». Le fait que le financement par la Commission communautaire commune serait motivé par des « praktische overwegingen om de efficiëntie van de opvolging zoveel mogelijk te optimaliseren » n'est pas non plus convaincant.

[6] Qui correspond à l'article 2, alinéa 2, de l'accord de coopération soumis pour avis à la section de législation.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

On peut considérer que le financement prévu dans le dispositif actuellement en projet est distinct de celui figurant déjà dans le décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 et dans l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019, même si on n'aperçoit pas de manière claire à ce stade la mesure dans laquelle ce financement pourrait encore faire l'objet de modifications à la suite du décret et ordonnance conjoints à adopter. Il n'en demeure toutefois pas moins que le financement en projet des CPAS et de la structure d'appui est lié tant aux compétences de la Commission communautaire française qu'à celles de la Commission communautaire commune et qu'il doit exister un rapport de proportionnalité raisonnable entre les couts des obligations liées aux compétences apportées par chacune des deux autorités.

En conclusion, le régime de la répartition des charges financières dans le dispositif en projet doit être revu au regard des considérations qui précèdent.

FORMALITÉS PRÉALABLES

5. L'article 12, § 1er, alinéa 1er, de l'accord de coopération-cadre du 27 février 2014 entre la Communauté française, la Région wallonne et la Commission communautaire française 'relatif à la concertation intra-francophone en matière de santé et d'aide aux personnes et aux principes communs applicables en ces matières', dispose :

> « Le Gouvernement ou le Collège de la partie concernée transmet au comité ministériel tout avant-projet de décret ou projet d'arrêté réglementaire en matière de soins de santé ou d'aide aux personnes ».

La Commission communautaire française veillera au respect de cette formalité et de la procédure visée aux articles 13 à 15 de cet accord de coopération.

6. Les rapports d'évaluation du projet relatif à l'impact sur la situation des personnes handicapées (conformément à l'article 4, § 3, du décret de la Commission communautaire française du 15 décembre 2016 'portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire française' et à l'article 4, § 3, de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 23 décembre 2016 'portant intégration de la dimension du handicap dans les lignes politiques de la Commission communautaire commune') sont joints à l'avant-projet. Ces rapports indiquent que l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints n'a pas d'impact sur la dimension du handicap.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

L'avant-projet de décret et ordonnance conjoints concerne la politique de la santé et une partie importante de la politique de l'aide aux personnes. Même si la politique des handicapés [7] n'est pas, comme telle, concernée par l'avant-projet, les politiques mises en œuvre par l'avant-projet présentent un intérêt pour les personnes souffrant d'un handicap, dans la mesure où celles-ci sont également les bénéficiaires des services ambulatoires. L'avant-projet peut donc effectivement avoir une incidence à leur égard.

Les auteurs de l'avant-projet veilleront au correct accomplissement de la formalité préalable [8].

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

7.1. L'avant-projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune constitue, conjointement avec l'avant-projet de décret de la Commission communautaire française, un avant-projet de décret et ordonnance conjoints au sens de l'article 92*bis*/1 de la loi spéciale du 8 aout 1980 [9]. Des décrets et ordonnances conjoints peuvent porter notamment sur la création et la gestion conjointes de services et institutions communs, sur l'exercice conjoint de compétences propres, ou sur le développement d'initiatives en commun. Selon son intitulé et l'exposé des motifs, l'avant-projet vise l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social et santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale sur la base d'une politique commune et une approche territorialisée, telle que décrite dans le plan social santé intégré [10].

Conformément à l'article 3 de l'avant-projet et ainsi qu'il ressort des explications données par les délégués, les compétences mises en œuvre par celui-ci sont la politique de la santé et de l'aide aux personnes visées par l'article 5, § 1er, I et II, de la loi spéciale du 8 aout 1980, à l'exception des matières visées à l'article 5, § 1er, II, 3° et 4°, de la même loi spéciale et des matières relatives aux crèches et dans les limites posées par le décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 'relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française'.

[7] Article 5, § 1er, II, 4°, de la loi spéciale du 8 aout 1980.

[8] Voir dans le même sens les avis 71.902/VR et 71.908/VR donnés le 27 octobre 2022 sur des avant-projets de décret et ordonnance conjoints 'relatif à l'adoption et à la mise en œuvre concertée du plan social santé intégré bruxellois', l'observation 3 dans l'avis 71.902/VR et l'observation 4 dans l'avis 71.908/VR.

[9] Qui, eu égard à l'article 138 de la Constitution, s'applique à la Commission communautaire française et, conformément à l'article 63, alinéa 1er, de la loi spéciale du 12 janvier 1989, à la Commission communautaire commune.

[10] Réglé dans l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints 'relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois' (voir les avis précités 71.902/VR, 71.908/VR, 73.262/VR et 73.285/VR).

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

En ce qui concerne ces compétences matérielles, qui relèvent des matières personnalisables, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne sont pas seules compétentes au sein de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Des compétences en la matière sont également exercées par la Communauté française et par la Communauté flamande [11].

L'avant-projet de décret et ordonnance conjoints associe uniquement la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française à la coopération visée.

En principe, il n'y a pas d'objection à conclure des accords de coopération asymétriques ni à nouer une coopération asymétrique [12]. En ce qui concerne la Commission communautaire commune, il n'est en principe pas exclu que, dans l'exercice de ses compétences propres, la Commission communautaire commune collabore avec une seule communauté ou région, sans qu'y soient associées les autres communautés ou les autres régions à qui ont été attribuées les mêmes compétences matérielles [13].

Il peut en principe être admis que, dans le cadre de l'exercice d'une compétence, la Commission communautaire commune juge souhaitable d'harmoniser l'exercice de ces compétences avec d'autres autorités. La spécificité de la région bilingue de Bruxelles-Capitale implique précisément que la Commission communautaire commune doive nécessairement tenir compte de politiques éventuellement différentes menées par les deux communautés concernées dans le domaine de la santé et du bien-être [14].

---

[11] La Commission communautaire flamande, réglée dans le livre III de la loi spéciale du 12 janvier 1989, ne dispose pas de compétences législatives et constitue un pouvoir subordonné de la Communauté flamande.

[12] Avis 61.026/VR donné le 5 avril 2017 sur un avant-projet devenu la loi du 30 juin 2017 'portant assentiment à l'accord de coopération entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne relatif à la gestion du service pour la régularisation des impôts régionaux et des capitaux fiscalement prescrits non scindés et à la mise en place d'un système de régularisation des capitaux fiscalement prescrits non scindés et à l'accord de coopération entre l'État fédéral et la Région Flamande relatif à la régularisation des montants non scindés', *Doc. parl.*, Chambre, 2016-2017, n° 54-2473/001, pp. 10-22.

[13] Avis 57.456/AG et 57.670/AG donnés le 22 juin 2015 sur une proposition de décret et ordonnance conjoints de la Communauté française, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française, 'instituant un délégué général aux droits de l'enfant commun à la Communauté française, à la Région wallonne, à la Région de Bruxelles-Capitale, à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française', *Doc. parl.*, Ass. Comm. comm. fr., 2014-2015, n° 18/1, et sur une proposition de décret et ordonnance conjoints de la Communauté française, de la Région wallonne, de la Région de Bruxelles-Capitale, de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française 'instituant un délégué général aux droits de l'enfant commun à la Communauté française, à la Région wallonne, à la Région de Bruxelles-Capitale, à la Commission communautaire commune et à la Commission communautaire française', *Doc. parl.*, Parl. w., 2014-2015, n° 157/1.

[14] Avis 51.192/VR donné le 24 mai 2012 sur un avant-projet de décret de la Commission communautaire française 'portant assentiment à l'Accord de coopération entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire française concernant les politiques croisées 'emploi-formation'', *Doc. parl.*, Ass. Comm. comm. fr., 2012-2013, n° 75/1, pp. 7-11, avec renvoi à l'avis 43.794/1 donné le 29 novembre 2007 sur un avant-projet devenu l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 27 novembre 2008 'relative au soutien des missions locales pour l'emploi et des 'lokale werkwinkels'', *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2007-2008, A-453/1, pp. 34-38.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Il n'y a donc pas en tant que telle d'objection du point de vue des règles répartitrices de compétences au fait que seules la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune soient associées au présent processus de décret et ordonnance conjoints.

Néanmoins, la Commission communautaire commune doit, lors de la mise en œuvre de la coopération, tenir compte des principes constitutionnels d'égalité et de loyauté fédérale. Cela signifie également que la Commission communautaire commune se doit, sur le plan de la coopération, de traiter les deux communautés en manière telle que les institutions qui relèvent de chaque communauté et, par voie de conséquence, les personnes qu'elles desservent, puissent bénéficier des effets de la coordination avec les politiques menées par la Commission communautaire commune [15]. Il s'ensuit que si, comme dans l'avant-projet à l'examen, la Commission communautaire commune poursuit un objectif général d'harmonisation, de coordination ou d'intégration générale de la politique de l'ambulatoire, en ce compris les soins de première ligne, elle doit tout mettre en œuvre – ce qui suppose que la Commission communautaire commune doit avoir fait une tentative réelle et effective – pour parvenir à une coopération avec les différentes autorités compétentes pour la politique de l'ambulatoire, en ce compris les soins de première ligne dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, et ce aux fins de prévenir ou de réduire au maximum les différences de traitement entre personnes qui résulteraient d'une asymétrie entre les coopérations menées [16].

Certes, eu égard à l'autonomie respective des autres autorités, la Commission communautaire commune ne peut pas obliger ces autres autorités à nouer une coopération. En conséquence, il est possible que la Commission communautaire commune ne parvienne pas, dans le cadre de la mise en œuvre de ses compétences propres qu'elle souhaiterait exercer conjointement avec les autres autorités matériellement compétentes, à s'assurer que chacune de ces autorités participe à une réglementation ou politique intégrée ou commune. Un tel refus de coopérer ne pourrait avoir pour conséquence que la Commission communautaire commune ne puisse pas nouer une coopération avec des autorités qui souhaitent effectivement s'engager dans une certaine forme de coopération.

[15] Avis 68.632/1 donné le 29 janvier 2021 sur un avant-projet devenu l'ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 2 décembre 2021 'portant assentiment à l'accord de coopération entre la Communauté flamande, la Région flamande et la Région de Bruxelles-Capitale portant sur l'articulation de la politique du marché du travail, de la formation et de la promotion de la mobilité des chercheurs d'emploi', *Doc. parl.*, Parl. Rég. Brux.-Cap., 2021-2022, n° A-409/1, pp. 13-18.

[16] Avis 61.026/VR.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

La répartition constitutionnelle des compétences applicable dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, combinée avec les principes constitutionnels d'égalité et de loyauté fédérale, implique cependant l'obligation pour la Commission communautaire commune d'avoir fait une tentative réelle et effective en vue de mettre en place une coopération et une coordination similaires avec les autres autorités compétentes (via une autre forme de coopération, menée le cas échéant de manière asymétrique, ou via une association de ces autres autorités au processus normatif conjoint) [17].

7.2. À ce sujet, l'exposé des motifs indique ce qui suit :

> « Au niveau de la région, ce sont la Cocom et la Cocof qui restent les pilotes d'une vision régionale et des directives relatives à la politique sociale santé dans la ligne du Plan Social Santé Intégré.
>
> Il doit par ailleurs être souligné que le dispositif bassins repris dans le présent décret et ordonnance conjoints s'inspire notamment de ce qui est fait par d'autres entités. En effet, les bassins correspondent dans les grandes lignes aux 'zorgraden' institués en 2019 par la Communauté flamande.
>
> En région flamande les zone des zorgraden ont été définie par environ 100.000 habitants. Toutefois, il n'existe pour Bruxelles qu'un seul 'zorgraad' pour 1.2 million d'habitants. Cela s'explique notamment en raison du nombre limité d'acteurs sur le territoire bruxellois relevant de la compétence de la Communauté flamande qui ne permet pas une approche semblable à celle appliquée en région flamande. Au regard du nombre d'acteurs proportionnellement plus important relevant de la Cocom ou de la Cocof, il est indispensable de créer un plus grand nombre de bassins pour le territoire bruxellois. L'objectif est bien de mettre en place une étroite collaboration entre les bassins définis dans le présent décret et ordonnance conjoint et le zorgraad bruZEL et la VGC.
>
> Le découpage en bassins correspond également à l'esprit du découpage actuellement proposé en région wallonne dans le cadre du trajet Proxi-santé.
>
> La logique de l'organisation du secteur social santé intégrée sur la base d'une territorialisation se développe sur l'ensemble du territoire belge. Afin de garantir une politique d'aide et de soins intégrés entre les différentes entités fédérées des mécanismes de coopération seront mis en place.
>
> Un travail de concertation par le biais de groupes de travail ayant duré plusieurs mois avec les acteurs compétents a été mis en œuvre. Tant les acteurs ambulatoires relevant de la compétence de la Cocom et de la Cocof que ceux relevant de l'autorité fédérale ou de la Communauté flamande à travers la Huis voor Gezondheid ont été invités à la concertation.
>
> Il convient par ailleurs de préciser que des contacts ont été pris avec la Communauté flamande afin d'harmoniser et de coordonner sur le territoire bruxellois la politique de la première ligne développée par le présent décret et ordonnance conjoint avec celle de la Flandre. Des discussions sont actuellement en cours afin d'aboutir à la conclusion d'un protocole d'accord.

[17] Voir dans le même sens les avis 71.902/VR et 71.908/VR.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

En raison du nombre très importants d'entités compétentes dans le domaine de la santé et du social pour le territoire bruxellois, il est indispensable de mettre en place de nombreuses collaborations. Toutefois, la complexité institutionnelle et politique belgo-bruxelloise impose d'adapter les modalités de collaboration en fonction des possibilités offertes. En d'autres termes, une approche pragmatique est indispensable afin de rendre possible la collaboration au niveau bruxellois.

Il va également de soi que le présent décret et ordonnance conjoint n'empêche aucunement la conclusion d'autres accords, asymétriques ou non, avec les entités compétentes en région bruxelloise ».

7.3. À la question de savoir si l'avant-projet met en œuvre les principes figurant dans le plan social santé intégré ou si, d'une autre manière, il vise à mettre en place une politique intégrée de l'ambulatoire et de la première ligne social santé pour l'ensemble de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, et si, dans l'affirmative, une véritable tentative de coopération a été effectuée avec les Communauté française et flamande, les délégués ont répondu ce qui suit :

« Het ontwerp geeft inderdaad uitvoering aan principes en beleidsplan zoals opgenomen in het Geïntegreerd Welzijns- en Gezondheidsplan. Het dient dan te worden gezien als één van de concrete uitvoering[en] van dit plan. (…)

Wat de samenwerking met de andere bevoegde entiteiten betreft kan worden verwezen naar (…) de memorie van toelichting. Zoals daar vermeld zijn er vandaag nauwe contacten gelegd om de samenwerking te versterken en ervoor zorgen dat de inhoud van dit ontwerp complementair wordt met het beleid van de andere entiteiten. Deze samenwerkingen (die in functie van de noden de volgende vormen kunnen nemen: vergaderingen, protocolakkoord, samenwerkingsakkoord, …) zijn dus essentieel om de beleidsvisie van onderhavig ontwerp te verwezenlijken.

Het principe van territorialiteit en de oprichting van drie niveau in Brussel waarop en in functie waarvan de zorg zullen kunnen worden georganiseerd werd ook reeds meermaals besproken tijdens interministeriële conferentie gezondheid (IMC-CIM) en er wordt vandaag reeds daarmee rekening gehouden in de discussie tussen de verschillende entiteiten (zie onder meer https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/interfederaal-plan-geintegreerde-zorg/Paginas/default.aspx).

Er zijn vandaag ook reeds discussie[s] om deze samenwerkingen verder [te organiseren in de vorm van [een] protocolakkoord of samenwerkingsakkoord ».

7.4. Au vu des explications données et, notamment, de la volonté annoncée de développer une coordination et une complémentarité avec les politiques respectives de la Communauté française et de la Communauté flamande, il est pris acte de ce qu'une tentative réelle et effective en vue de mettre en place une coopération et une coordination similaires avec la Communauté flamande et la Communauté française est en cours.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

8.1. L'article 6 de l'avant-projet dispose que l'offre de l'ambulatoire est organisée sur une base territoriale. Aux termes de l'article 7 de l'avant-projet, 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 : les quartiers social-santé, les bassins d'aide et de soins et la région. Conformément à l'article 8 de l'avant-projet, l'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité. L'article 9 de l'avant-projet prévoit que 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 [18]. L'article 24 de l'avant-projet énonce que les agréments et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée ; les collèges peuvent fixer les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire.

Les conséquences juridiques concrètes de ces dispositions n'apparaissent pas clairement, en particulier celles de l'article 9 de l'avant-projet, en ce qui concerne la répartition territoriale de l'offre social santé envisagée.

8.2. À ce sujet, l'exposé des motifs indique ce qui suit :

> « L'organisation de l'offre social santé sur une base territoriale n'implique pas d'obligation nouvelle pour les usagers de recourir à un service basé sur le territoire défini. Il n'existe sur ce point aucune intention de limiter le droit des patients à leur libre choix de prestataire de soins ».

Toutefois, ailleurs dans l'exposé des motifs, il est également fait mention de ce qui suit :

> « Un des impacts majeurs du présent décret et ordonnance conjoints est l'intégration de la notion d'action sur un territoire déterminé.
>
> Les acteurs devront intégrer leurs actions au sein d'un territoire. Les éventuels agréments octroyés à ces acteurs devront dès lors mentionner le territoire pour lequel un acteur est agréé.
>
> Toutefois, d'une part, tous les acteurs n'exercent actuellement pas leurs activités sur un territoire déterminé et d'autre part, certains acteurs inscrivent leurs actions sur un territoire déterminé sans que ce territoire corresponde aux territoires qui seront déterminées par les collèges.
>
> Une certaine période d'adaptation est indéniablement nécessaire.
>
> C'est pourquoi le présent décret et ordonnance conjoints n'impose aucunement aux acteurs un territoire déterminé.
>
> La détermination du territoire d'intervention d'un acteur de l'ambulatoire devra se faire en concertation entre les autorités compétentes, la COCOF et la COCOM et les acteurs eux-mêmes. L'avis des administrations, des services d'étude et de soutien, les instances des bassins seront pris en compte.

[18] Telle que définie à l'article 2, 7°, de l'avant-projet.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

En d'autres termes, l'intention du paragraphe premier du présent article est bien d'imposer le choix d'un territoire dans le cadre de l'octroi d'un agrément, mais le 'choix' de ce territoire devra se faire sur la base d'une concertation avec les différents acteurs compétents.

L'article 44 prévoit un délai à fixer par les collèges pour la mise en œuvre de cette disposition.

C'est uniquement une fois que le dispositif de territorialité connaitra une certaine stabilité pour un groupe d'acteur déterminé que les collèges pourront le cas échéant déterminer par arrêté le niveau d'intervention d'un ou de plusieurs secteurs déterminés ».

8.3. À cet égard, les délégués ont encore ajouté les explications suivantes :

« Op termijn is het wel de bedoeling dat de actoren gefinancierd of erkend worden om hun opdrachten op een welbepaald grondgebied uit te voeren. Dit zal wel enige tijd duren vooraleer het effectief uitgevoerd wordt en zal uitvoeringsbeslissingen en besluiten vereisen. Het is wat wordt ermee bedoeld met de volgende passage 'Daarom wordt in geen geval in dit gezamenlijk decreet en ordonnantie een bepaald gebied opgelegd aan de actoren.' Die passage moet worden gelezen met de twee volgende paragrafen van de memorie van toelichting waaruit blijkt dat het gebied niet zozeer opgelegd zal worden maar gekozen in samenwerking met de betrokken actoren.

Er vloeit wel uit dit ontwerp een verplichting om de erkende of gefinancierde opdrachten op een bepaald grondgebied uit te voeren, maar de keuze van dit grondgebied zal in overleg met de betrokken actoren gebeuren en geval per geval worden bekeken ».

8.4. De ces précisions, il peut être déduit que l'intention est, dans un délai à fixer par les collèges, de limiter à un territoire déterminé l'exercice des activités de certains acteurs. Indépendamment même des considérations émises ci-après concernant leur compatibilité avec le droit européen (voir l'observation 8.5), il convient de faire ressortir plus clairement les conséquences juridiques concrètes qui s'attachent à la limitation territoriale des agréments et subventions de ces acteurs au niveau des quartiers social-santé et des bassins d'aide et de soins.

En l'état actuel, l'avant-projet ne pose pas clairement le principe selon lequel le choix du territoire d'intervention d'un acteur de l'ambulatoire se fera en concertation avec les acteurs concernés et au cas par cas, ni que cette modalité est directement liée à l'obtention d'un agrément ou d'un financement spécifique, ce qui parait pourtant être l'intention poursuivie. L'avant-projet sera complété sur ce point.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Quoi qu'il en soit, une telle limitation territoriale ne peut avoir d'effet que dans le cadre des compétences matérielles de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française dans le domaine des soins de santé. Les explications des délégués selon lesquelles les acteurs concernés sont uniquement ceux relevant de la compétence de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française (voir l'observation 19), ne changent rien au fait qu'il existe des acteurs qui relèvent aussi pour partie de la compétence de l'autorité fédérale, à savoir les professionnels de la santé [19]. Il n'est pas possible d'interdire à des professionnels de la santé visés à titre individuel de dispenser des services de soins de santé en dehors de certains bassins ou quartiers de la région de Bruxelles-Capitale, car cela constituerait un empiètement sur la compétence fédérale en matière d'exercice de la médecine [20].

Si, comme l'indique l'exposé des motifs, le dispositif en projet ne limite aucunement la liberté de l'usager de choisir lui-même son prestataire de soins, l'avant-projet devrait le prévoir explicitement, mais la question se pose alors également de savoir comment cette liberté de choix s'articule avec la limitation territoriale évoquée, ce qui devrait donc aussi être réglé par l'avant-projet.

8.5. Dans la mesure où le dispositif en projet concerne des services, autres que des services non économiques d'intérêt général, en particulier en ce qui concerne des acteurs individuels, et a pour effet de limiter l'exercice de certaines activités à un bassin territorial déterminé, il convient d'examiner s'il se concilie avec la liberté d'établissement (article 49 et suivants du Traité 'sur le fonctionnement de l'Union européenne' (ci-après : « TFUE ») et la libre prestation des services (article 56 et suivants du TFUE). À cet égard, les délégués ont donné les explications suivantes :

> « Daarnaast, het merendeel van de erkenningsstelsel en financieringen die onder de toepassing van onderhavig ontwerp vallen kunnen niet beschouwd worden als een vergunningsstelsel in de zin van de Dienstrichtlijn in de mate dat ze niet de toegang tot een bepaalde activiteit voorwaardelijk maken aan het bekomen van een 'vergunning', maar enkel de financiering ervan. Met andere woorden, de betrokken actoren mogen hun activiteiten vrij uitoefenen (of in sommige gevallen mits naleving van regelgevingen die niet onder de bevoegdheid van de GGC of de FGC vallen – zoals voor artsen en dergelijk) maar indien zij de financiering van de GGC of de FGC willen ontvangen dienen ze wel aan bepaalde voorwaarden te voldoen. Behoudens vergissing kunnen deze gevallen niet worden beschouwd als een belemmering van de vrijheid van vestiging.

[19] Ceux-ci tombent sous le coup de la loi coordonnée du 10 mai 2015 'relative à l'exercice des professions des soins de santé' et de la loi du 29 avril 1999 'relative aux pratiques non conventionnelles dans les domaines de l'art médical, de l'art pharmaceutique, de la kinésithérapie, de l'art infirmier et des professions paramédicales'.

[20] C.C., 19 décembre 2013, n° 170/2013, B.13 à B.16.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Wat de activiteiten die wel alleen mogen worden uitgeoefend mits naleving van een GGC of FGC vergunningsstelsel (zie bijvoorbeeld artikel 6 van ordonnantie van 7 november 2002 betreffende de centra en diensten voor bijstand aan personen) vallen deze wel minstens onder de toepassing van artikelen 49 ev en 56 ev VWEU. Voor deze diensten kan wel worden beschouwd dat onderhavig ontwerp een territoriaal beperking aan de uitoefening van een dienst invoegt.

Het principe van territorialiteit toegepast aan het sociaal/gezondheid sector in België is niet nieuw. Er wordt immers regelmatig ervan gebruik gemaakt. Een recent geval kan worden gevonden in de invoering van een territoriale programmatie voor de ziekenhuisnetwerken, zoals ingevoegd bij artikel 6 van de wet van 28 februari 2019 tot wijziging van de gecoördineerde wet van 10 juli 2008 op de ziekenhuizen en andere verzorgingsinrichtingen, wat de klinische netwerking tussen ziekenhuizen betreft, waarover de RvS geen principiële bezwaar had (zie advies 65.023/3).

Een strikt territoriale spreiding kan ook worden gevonden in het vergunningsstelsel van de apotheken. De RvS heeft reeds beschouwd dat: 'het begrip ˈspreiding van de apothekenˈ moet zo worden opgevat dat het in overeenstemming is met de eisen van de volksgezondheid, inzonderheid met het oog op het op een doeltreffende wijze uitoefenen van de artsenijbereidkunde, hetgeen in concreto betekent dat de organisatie en de inplanting van de apotheken dient te worden georganiseerd in het licht van een doeltreffende aflevering van de geneesmiddelen aan de bevolking' (arrest nr. 180.948 van 13 maart 2008, p. 16).

Tot slotte heeft het Hof van Justitie reeds gesteld dat 'volgens vaste rechtspraak van het Hof artikel 49 VWEU aldus moet worden uitgelegd dat deze bepaling zich in beginsel niet ertegen verzet dat een lidstaat een stelsel van voorafgaande vergunningen voor de vestiging van nieuwkomers in de zorgsector zoals apotheken vaststelt, wanneer een dergelijk stelsel onmisbaar is om eventuele leemten in de toegang tot de gezondheidszorg te dichten en overlappingen te voorkomen, zodat de gezondheidszorg passend tegemoet komt aan de behoeften van de bevolking, het gehele grondgebied bestrijkt en rekening houdt met geografisch geïsoleerde of anderszins benadeelde gebieden' (arrest C-367/12 overweging 24).

Het Hof van Justitie heeft dus principieel geen bezwaar tegen een stelsel die op grond van sociaal- of gezondheidsoverwegingen een bepaalde locatie voor het uitvoeren van een sociale/ gezondheidsdienst oplegt. Om de wettelijkheid van dit stelsel te beoordelen dient wel te worden nagegaan op grond van welke objectieve en concrete criteria het grondgebied van de betrokken dienst wordt opgelegd. Deze analyse kan in dit stadium niet worden uitgevoerd aangezien onderhavig ontwerp slechts het principe bepaald, hetwelk in de uitvoering van dit ontwerp zal geconcretiseerd moeten worden.

Er dient bijgevolg te worden besloten dat in zover dit ontwerp slechts het principe van de organisatie van de zorg op territoriaal basis regelt het niet strijdig is met artikelen 49 ev en 56 ev VWEU ».

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

8.5.1. Selon une jurisprudence constante de la Cour de justice de l'Union européenne, constitue une restriction au sens des articles 49 et 56 du TFUE toute mesure nationale qui, même applicable sans discrimination tenant à la nationalité, est susceptible de gêner ou de rendre moins attrayant l'exercice, par les ressortissants de l'Union, de la liberté d'établissement ou de la liberté de service garanties par le traité [21].

En l'espèce, l'imposition d'une obligation de respecter un territoire donné pour la prestation de ses services dans le cadre d'un agrément ou d'une subvention revient à soumettre l'exercice de l'activité des acteurs de l'ambulatoire à une restriction à la libre prestation de services et à la liberté d'établissement au sens des articles 49 et 56 du TFUE. Dès lors que l'accès aux soins de santé et aux services sociaux en Belgique repose principalement sur le financement par l'État, en tout ou en partie, des prestations qui y sont liées, le seul fait que l'imposition de la définition d'un niveau d'intervention territorial aux acteurs de l'ambulatoire serait uniquement lié au subventionnement de ces acteurs n'a pas pour conséquence que cette territorialisation imposée ne constituerait pas une entrave à la liberté d'établissement ou à la libre prestation de services. S'il est vrai que la réglementation en cause ne prive pas les bénéficiaires des services ambulatoires de la possibilité d'avoir recours à un prestataire de services non agréé et non subventionné, une telle réglementation décourage ceux-ci de s'adresser aux prestataires de services ambulatoires qui n'ont pas obtenu un agrément et un subventionnement et, par voie de conséquence, ne se sont pas astreints à une limitation territoriale de leurs activités.

En outre, la territorialisation conditionne également l'agrément des acteurs de l'ambulatoire en tant que tel et cet agrément, bien qu'il constitue un préalable indispensable au subventionnement, existe indépendamment de celui-ci. Il permet également de témoigner du respect de toute une série de normes de fonctionnement, architecturales ou de personnel, ce qui constitue un gage de qualité à l'égard des tiers. Le lien qui est fait par l'article 24 de l'avant-projet entre l'agrément et le territoire d'exercice des activités aura donc également des conséquences au regard de la libre prestation de services ou de la liberté d'établissement des acteurs de l'ambulatoire. L'article 29 de l'avant-projet lie d'ailleurs programmation et territorialisation.

[21] En ce sens, voir C.J., 14 octobre 2004, arrêt *Commission des Communautés européennes c. Royaume des Pays-Bas*, C-299/02, Rec. p. I-9761, § 15 ; 21 avril 2005, arrêt *Commission des Communautés européennes c. République hellénique*, C-140/03, Rec. p. I-3177, § 27.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Il est vrai qu'à l'heure actuelle, le respect d'un territoire donné pour l'exercice de leurs activités est déjà imposé aux réseaux organisés par les articles 177 et suivants du décret du 5 mars 2009. La programmation prévue par l'article 32 du décret du 5 mars 2009 [22] tient par ailleurs compte des besoins constatés, notamment d'un point de vue géographique. En imposant aux acteurs de l'ambulatoire d'inscrire leurs actions et de mettre en œuvre leurs missions sur un territoire donné, en faisant de cette exigence un élément d'agrément et de subventionnement et en prévoyant que la programmation est organisée en prenant en considération les délimitations territoriales, les articles 9, 24 et 29 de l'avant-projet mettent cependant en place un ensemble de règles plus contraignantes dès lors qu'ils entendent imposer un ancrage territorial à l'ensemble des acteurs de l'ambulatoire et également aux prestataires à titre individuel (et non ~~pas~~ uniquement aux organisations auxquelles ils peuvent se rattacher).

8.5.2. Selon une jurisprudence constante, les restrictions à la liberté d'établissement et à la libre prestation de services, qui sont applicables sans discrimination tenant à la nationalité, peuvent être justifiées par des raisons impérieuses d'intérêt général, à condition qu'elles soient propres à garantir la réalisation de l'objectif poursuivi et n'aillent pas au-delà de ce qui est nécessaire pour atteindre cet objectif [23]. Il ressort de l'article 52, paragraphe 1, du TFUE que la protection de la santé publique peut justifier des restrictions aux libertés fondamentales garanties par le traité telles que la liberté d'établissement ou la libre prestation de services. Plus précisément, des restrictions peuvent être justifiées par l'objectif visant à assurer un accès à la population à des soins de santé sûrs et de qualité [24] mais également équilibré et accessible à tous [25]. Un tel raisonnement est transposable à l'égard des services sociaux qui participent régulièrement au maintien de la santé. Le risque d'atteinte grave à l'équilibre financier du système de sécurité sociale et le souci corrélatif de maitriser les couts de la sécurité sociale peut également constituer une raison impérieuse d'intérêt général susceptible de justifier une entrave au principe de la libre prestation des services [26].

[22] Cet article prévoit, en son alinéa 1er : « Le Collège établit, après avis du Conseil consultatif, une programmation incluant un nombre de services par secteur en tenant compte de l'offre existante et des besoins constatés d'un point de vue sociologique, géographique, épidémiologique et socioéconomique ».

[23] C.J. (gde ch.), 1er juin 2010, arrêt *Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanita*rios *et* Pr*incipado de Asturias*, C-570/07 et C-571/07, § 61.

[24] C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung*, C-169/07, § 46 (dentistes) ; C.J. (gde ch.), 19 mai 2009, arrêt *Apothekerkammer des Saarlandes e.a. c. Saarland et Ministerium für Justiz, Gesundheit und Soziales*, C-171/07 et C172/07, §§ 27 et 28 ; C.J., 1er juin 2010, arrêt *Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias*, C-570/07 et C-571/07, §§ 63 et 66 (pharmacie) ; C.J., 5 décembre 2013, arrêt *Alessandra Venturini c. ASL Varese e.a.*, C-159/12 jusqu'au C-161/12, § 42 ; C.J., 28 avril 1998, arrêt *Kholl c. Union des caisses de maladies*, C-158/96, § 51.

[25] C.J., 12 juillet 2001, arrêt *Smits c. Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. et Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, C-157/99, § 79.

[26] C.J., 29 octobre 2020, arrêt *A c. Veselības ministrija*, C-243/19, § 52 ; C.C., 4 novembre 2015, n° 159/2015, B.9.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Plus particulièrement, selon la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, des établissements et infrastructures sanitaires peuvent faire l'objet d'une planification. Celle-ci peut comprendre une autorisation préalable pour l'installation de nouveaux prestataires de soins, lorsqu'elle s'avère indispensable pour combler d'éventuelles lacunes dans l'accès aux prestations sanitaires et pour éviter la création de structures faisant double emploi, de sorte que soit assurée une prise en charge sanitaire adaptée aux besoins de la population, qui couvre l'ensemble du territoire et qui tienne compte des régions géographiquement isolées ou autrement désavantagées [27].

La Cour de justice de l'Union européenne a notamment considéré que :

> « 51. À cet égard, il ne saurait être d'emblée exclu, à l'instar de ce que la Cour a déjà jugé à propos des établissements hospitaliers (arrêts du 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, C-157/99, Rec. p. I-5473, points 76 à 80, et Watts, précité, points 108 à 110), que des infrastructures de soins ambulatoires, telles que des cabinets de médecins et des policliniques, puissent également faire l'objet d'une planification.
>
> 52. En effet, une planification, qui exige une autorisation préalable pour l'installation de nouveaux prestataires de soins, peut s'avérer indispensable pour combler d'éventuelles lacunes dans l'accès aux soins ambulatoires et pour éviter la création de structures faisant double emploi, de sorte que soit assurée une prise en charge médicale qui s'adapte aux besoins de la population, couvre l'ensemble du territoire et tienne compte des régions géographiquement isolées ou autrement désavantagées » [28].

8.5.3. En l'espèce, dans l'exposé des motifs, la territorialisation imposée aux acteurs de l'ambulatoire est justifiée par :

– le souci de fournir à ceux-ci un cadre clair, leur permettant d'assurer la cohérence de leurs actions avec celle de leurs partenaires, ce qui permettra globalement de renforcer la cohérence de la politique sociale santé dans la région bilingue de Bruxelles capitale ;

– la volonté de développer la coordination entre les acteurs de l'offre sociale santé et de développer une politique d'intégration sociale santé au niveau local dont plusieurs expériences pilotes témoigneraient de la pertinence ;

– le souhait d'adapter le subventionnement en fonction des besoins réels ;

– le souhait d'arriver à mieux identifier le niveau d'action pertinent pour intervenir en cas de crise sanitaire ;

---

[27] C.J., 1er juin 2010, arrêt *Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias*, C-570/07 et C-571/07, § 70 ; C.J., 12 juillet 2001, arrêt *Smits c. Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M.* et *Peerbooms c. Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen*, C-157/99, §§ 76 à 80 ; C.J. (gde ch.), 16 mai 2006, arrêt *Watts c. Bedford Primary Care Trust et Secretary of State for Health*, C-372/04, §§ 108 à 110 ; C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung*, C-169/07, §§ 51 et 52.

[28] C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung*, C-169/07, §§ 51 et 52.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

– la volonté de développer une logique de territorialisation sur l'ensemble du territoire belge ;

– le souci de mettre en œuvre une approche intégrée de l'aide et des soins de même niveau sur l'ensemble du territoire bruxellois.

Ces justifications témoignent d'un objectif de santé publique et de politique sociale visant à assurer à la population un accès à des soins de santé et des services sociaux sûrs et de qualité [29] mais également équilibrés et accessibles à tous.

Il convient encore d'examiner si l'avant-projet est propre à garantir les objectifs poursuivis et nécessaire à cette fin. Si la définition de différents niveaux d'intervention parait effectivement utile à la poursuite des différents objectifs annoncés, la question se pose de savoir si ceux-ci requièrent, pour autant que soit imposée une obligation d'agir sur un territoire donné à tous les acteurs de l'ambulatoire, que ceux-ci soient des organisations spécifiques ou des prestataires à titre individuel.

Pour sa part, le décret de la Communauté flamande du 26 avril 2019 'relatif à l'organisation des soins de première ligne, des plateformes régionales de soins, et du soutien des prestataires de soins de première ligne', impose uniquement des zones régionales de soins (articles 13 et 18) aux conseils de soins et aux plateformes régionales de soins. Le Code wallon de l'action sociale et de la santé impose également des programmations territoriales et des agréments liés à une zone d'action spécifique à diverses institutions ou organisations. Il se limite cependant à imposer une telle exigence à des organisations (tels que les services intégrés de soins domicile, les plates-formes de concertation de soins palliatifs, les plates-formes de concertation en santé mentale, etc.), sans viser les prestataires de soins de santé à titre individuel.

Les auteurs de l'avant-projet veilleront par conséquent à justifier plus précisément la nécessité des mesures, notamment quant à leur champ d'application personnel, qu'ils entendent imposer par le biais des articles 9, 24 et 29 de l'avant-projet au regard des objectifs annoncés.

9. Les délégués ont confirmé que les délégations aux « collèges » inscrites dans l'avant-projet visent à ce que le Collège réuni de la Commission communautaire commune et le Collège de la Commission communautaire française prennent un arrêté d'exécution conjoint au sens de l'article 92*bis*/1, § 3, de la loi spéciale du 8 aout 1980. Il est dès lors préférable que ces délégations mentionnent explicitement que les collèges prennent les mesures envisagées « par un arrêté d'exécution conjoint ». Les délégués ont marqué leur accord sur ce point.

[29] C.J. (gde ch.), 10 mars 2009, arrêt *Hartlauer Handelsgesellschaft mbH c. Wiener Landesregierung et Oberösterreichische Landesregierung*, C-169/07, § 46 (dentistes) ; C.J. 19 mai 2009, arrêt *Apothekerkammer des Saarlandes* e.a., C-171/07 et C-172/07, §§ 27 et 28 ; C.J., 1er juin 2010, arrêt *Blanco Pérez et Chao Gómez c. Consejería de Salud y Servicios Sanitarios et Principado de Asturias*, C-570/07 et C-571/07, §§ 63 et 66 (pharmacie) ; C.J., 5 décembre 2013, arrêt *Alessandra Venturini*, C-159/12 jusqu'au C-161/12, § 42 ; C.J., 28 avril 1998, arrêt *Kholl c. Union des caisses de maladie*, C-158/96, § 51.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

10. Chaque fois qu'il est fait référence à « la région » dans l'avant-projet, on écrira « la région bilingue de Bruxelles-Capitale ».

EXAMEN DE L'AVANT-PROJET

Article 2

11. Dès lors que l'article 4, 2°, de l'avant-projet entend se référer à la notion de « plan social santé intégré », il convient de définir celle-ci dans l'article 2.

12. Les notions définies par les 4° (« première ligne sociale santé »), 5° (« aide et soins intégrés »), 6° (« action communautaire »), 7° (« responsabilité populationnelle ») et 9° (« fonction inclusive ») reprennent plusieurs éléments qui visent en réalité à imposer un comportement donné, respectivement aux acteurs de la première ligne sociale santé, aux autorités chargées de mettre en œuvre des actions communautaires et aux acteurs de l'ambulatoire.

Il convient d'éviter de faire figurer des prescriptions à caractère normatif dans une définition. Par conséquent, ces prescriptions seront formulées ailleurs que dans l'article 2.

13.1. Il résulte des informations communiquées par les délégués que les médecins spécialistes qui travaillent en dehors d'un hôpital appartiennent au secteur « ambulatoire » mais pas à la « première ligne social santé » au sens de l'avant-projet. Ils expliquent en effet :

> « De artsen-specialisten die buiten een ziekenhuis werken behoren tot de ambulante sector, maar niet in de eerste lijn voor welzijn en gezondheid bedoeld in 4° van datzelfde artikel ».

Cette explication figurera utilement dans le commentaire de l'article.

13.2. Le commentaire de l'article précise que seuls les acteurs de l'ambulatoire « ayant une approche généraliste » et répondant au contenu de la définition font partie de la première ligne social santé. Cela ne résulte pas clairement de la définition donnée par l'article 2, 4°, de l'avant-projet et gagnerait à figurer expressément dans le dispositif [30].

[30] À contrario, l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 'relative à la politique de première ligne de soins' définit en son article 2, 2°, la notion de première ligne de soins comme étant : « les acteurs qui offrent, favorisent ou soutiennent des soins généralistes qui répondent à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du bien-être. 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 de soins joue un rôle dans 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 ». Ce faisant, l'ordonnance vise expressément les « soins généralistes ».

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Article 3

14. À l'article 3, seules les matières visées à l'article 5, § 1er, II, 3° et 4°, de la loi spéciale du 8 aout 1980 sont exceptées, et pas toutes les matières qui sont exclues de la compétence de la Commission communautaire française en vertu de l'article 3, 6° et 7°, du décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 [31] et de l'article 3, 6° et 7°, du décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 [32].

Les délégués s'en expliquent comme suit :

« Het lijkt ons niet relevant en niet coherent om deze uitzondering uitdrukkelijk op te nemen. Immers, de GGC is bevoegd voor alle aangelegenheden bedoeld in artikel 5, §1, I en II. Aangezien het de bedoeling is om de aangelegenheden bedoeld in artikel 5, § 1, II, 3° en 4° uit te sluiten is het nodig dat het expliciet wordt opgenomen in de tekst zelf. Anders zouden deze aangelegenheden van rechtsweg onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen.

Daarentegen is de FGC niet bevoegd voor de aangelegenheden bedoeld in het hoger vermeld artikel 3, 6° en 7°. Het heeft dan volgens ons geen nut om expliciet te vermelden dat de bevoegdheden waarvoor de FGC niet bevoegd is niet onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen voor wat de FGC betreft.

Daarnaast in zover deze verduidelijking geen normatief karakter zou kunnen hebben (het is niet onderhavig ontwerp dat bepaald dat de aangelegenheden bedoeld in reeds vermeld artikel 3, 6° en 7° niet onder het toepassingsgebied van dit ontwerp vallen maar de reeds vermelde decreten van 3 april 2014) lijkt het ons ook niet coherent om dit op te nemen in de dispositief van de tekst zelf.

Om het concrete toepassingsgebied te verduidelijken zouden we wel in de memorie van toelichting meer uitleg kunnen geven wat dit punt betreft ».

Par souci de clarté, il s'indiquerait de faire mention dans l'exposé des motifs de la limitation précitée de la compétence de la Commission communautaire française, afin de ne laisser aucun doute subsister quant à la portée exacte du champ d'application du décret et ordonnance conjoints à adopter.

Article 4

15. Dans un souci de sécurité juridique, la notion d'« instances territoriales » figurant à au 2° sera définie.

[31] Décret spécial de la Communauté française du 3 avril 2014 'relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française'.

[32] Décret de la Commission communautaire française du 4 avril 2014 'relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française'.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

16. Au même 2°, la notion de « plan social santé intégré » n'est pas définie. Cela étant, il résulte de l'exposé des motifs que les auteurs de l'avant-projet entendent viser le plan social santé intégré au sens de l'avant-projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire commune et de la Commission communautaire française 'relatif à l'adoption et à la mise en œuvre du plan social santé intégré bruxellois' [33].

Outre que la référence à ce document nécessiterait que celui-ci ait reçu, à tout le moins, une consécration légale d'ici l'adoption de l'avant-projet, le plan social santé intégré est dépourvu de contenu normatif [34]. Par conséquent, les mots « en vue de réaliser les objectifs du plan social santé intégré » sont, soit inutiles car ils auraient pour seul objet d'énoncer que la collaboration permet de réaliser les objectifs politiques de ce plan, soit ont pour conséquence de donner une portée normative à un texte qui n'a initialement qu'une portée politique. Dans cette dernière hypothèse, afin de respecter la nature du plan social santé intégré, il serait préférable de faire mention dans l'avant-projet des objectifs poursuivis auxquels on entend donner une portée contraignante.

Article 5

17. Au 1°, la question se pose de l'utilité de la précision selon laquelle les acteurs de la première ligne sociale santé ont pour mission d'organiser les services pour qu'ils soient accessibles, dès lors que ceux-ci ont déjà, en tant qu'acteurs de l'ambulatoire, pour mission d'« offrir de l'aide et des soins de qualité, sûrs, accessibles et continus » en vertu de l'article 4, 4°. Si la disposition citée en premier vise à donner une portée particulière à cette accessibilité, il faut la formuler plus clairement.

Article 8

18. L'article 8 dispose que l'action de chaque niveau s'inscrit dans le respect du principe de subsidiarité. Même à supposer que l'on entende ainsi éviter que le niveau supérieur s'immisce dans des actions qui peuvent être réglées à un niveau inférieur, la portée concrète et les conséquences de ce principe ne sont pas claires. Il convient de les préciser.

[33] Sur lequel la section de législation a donné le 16 juin 2023 les avis 73.262/VR et 73.285/VR.

[34] Voir aussi l'observation 3 des avis précités.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Article 10

19. Le paragraphe 2 dispose que « [l']ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier [social santé] » contribuent collectivement à améliorer le bien-être des habitants en prenant certaines initiatives. À la question de savoir si par ces acteurs, on vise également les acteurs qui sont agréés ou subsidiés par la Communauté flamande ou par la Communauté française, et comment cette disposition serait alors compatible avec les règles répartitrices de compétences, les délégués ont répondu ce qui suit :

> « We zijn heel goed bewust van de grondwettelijke perken die in de weg staan om enig vorm van verplichting aan VG, VGC of FG actoren op te leggen. Daarom, onder meer, wordt duidelijk gesteld in de memorie van toelichting betreffende de definitie van ambulante sector dat de VG/FG actoren niet geviseerd zijn (zie commentaar op artikel 2, 3° p. 10).
>
> In artikel 10, §2, wordt de plicht enkel gelegd op de GGC en FGC actoren. Wat in de MvT wordt vermeld heeft niet specifiek betrekking op artikel 10, §2, maar op het wijk in het algemeen. Er wordt daarmee bedoeld dat om te functioneren, dient de wijk rekening te houden met alle actoren, alsook VG, VGC en FG actoren. Het zou immers niet efficiënt zijn om geen rekening te houden met deze actoren om samenwerking tussen de verschillende actoren van de wijk te verbeteren. Om rekening met deze actoren te houden dienen ze uitgenodigd te worden opdat ze, vrijwillig, hun standpunt kunnen doen gelden. Het is dus de bedoeling dat VG, VGC en FG actoren ook geassocieerd worden aan de werking van de wijk, maar slechts op vrijwillige basis.
>
> Er wordt dus in dit ontwerp geen verplichtingen opgelegd aan actoren die ressorteren onder de VG, de VGC of de FG ».

Compte tenu des limites inhérentes à la répartition des compétences et de l'autonomie respective de l'État fédéral, des communautés et des régions, des obligations de collaborations ne peuvent être imposées par l'avant-projet qu'aux entités qui dépendent de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune. Toute implication de la Communauté française et de la Communauté flamande ne peut être prévue dans l'avant-projet qu'en prévoyant expressément le caractère volontaire et facultatif de cette implication. Par conséquent, il va de soi que les termes « [l]'ensemble des acteurs social santé actifs au niveau du quartier » ne pourront être interprétés que dans le respect des principes précités. Mieux vaudrait le préciser dans l'exposé des motifs.

En outre, dans un souci de cohérence avec le vocabulaire utilisé ailleurs dans le dispositif et avec la définition qui est donnée de la notion d'« ambulatoire » dans l'article 2, 3°, de l'avant-projet, les mots « des acteurs social santé actifs au niveau du quartier » seront remplacés par les mots « des acteurs de l'ambulatoire actifs au niveau du quartier ».

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Articles 11 et 14

20. L'article 11, § 1er, dispose que le Collège réuni subventionne les CPAS en vue de l'exécution d'un certain nombre de missions dans chacun des quartiers social santé de leur commune. L'article 14, alinéa 2, habilite le Collège réuni à fixer la subvention et les modalités de contrôle et de constitution d'une réserve.

Interrogés sur la question de savoir si cette subvention est réglée uniquement dans le décret et ordonnance conjoints envisagé et, dans l'affirmative, s'il ne faut pas prévoir dans l'avant-projet des dispositions concernant le montant des subventions, les conditions d'octroi de celles-ci et la procédure d'introduction et d'examen des demandes de subvention (ou prévoir des délégations à cet égard), les délégués ont donné la réponse suivante :

> « Het zijn de enige bepalingen op ordonnantieniveau die de subsidies regelen. De regeling en de bepaling van de subsidies wordt dan vervolgens in de uitvoeringsbesluiten geregeld. Bij de financiering van de Vlaamse zorgzones werd datzelfde schema gevolgd waarover de RvS in zijn adviezen geen opmerking heeft gedaan (zie artikel 10 van het decreet van 26 april 2019 betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders en advies 64.944).
>
> Wat de procedure betreft wordt in artikel 12 bepaalt dat het VC een contract met het OCMW zal sluiten en dat de modaliteiten (lees: de procedure) voor het sluiten van deze contracten door het VC zal worden bepaald, wel rekening houdend met artikel 16, §2, lid 2, die bepaalt dat er modaliteiten kunnen worden voorzien, door het VC, om slechts een deel van de OCMW's te financieren ».

Si l'intention est que la subvention dépende de la mesure dans laquelle sont accomplies les missions visées à l'article 11, § 1er, de l'avant-projet, mieux vaudrait le formuler en termes exprès. La délégation prévue à l'article 14, alinéa 2, devrait en outre être précisée plus avant en habilitant le Collège réuni à fixer le montant de la subvention et à déterminer d'autres conditions de subvention éventuelles. À cet égard, il faut également tenir compte de l'article 16, § 2, de l'avant-projet, qui prévoit l'hypothèse où seuls certains CPAS sont subventionnés et où les collèges (et non le Collège réuni) sont habilités à déterminer (par un arrêté d'exécution conjoint) les modalités d'exécution de cette subvention.

21. L'article 11, § 1er, alinéa 2, habilite les collèges à « préciser [par un arrêté d'exécution conjoint] les missions des quartiers social santé ». Les délégués ont confirmé que l'on vise les missions des CPAS dans les quartiers social santé et ont formulé la proposition de texte suivante :

> « De Colleges kunnen [bij een gezamenlijk uitvoeringsbesluit] de opdrachten die op het grondgebied van de welzijns- en gezondheidswijken worden uitgevoerd nader bepalen ».

On peut se rallier à cette proposition.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Article 12

22. L'article 12 concerne le contrat local social santé que le Collège réuni conclut avec chaque CPAS et qui 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 ». Compte tenu notamment des dispositions de l'avant-projet concernant les subventions des CPAS et les délégations au Collège réuni et aux collèges prévues à cet égard (voir à ce sujet l'observation 20), un tel contrat peut uniquement comporter les modalités pratiques de mise en œuvre de ces règles.

23. Dans un souci de transparence, le contrat local social santé devrait être publié, à tout le moins sur le site internet du CPAS.

24. À l'alinéa 2, il convient de clarifier ce qu'il y a lieu d'entendre par la « portée » du contrat local social santé. Cette question semble en effet déjà réglée par l'alinéa 1er, de l'article 12, dès lors que cette disposition précise que le contrat local social santé a pour finalité de fixer les objectifs et les modalités concrètes d'exécution des missions visées à l'article 11 et pour objet de préciser 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 cas échéant, le dispositif sera revu au regard de cette observation.

Article 18

25.1. La question se pose de savoir ce qu'il faut entendre, à l'article 18, par les termes « unité territoriale intermédiaire », « région », « acteurs du niveau régional ou national » et « niveau de coordination et de concertation », et comment la collaboration entre les acteurs concernés se déroule, y compris avec les acteurs qui ne relèvent pas de la compétence de la Commission communautaire commune ni de la Commission communautaire française. Les délégués ont déclaré à cet égard ce qui suit :

> « Zoals bepaald in artikel 7 zijn er drie grondgebieden om het sociaal-gezondheidsbeleid op een territoriale basis te organiseren (wijk ; zone ; gewest). Aan deze drie zones wordt ook een territoriale schaal verbonden : de wijk is de kleinste (in principe een veertigtal voor Brussel) ; de zone de intermediaire (in principe 5 voor Brussel) en het gewest de grootste (het tweetalige grondgebied van Brussel-Hoofdstad).
>
> Overeenkomstig artikel 9 dienen de actoren van de ambulante sector hun opdrachten op een bepaald grondgebied uit te voeren. Bepaalde actoren zullen actief zijn op het niveau van de wijk (bijvoorbeeld huisartsen), andere op het niveau van het gewest (ondersteuningsstructuur voor alle actoren), andere op het niveau van de zones (het intermediaire niveau). Sommige actoren ressorteren onder de bevoegdheid van de GGC maar zijn eerder actief op nationaal niveau, met name een niveau dat groter is dan het Brusselse gewest, dit is bijvoorbeeld het geval van ziekenhuizen.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Het grootste deel van de bedoelde actoren zijn actoren die onder de bevoegdheden van de GGC of FGC ressorteren. Maar de bedoeling van onderhavig ontwerp is expliciet om een niveau te creëren waarin alle actoren die actief zijn in Brussel uitgenodigd kunnen worden om nodige acties te coördineren en overleg te plegen.

De coördinatie/overleg kan betrekking hebben op acties die enkel GGC of FGC actoren aanbelangen maar ook op acties die een nauwere betrekking eisen met actoren die niet onder de bevoegdheid van de GGC en FGC vallen. Dit is bijvoorbeeld het geval voor sommige project die op interfederaal niveau worden gelanceerd (inzake project geïntegreerde zorg bijvoorbeeld: https://www.inami.fgov.be/nl/professionals/informatie-algemeen/interfederaal-plan-geintegreerde-zorg/Paginas/default.aspx). Dit is reeds in het verleden gebeurd dat op interfederaal niveau afgesproken wordt om bepaalde projecten op territoriaal basis te organiseren. Voor Brussel zou dergelijke projecten op de grondgebieden van de zones kunnen worden georganiseerd. Dit is bijvoorbeeld het geval voor het beheer van een crisis gelijkaardig aan de Covid crisis. Veel acties (testing, tracing vaccinaties,…) zouden gecoördineerd kunnen worden op het niveau van de zone.

Het enig dat hier wordt geregeld is dus het creëren van een territoriaal niveau en het financieren van een structuur om ervoor te zorgen dat de acties die op dat niveau worden gepland op efficiënte en coherente wijze plaatsvinden.

De opgerichte samenwerkingen zijn dan slechts afspraken die kunnen worden gemaakt tussen de betrokken actoren of overheden en geenszins rechtspersonen ».

Il faut en tout état de cause préciser que la coordination et la concertation avec des acteurs ne relevant pas de la compétence de la Commission communautaire commune ni de celle de la Commission communautaire française ne peuvent être que facultatives et qu'aucune obligation ne peut leur être imposée, pas même celle de simplement participer à la concertation et à la collaboration qui sont prévues par la disposition en projet.

25.2. Dans la version néerlandaise de l'article 18, alinéa 2, on écrira « tot stand gebrachte samenwerkingen » au lieu de « opgerichte samenwerkingen », cette dernière formulation laissant penser qu'il s'agit d'une structure qui est créée conjointement.

Articles 19 et 20

26. L'article 19 mentionne la « structure d'appui à la première ligne de l'aide et de soins ». Il résulte des explications données par les délégués qu'il s'agit de la structure visée par les articles 25 et 27 de l'avant-projet. Le lien entre ces dispositions devrait être précisé expressément dans l'article 19.

En outre, la cohérence de l'appellation « structure d'appui à la première ligne de l'aide et de soins » et des missions qui lui sont confiées par l'article 25 de l'avant-projet (« renforcer l'organisation et la cohérence du secteur de la première ligne social santé ») pose question au regard de la mission que l'article 21 de l'avant-projet confie aux antennes de la structure d'appui, consistant à venir en appui « aux acteurs de l'ambulatoire » et pas uniquement aux acteurs de « la première ligne de l'aide et de soins ».

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

27. À propos du régime des « antennes » mises en place par la structure d'appui conformément à l'article 19 et de l'articulation avec les conseils d'aide et de soins qui doivent être créés dans chaque zone conformément à l'article 20, les délégués ont donné les explications suivantes :

> « [De antennes] zijn onderdelen van de ondersteuningsstructuur die geen rechtspersoonlijkheid hebben maar met bepaalde opdrachten worden belast. De ondersteuningsstructuur moet antennes oprichten, wat betekend dat voor elke zone een team moet alleen worden gewijd aan het uitvoeren van de opdrachten voor de betrokken zone en het aanspreekpunt worden voor de betrokken zone.
>
> De hulp- en zorgraad is een instantie zonder rechtspersoon die de strategische en operationele doelstellingen moet vastleggen. In de zorgraden moeten alle actoren van de zone vertegenwoordigd worden (dit zal onder meer in de uitvoeringsbesluiten worden uitgewerkt). Het zijn in fine de actoren die de strategische en operationele doelstellingen van de zone moeten vastleggen.
>
> De antennes is de team van de ondersteuningsstructuur die aan de zorgraden de nodige ondersteuning biedt om de strategische en operationele doelstellingen vast te leggen (wat is realistisch, wat is de diagnostiek, …) en uit te voeren. De antennes zullen ook praktisch ondersteuning bieden (organisatie van vergadering, PV opstellen enz).
>
> Via de zorgraad komt het dus aan de actoren om de strategische doelstellingen te bedenken en vast te leggen, maar daarvoor hebben ze ondersteuning nodig, op operationeel en intellectueel vlak. Het is wat de antennes moeten aanbieden ».

Mieux vaudrait faire figurer ces explications dans l'exposé des motifs.

28. À la question de savoir ce que l'on entend par « la représentativité et [...] la fonctionnalité des conseils d'aide et de soins dans chaque antenne », dont il est question à l'article 19, § 1er (lire : alinéa 1er), 3°, de l'avant-projet, les délégués ont donné la réponse suivante :

> « Er wordt hiermee bedoeld dat de ondersteuningsstructuur ervoor moet zorgen dat de raad representatief is voor de actoren van de zone alsook een goede werking heeft. De verwording zou kunnen worden verbeterd door deze passage als volgt te formuleren:
>
> '3° de representativiteit en de functionaliteit van de hulp- en zorgraden van elke zone waarborgen;' ».

On peut se rallier à cette proposition.

29. À l'article 19, § 1er (lire : alinéa 1er), 4°, il est renvoyé à l'observation 24.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

30. L'article 19, § 3 (lire : alinéa 2), fait état de moyens que la structure d'appui met à la disposition des bassins. À la question de savoir de quels moyens il s'agit et comment ceux-ci sont répartis, les délégués ont répondu comme suit :

> « De ondersteuningsstructuur zal een financiering krijgen specifiek om de opdrachten bedoeld in artikel 19 uit te voeren. Deze financiering zal door het VC worden toegekend op basis van artikel 25 en 27.
>
> Met artikel 19, §3, wordt bedoeld dat de ondersteuningsstructuur een specifiek bedrag moet toewijzen aan de uitvoering van de opdrachten op het grondgebied van elke zone. Er wordt wel toegevoegd dat deze verdeling het proportioneel universalisme moet naleven. Dit betekend dat elke zone niet noodzakelijk exact hetzelfde bedrag moet krijgen maar dat het aangepast kan worden in functie van de eigenschapen van elke zone. Om dit duidelijker te maken zou dat lid als volgt kunnen worden geformuleerd:
>
> 'Het Verenigd College subsidieert de ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnshulp en -zorg binnen de perken van de beschikbare kredieten om ze de uitvoering van de volgende opdrachten toe te vertrouwen:
>
> (…1° tot 6°)
>
> De ondersteuningsstructuur voor de eerstelijnshulp en -zorg wijst een bedrag toe aan de uitvoering van de opdrachten bedoeld in het eerste lid en in artikel 21 op het grondgebied van elke zone overeenkomstig het proportioneel universalisme.' ».

On peut en principe se rallier à cette suggestion de texte, à condition d'établir un lien avec la subvention accordée à la structure d'appui visée aux articles 25 et 27, afin qu'il soit clair que les moyens visés à l'article 19, alinéa 2, constituent une partie de cette subvention et que la délégation visée à l'article 27, alinéa 2, s'y applique.

En outre, la notion « d'universalisme proportionné » ne suffit pas à délimiter de manière suffisamment claire et objective, dans le respect du principe d'égalité et de non-discrimination, la façon dont des différences pourront être instaurées entre les montants alloués pour l'exécution des missions visées à l'article 21 de l'avant-projet, selon le bassin concerné. Il convient à tout le moins d'habiliter les collèges à définir les éléments qui seront pris en compte pour établir le niveau de défaveur social ou sanitaire d'un bassin et l'ordre de priorisation qui leur sera donné.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Article 20

31. Aux termes du paragraphe 1er, le conseil d'aide et de soins du bassin est une instance [35] au sein de laquelle l'ensemble des acteurs du social et de la santé actifs dans le bassin sont représentés. À la question de savoir s'il s'agit d'une personne morale et quelle forme juridique elle revêt, les délégués a répondu ce qui suit :

> « De hulp- en zorgraad is geen rechtspersoon. Deze raad heeft geen juridisch vorm, het gaat enkel om een raad die de actoren van de zone moet vertegenwoordigen. Zoals hoger reeds uiteengezet is het de bedoeling dat het aan de actoren zelf toekomt om de strategische doelstellingen te bepalen. De financiering die aan de ondersteuningsstructuur zal worden toegekend is bedoeld om de actoren te ondersteunen en te helpen om zich beter te organiseren. Dit zal ook nader worden bepaald in de uitvoeringsbesluiten ».

Cette explication ne fait pas apparaitre suffisamment le rôle que joue le conseil d'aide et de soins ni comment les objectifs stratégiques qui sont alors apparemment fixés par les acteurs du social et de la santé (chacun séparément ?) sont convertis par le conseil d'aide et de soins en objectifs opérationnels au sens du paragraphe 2. La disposition en projet ainsi que l'exposé des motifs seront précisés.

Il convient par ailleurs de rappeler que, dans le respect du principe de l'autonomie respective de l'État fédéral, des communautés et des régions, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française ne sont pas compétentes pour imposer la représentation obligatoire d'entités relevant d'une autre autorité (telles que les communes, les entités agréées par d'autres autorités, etc.) au sein d'une instance de concertation qu'elles instituent, tel que le conseil d'aide et de soins du bassin [36]. De telles représentations ne sont admissibles qu'à la condition que celles-ci soient purement facultatives, ce qui implique non seulement que le membre de l'entité concernée ne dispose pas d'une voix délibérative mais également qu'il soit mentionné que la circonstance qu'il ne soit pas proposé de représentant ou que ce dernier n'assiste pas aux réunions du conseil d'aide et de soins du bassin, ne puisse avoir de répercussion sur le fonctionnement de celui-ci ni sur la validité des actes qu'il pose [37]. Le dispositif du paragraphe 1er sera adapté en conséquence.

---

[35] La version néerlandaise fait mention d'un « strategisch bestuursorgaan », mais ce terme est sans équivalent dans la version française, qui fait uniquement état d'une « instance ». Les délégués proposent d'écrire simplement « orgaan » dans la version néerlandaise, mais le terme « instantie » est sans doute préférable.

[36] Sur les possibilités permettant d'organiser légalement une telle représentation, voir l'avis 73.262/VR et 73.285/VR, observation 14.

[37] Avis 49.794/VR/3-49.795/VR/3 donné le 28 juin 2011 sur, notamment, une proposition devenue la loi du 23 mai 2013 'réglementant les qualifications requises pour poser des actes de médecine esthétique non chirurgicale et de chirurgie esthétique et réglementant la publicité et l'information relative à ces actes', *Doc. parl.*, Sénat, 2010-2011, n° 5-62/2. Voir aussi l'avis 59.592/2/V donné le 18 juillet 2016 sur un avant-projet devenu le décret de la Région wallonne du 16 février 2017 'modifiant le décret du 6 novembre 2008 portant rationalisation de la fonction consultative et diverses dispositions relatives à la fonction consultative', *Doc. parl.*, Parl. w., 2016-2017, n° 601/1, pp. 26-35.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Article 21

32. À l'alinéa 2, il y a lieu d'omettre la mention du « § 2. ».

33. Selon l'alinéa 1er, 2°, il y a lieu de « [d]évelopper l'interconnaissance des acteurs et des organisations ». À la question de savoir ce que signifie cette disposition, les délégués ont répondu ce qui suit :

> « Het gaat om de onderlinge kennis tussen de verschillende actoren van de zone alsook de organisaties die actief zijn in het sociaal-gezondheid domein. De antennes moeten ervoor zorgen dat de actoren het bestaan van andere actoren in hun zone beter kennen ».

Au vu des explications données, la notion d'organisations parait figurer dans la notion plus globale d'acteurs de la zone. Les mots « des acteurs et des organisations » seront remplacés par les mots « des acteurs de l'ambulatoire ».

Article 23

34. Selon l'article 23 de l'avant-projet, « [l]es 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 ».

La portée de cette disposition n'est pas claire. Si l'intention est de prévoir une programmation distincte au niveau de la région pour certains acteurs, mieux vaudrait que l'article 29 de l'avant-projet le précise explicitement.

Article 24

35. Conformément au paragraphe 1er, les agréments et financements octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale de l'activité visée. La question se pose de savoir s'il ne conviendrait pas également de mentionner, outre les agréments et financements, les contrats de gestion visés par l'article 13 de l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019. Le dispositif sera réexaminé au regard de cette observation. Le cas échéant, l'article 44 de l'avant-projet sera complété en conséquence.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Articles 24 et 29

36. L'article 24, § 2, de l'avant-projet habilite les collèges à fixer (par un arrêté d'exécution conjoint) les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire. Les délégués ont confirmé qu'il s'agit d'une délégation de pouvoir réglementaire, tandis qu'au paragraphe 1er de cet article, il s'agit d'un pouvoir de décision individuel.

Cependant l'article 29, alinéa 2, précise que la programmation « est organisée en prenant en considération […] les délimitations territoriales visées dans le présent décret et ordonnance conjoints [...] », ce qui paraît imposer aux collèges de fixer, de manière réglementaire, les niveaux d'intervention territoriale des acteurs de l'ambulatoire. Le dispositif sera revu au regard de cette observation afin de veiller à la cohérence du dispositif.

37. Interrogé sur l'articulation de l'avant-projet avec la législation existante de la Commission communautaire française, d'une part, et de la Commission communautaire commune, d'autre part, tout particulièrement en ce qui concerne la programmation prévue par l'article 29 de l'avant-projet, les délégués expliquent ce qui suit :

> « Artikel 29 biedt een rechtsgrond voor een gezamenlijke GGC-FGC programmatie. Wanneer [er] een gezamenlijke programmatie zal zijn, zal deze dan de bestaand zuiver GGC of zuiver FGC programmatie opheffen.
>
> Het is wel niet de bedoeling om de rechtsgrond[en] (in decreet en ordonnantie) voor de zuiver GGC of zuiver FGC programmatie op te [heffen] aangezien deze nog steeds zouden kunnen worden gebruikt ».

Tel que rédigé, l'avant-projet n'organise pas explicitement le maintien de la programmation unilatérale réalisée par la Commission communautaire française sur la base de l'article 32 du décret du 5 mars 2009. Le dispositif doit préciser expressément quel est l'effet sur la programmation existante de l'habilitation donnée aux collèges par l'article 29 de l'avant-projet. Dans un souci de sécurité juridique, l'avant-projet organisera la période transitoire dans l'attente de la mise en œuvre de l'article 29 de l'avant-projet.

Article 25

38. À l'alinéa 1er, on écrira « agrée et subventionne » au lieu de « agrée et finance », par analogie avec l'article 11 de l'avant-projet relatif au subventionnement des CPAS.

39. Dans la même disposition, il convient de préciser qu'il s'agit d'une structure d'appui chargée de renforcer l'organisation et la cohérence de la première ligne social santé, compte tenu notamment de la définition inscrite à l'article 2, 4°, de l'avant-projet.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Article 26

40. Comme évoqué dans l'observation 26, il convient de faire le lien entre les missions énoncées à l'article 26 de l'avant-projet et les missions mises à charge de la structure d'appui visée à l'article 19. Le fait que l'article 26, 10°, prévoit que la structure d'appui « [o]rganise 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'aides et de soins » ne correspond pas à l'ensemble des missions énumérées par l'article 19. L'article 26 sera adapté en conséquence.

41. En ce qui concerne le 11°, la notion de « Plateforme bruxelloise de soins palliatifs » sera définie.

Articles 25 à 27

42. Dès lors que l'article 25 de l'avant-projet prévoit l'agrément d'une structure d'appui, il appartient aux collèges d'en définir les conditions d'agrément. Cela ne peut constituer dans leur chef une simple faculté. Les articles 25 et 26 se limitent à définir la forme et les missions de la structure d'appui sans en faire expressément des conditions d'agrément. L'article 27, alinéa 1er, habilite les collèges à préciser (par un arrêté d'exécution conjoint) les conditions d'agrément (selon la version française) ou à les fixer (« vaststellen », selon la version néerlandaise).

Si l'intention est de considérer les missions mentionnées à l'article 26 de l'avant-projet comme des conditions d'agrément, mieux vaudrait le prévoir explicitement. Si l'habilitation prévue à l'article 27, alinéa 1er, de l'avant-projet implique uniquement celle d'élaborer plus avant ces conditions, la version néerlandaise doit aussi mentionner que les collèges peuvent préciser ces conditions. Si, en revanche, l'intention est que les collèges puissent également fixer d'autres conditions d'agrément, la version française devra viser la « fixation » des conditions d'agrément.

43. Dans la version française de l'article 27, alinéa 1er, la question se pose de savoir si l'utilisation du mot « gouvernance » est adéquate et ne serait pas avantageusement remplacée par le mot « gestion », à l'instar de la version néerlandaise (« bestuur »).

Article 28

44. À l'alinéa 2, il convient de clarifier ce qu'il y a lieu d'entendre par la « portée » de la convention conclue avec la structure d'appui. L'alinéa 1er prévoit en effet déjà que cette convention fixe les objectifs et modalités concrètes d'exécution des missions.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡

Article 44

45. L'article 24 de l'avant-projet dispose que les agréments et financements (voir à ce sujet l'observation 35) octroyés aux acteurs de l'ambulatoire précisent le niveau d'intervention territoriale. À la question de savoir si l'article 44 ne doit pas, dès lors, mentionner les financements, et pas uniquement les agréments, les délégués ont répondu :

> « Inderdaad, artikel 44 zou dus als volgt kunnen worden geschreven: 'In de erkenningen en financieringsbeslissing worden de in artikel 24, §1, bedoelde vermeldingen gepreciseerd binnen een door de Colleges bepaalde termijn' ».

46. L'article 44 semble impliquer une délégation permettant aux collèges de fixer (par un arrêté d'exécution conjoint) à partir de quel moment les niveaux d'intervention territoriale sont instaurés pour les acteurs concernés de l'ambulatoire, autrement dit quand la limitation territoriale précisée aux observations 8.1 à 8.4 est instaurée pour ces acteurs. Si telle est la portée de l'article 44, mieux vaudrait habiliter les collèges à fixer la date d'entrée en vigueur de l'article 24 de l'avant-projet. En outre, il convient de fixer une date limite d'entrée en vigueur du texte avec la possibilité pour le pouvoir exécutif d'anticiper celle-ci [38].

Le dispositif de l'article 44 sera précisé et complété à la lumière de cette observation.

Article 45

47. À l'article 45, la date d'entrée en vigueur du décret et ordonnance conjoints n'a pas été complétée. Il convient d'y remédier. Les délégués ont déclaré que l'intention n'était en tout cas pas d'attribuer un effet rétroactif à la réglementation en projet.

LE GREFFIER LE PRÉSIDENT

Anne-Catherine VAN GEERSDAELE Jeroen VAN NIEUWENHOVE

[38] *Principes de technique législative – Guide de rédaction des textes législatifs et réglementaires*, www.raadvst-consetat.be, onglet « Technique législative », recommandation n° 154.

‡LW-BCKXPBDAC-HDJFBUQ‡