

La santé des Bruxellois est-elle entre les bonnes mains ?

Les politiques de santé publique dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale au prisme de la répartition des compétences : une étude descriptive et critique

Claire Hugon Lecharlier¹

INTRODUCTION

1. Affirmer que la répartition des compétences liées à la santé est d'une redoutable complexité tient aujourd'hui du poncif élimé. La pandémie de Covid-19 a remis à l'avant-plan le caractère particulièrement morcelé et labyrinthique qu'elle présente. À l'issue d'une défédéralisation en deux vagues, ce sont pas moins de sept collectivités qui se partagent aujourd'hui des fragments plus ou moins significatifs de politiques de santé publique². Au-delà des références répétées, mais simplistes³, aux neuf ministres de la Santé, la crise sanitaire a joué un rôle de « miroir grossissant

¹ Chercheuse à l'ULB (Centre de droit public et social) et assistante à l'UCLouvain Saint-Louis – Bruxelles (Centre interdisciplinaire de recherches constitutionnelles).

L'autrice tient à exprimer sa profonde gratitude aux professeurs Daniel DUMONT et Emmanuel SLAUTSKY pour leur relecture précieuse et leurs commentaires avisés sur les précédentes versions de ce texte. Cet article est tiré du travail de fin d'études rédigé par l'autrice dans le cadre du Master en droit public et international, poursuivi à l'Université libre de Bruxelles. Elle remercie également son promoteur de mémoire, le professeur Pieter PECINOVSKY, ainsi que Sven BOUSSET, Zoé GENOT, David HERCOT, Isabelle FONTAINE, Kris MEURANT, François PERL, Miguel ROSAL MARTINS, Bruno VALKENEERS et Olivia VANMECHELEN pour le temps qu'ils ont bien voulu consacrer à répondre à ses questions et à partager leur expérience lors de la rédaction de ce mémoire. Un merci tout particulier au professeur Mathias EL BERHOUMI pour son soutien constant.

L'autrice a siégé, parallèlement à son parcours d'étudiante, en tant que députée fédérale issue de Bruxelles dans la Commission de la Constitution et des Affaires institutionnelles entre le 1^{er} octobre 2020 et le 9 juin 2024. À ce titre, elle a notamment participé aux travaux de la commission mixte Chambre/Sénat chargée d'évaluer les réformes de l'État depuis 1970, et singulièrement son volet « soins de santé ». Si son intérêt pour le sujet de cette étude n'était donc pas fortuit, elle n'en a pas moins veillé à la situer dans une approche scientifique objective, rigoureuse et argumentée.

² Concernant la répartition issue de la deuxième réforme de l'État, voy. not. M.-C. DANCOT, J.-F. DECHAMPS, M. DUFRASNE *et al.*, *Les compétences communautaires en matière de politique de santé*, Bruxelles, De Boeck, 1987 ; M. DONY et B. BLÉRO, « La répartition des compétences en matière de politique de santé », *C.H. CRISP*, 1990 ; S. VANSTEENKISTE, « Het gezondheidsbeleid », *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, G. Van Haegendoren et B. Seutin (dir.), Bruges, die Keure, 2001. Pour une discussion détaillée de la situation actuelle, voy. not. A.-S. RENSON, « Soins de santé », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'État*, M. Uyttendaele et M. Verdussen (dir.), Bruxelles, Larcier, 2015, p. 797-825 ; L. DETROUX et A.-S. RENSON, « La sixième réforme de l'État et les soins de santé », *La sécurité sociale dans l'État fédéral*, X. Delgrange *et al.*, Limal, Anthémis, 2017, p. 31-52 ; J. VAN NIEUWENHOVE, « Het gezondheidsbeleid », *De bevoegdheden van de gemeenschappen*, B. Seutin et G. Van Haegendoren (dir.), Bruges, die Keure, 2017, p. 205-293 ; K. REYBROUCK et S. SOTTIAUX, *De federale bevoegdheden*, Anvers, Intersentia, 2019, p. 343-396 ; P. HANNES, « Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg ? », *De zesde staatshervorming : instellingen, bevoegdheden en middelen*, J. Velaers *et al.* (dir.), Anvers, Intersentia, 2014, p. 367-399 ; S. CALLENS, L. BODDEZ et M. LEIRE, « Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg », *Organisatie van de gezondheidszorg*, S. Callens et J. Peers (dir.), Anvers-Cambridge, Intersentia, 2015, p. 351 -369.

³ Voy. P. MINSIER et Q. PEIFFER, « Réflexions sur les règles de répartition des compétences lors de la crise du coronavirus Covid-19 », *La pandémie de Covid-19 face au droit*, S. Parsa et M. Uyttendaele (dir.), Limal, Anthemis, 2020, p. 119. Même si Jean Faniel dénombre quant à lui jusqu'à 12 portefeuilles en lien avec la santé, répartis entre 10 membres d'exécutifs (J. FANIEL, « Santé : une répartition complexe des compétences », *Les @analyses du CRISP en ligne*, 29 décembre 2020, www.crisp.be), les experts chargés d'accompagner la Commission spéciale COVID constituée à la Chambre des représentants ne situent pas dans le nombre de ministres les lacunes

des forces et des faiblesses »⁴ du système actuel et mis en lumière les difficultés de mener une politique cohérente, efficace et coordonnée⁵.

Il semble acquis que la prochaine réforme de l'État devra remettre l'ouvrage sur le métier. En octobre 2020, l'accord de gouvernement « Vivaldi » se donnait comme horizon de préparer « une nouvelle structure de l'État à partir de 2024 avec une répartition plus homogène et plus efficace des compétences » et prévoyait de s'atteler, pendant la 55^e législature, à une intégration des textes législatifs « concernant une répartition plus homogène des compétences dans le domaine des soins de santé »⁶. Lors des travaux consacrés aux soins de santé de la commission mixte Chambre/Sénat chargée d'évaluer les réformes de l'État depuis 1970 (ci-après : COMEVAL), en 2021-2022, spécialistes et commissaires se sont très largement accordés pour rejeter l'option d'un *statu quo* institutionnel, surtout à Bruxelles⁷.

L'unanimité s'évapore cependant lorsqu'il s'agit d'identifier la voie à suivre. Le risque est grand, dans ces circonstances, de voir se reproduire le scénario de 2014, avec une nouvelle répartition tout aussi insatisfaisante que la précédente.

2. La folie, dit-on, réside dans le fait de répéter les mêmes actions en s'attendant à obtenir un résultat différent. Ne convient-il donc pas, afin d'écarter cette éventualité, de changer de méthode et de prendre pour boussole, non pas les entités réceptacles des compétences visées et des lignes budgétaires y afférentes, mais les politiques de santé publique que l'on souhaite mener, afin d'en faire découler la répartition des compétences⁸ ?

Pour y réfléchir dans le cadre limité de cette contribution, nous concentrerons le propos sur Bruxelles, « sempiternel casse-tête » institutionnel⁹ où la complexité dans l'exercice des matières

de la gestion de la crise pandémique en Belgique (voy. <https://www.rtb.be/article/la-crise-du-coronavirus-la-faute-aux-neuf-ministres-de-la-sante-des-experts-pointent-plutot-le-federal-et-labsence-de-leadership-10700639> et le rapport des travaux de la Commission spéciale chargée d'examiner la gestion de l'épidémie de Covid-19 par la Belgique, *Doc.*, Ch., 2020-2021, n° 1394/2). Les ministres concernés sont en charge de pans de la santé d'ampleur très différente, et il peut en outre être souligné que la conférence interministérielle « Santé publique » compte 8 ministres, « ce qui la situe dans la moyenne basse des CIM en termes de délégations présentes » (M. EL BERHOUMI, L. LOSSEAU et S. VAN DROOGHENBROECK, « Le fédéralisme belge ne connaît pas la crise : la gestion de la pandémie de Covid-19 à l'épreuve de la répartition des compétences », *Le droit public belge face à la crise du COVID-19. Quelles leçons pour l'avenir ?*, F. Bouhon, E. Slautsky et S. Wattier (dir.), Bruxelles, Larcier, 2022, p. 89-90, note n° 27).

⁴ K. REYBROUCK et E. SLAUTSKY, « Les institutions bruxelloises face à la pandémie de Covid-19 », *A.P.*, 2022/4, p. 498.

⁵ M. EL BERHOUMI, L. LOSSEAU et S. VAN DROOGHENBROECK, « Le fédéralisme belge ne connaît pas la crise... », *op. cit.*, p. 83-139 ; K. REYBROUCK et E. SLAUTSKY, *op. cit.*, p. 498-516 ; P. MINSIER et Q. PEIFFER, *op. cit.*, p. 103-135 ; J. VAN NIEUWENHOVE et P. POPELIER, « De bevoegdheidsverdeling en de coördinatie tussen de bevoegde overheden in de strijd tegen de COVID-19-pandemie », *Tijdschrift voor Wetgeving*, 2020/4, P. Popelier, J. Van Nieuwenhove et T. Moonen (dir.), p. 303-313.

⁶ Accord de gouvernement Vivaldi « Pour une Belgique prospère, solidaire et durable » du 30 septembre 2020, p. 80. Ce volet de l'accord n'a pas trouvé de traduction concrète au cours de la législature.

⁷ Commission parlementaire chargée de l'Évaluation des réformes de l'État depuis 1970, rapport – Soins de santé, *Doc.*, Ch., 2021-2022, n° 2602/2 et Sén., 2021-2022, n° 280/2 (ci-après : Rapport COMEVAL – Soins de santé).

⁸ Voy. la démarche de Laurie Losseau et Guillaume Delvaux dans leur récent et incontournable ouvrage à quatre mains : ils y développent une analyse critique de la répartition des compétences social-santé à Bruxelles à partir d'une sélection de politiques publiques concrètes pour mettre en lumière les impasses du modèle actuel (L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *Bruxelles, Région-Capitale ingouvernable ? Instruments de cohérence et palliatifs illégaux dans le droit des politiques publiques bruxelloises*, Bruxelles, Larcier, 2024).

⁹ D. DUMONT, « Vers une protection sociale bruxelloise ? Une proposition institutionnelle pour la septième réforme de l'État », *A.P.*, 2022/4, p. 463.

personnalisables atteint des sommets¹⁰. La population bruxelloise présente aussi des particularités qui justifient de la prendre en compte à part entière, et non comme appendice des deux grandes communautés.

3. Sur la base des considérations qui précèdent, nous formulons la question de recherche suivante : dans quelle mesure la répartition des compétences en santé engendre-t-elle des écueils institutionnels pour le déploiement de politiques de santé publique à Bruxelles ? Nous émettons l'hypothèse que l'actuelle distribution des responsabilités constitue à Bruxelles un véritable « carcan institutionnel »¹¹ qui conduit à une perte d'efficacité chronophage pour les autorités publiques, à des angles morts dans leurs interventions ou à des doublons¹², avec en définitive des effets délétères pour la prise en charge effective des besoins de santé des Bruxellois.

4. Pour mettre notre hypothèse à l'épreuve, nous procéderons en trois temps. Le premier chapitre consiste en une étude descriptive : nous dresserons dans les grandes lignes le portrait institutionnel de la santé à l'issue de la sixième réforme de l'État, dans une démarche de technique juridique visant à « exposer l'état du droit tel qu'il est et à en déterminer le contenu »¹³. Nous axerons rapidement le propos sur Bruxelles, en rendant compte des raisons historiques et des évolutions ayant donné lieu à cet imbroglio institutionnel.

Nous changerons ensuite de perspective et inscrirons la suite de la contribution dans un registre plus évaluatif et normatif. Dans le deuxième chapitre, nous ferons état des critiques auxquelles peut donner lieu cette répartition du point de vue de l'enchevêtrement et de la superposition des champs d'action, des logiques qui y ont mené, mais aussi des conséquences pratiques qui en découlent pour la mise en œuvre de politiques publiques efficaces et cohérentes. Nous procéderons dans la foulée à l'analyse plus détaillée de deux dispositifs, à savoir la prise en charge renforcée des interruptions volontaires de grossesse et l'augmentation de l'offre de médecins généralistes. Nous privilégierons à une approche classique, partant des règles répartitrices de compétences, un point de vue plus inductif, en nous laissant guider par des situations concrètes révélatrices de la complexité bruxelloise pour étudier la manière dont la répartition des compétences peut influencer la capacité des politiques publiques à atteindre les objectifs fixés. Ce faisant, nous tenterons d'identifier les principaux nœuds et la façon dont les autorités publiques parviennent, ou non, à les résoudre.

Dans le troisième et dernier chapitre, davantage situé sur le mode propositionnel, nous esquisserons une logique alternative pour penser la prochaine réforme et nous attacherons à montrer que le renforcement des soins primaires et une décentralisation territoriale de la santé, en cours de mise en œuvre sur le territoire bruxellois, peuvent constituer des lignes directrices pertinentes pour prendre en charge les spécificités bruxelloises dans cette perspective.

5. Au cours de cette analyse, nous aurons l'occasion de mobiliser, outre les sources classiques du droit, de nombreux rapports et études, documents politiques et travaux parlementaires pour appuyer nos propos axés sur les politiques publiques. Au travers d'entretiens menés dans la perspective de la présente étude, nous avons également eu la chance de pouvoir échanger avec diverses parties prenantes afin d'affiner notre compréhension des enjeux.

¹⁰ Voy. M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, « Les transferts de compétences intra-francophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'État », *R.B.S.S.*, 2015/2, p. 445-464 ; K. REYBROUCK et E. SLAUTSKY, *op. cit.*

¹¹ D. DUMONT, « Vers une protection sociale bruxelloise ? ... », *op. cit.*, p. 451.

¹² Ceci renvoie à la notion de conflits « positifs » (*ultra vires*) et « négatifs » (*infra vires*) de compétences, voy. M. EL BERHOUMI, L. LOSSEAU et S. VAN DROOGHENBROECK, « Le fédéralisme belge ne connaît pas la crise... », *op. cit.*, p. 85.

¹³ O. CORTEN, *Méthodologie du droit international public*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2009, p. 23-24.

CHAPITRE 1. L'émergence d'une politique bruxelloise de la santé

6. Si la sixième réforme de l'État a représenté un tournant majeur au regard de l'importance des compétences et des masses budgétaires transférées, la logique à l'œuvre lors des négociations n'a pas permis de simplifier l'architecture institutionnelle en matière de santé publique, en dépit des ambitions d'homogénéité accrue de ses architectes¹⁴. Comme le soulignait de façon tranchante le président du Collège intermutualiste national¹⁵ devant la COMEVAL : « Le point de départ de la sixième réforme de l'État [en matière de soins de santé] n'a en tout cas pas été une vision cohérente de l'avenir, mais plutôt le champ de bataille entre ceux qui étaient par principe favorables à de nouveaux transferts et ceux qui y étaient par principe opposés. Le bilan des opérations est un genre d'armistice, avec une ligne de démarcation tortueuse, difficile à délimiter »¹⁶.

Après avoir rendu compte dans les grandes lignes du panorama qui résulte de la réforme de 2014 ainsi négociée, en distinguant les pans devenus fédérés (section 1) de ceux restés fédéraux (section 2), nous décrirons l'exercice des compétences communautarisées dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale (section 3).

Section 1. Une compétence en voie de communautarisation

7. La santé fait partie des matières dites personnalisables¹⁷ que l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution attribue aux communautés. L'article 5, § 1^{er}, de la loi spéciale de réformes institutionnelles (LSRI)¹⁸, qui énumère ces matières, a considérablement évolué dans le cadre de la sixième réforme de l'État¹⁹. Il confie aujourd'hui aux communautés des compétences substantielles en ce qui concerne la politique de santé. Nous passons brièvement en revue les principaux dispositifs concernés par les transferts, en suivant l'ordre de la loi spéciale.

En matière de dispensation de soins dans et au-dehors des institutions de soins²⁰, les communautés ont vu leur escarcelle se gonfler de deux pans importants de la politique hospitalière : la définition

¹⁴ Le secrétaire d'État aux Réformes institutionnelles de l'époque, Servais Verherstraeten, affirmait ainsi que la réforme assurait « une meilleure homogénéité des compétences, notamment en ce qui concerne [...] les soins de santé » (Projet de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, discussion générale, *Doc.*, Ch, 2012-2013, n° 3201/4, p. 50). Le même Servais Verherstraeten, intervenant en tant que membre de la COMEVAL quelques années plus tard, « reconnaît volontiers que ces transferts de compétences étaient parfois très hétérogènes et présentaient des lacunes; nul doute que les acteurs de terrain s'en sont entre-temps rendu compte » (Rapport COMEVAL – Soins de santé, p. 157).

¹⁵ Luc Van Gorp, qui est aussi président de la Christelijke Mutualiteit/Mutualité chrétienne, la plus grande union nationale.

¹⁶ Rapport COMEVAL - Soins de santé précité, p. 138-139.

¹⁷ Cette notion ne connaît pas de définition constitutionnelle, mais les travaux parlementaires ayant mené à la deuxième réforme de l'État la décrivaient comme englobant les matières « étroitement liées à la vie de l'individu dans sa communauté » (Projet de loi spéciale des Régions et des Communautés, *Doc. Sén.*, 1978-1979, n° 261/1, p. 58). Cette description qui avait du sens à l'époque est néanmoins devenue très discutable aujourd'hui au regard des matières concernées, qui incluent par exemple les maisons de justice ou le contrôle des films pour les mineurs.

¹⁸ Loi spéciale de réforme institutionnelles du 8 août 1980, *M.B.*, 15 août 1980.

¹⁹ Depuis la deuxième réforme de l'État, les communautés disposaient déjà, en principe, de larges compétences en matière de santé, mais l'ampleur des exceptions fédérales était telle que la compétence communautaire a pu être qualifiée de « simple compétence complémentaire ou d'exécution » (A.-S. RENSON, *op. cit.*, p. 797) voire de boîte vide (J. LUDMER, « Les nouvelles compétences des Communautés et de la Commission communautaire commune dans les matières personnalisables. Et si l'accord papillon leur donnait des ailes ? », J. Sautois et M. Uyttendaele (dir.), *La sixième réforme de l'État (2012-2013) – Tournant historique ou soubresaut ordinaire ?*, Limal, Anthémis, 2015, p. 403).

²⁰ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1° de la LSRI. Est visée ici essentiellement la politique hospitalière, mais les soins à domicile et le transport non urgent de patients relèvent également de cette disposition.

des normes d'agrément, d'une part²¹, et les investissements dans les infrastructures hospitalières (construction et rénovation) et les services médicotechniques, d'autre part²².

En 2014, les communautés deviennent aussi compétentes pour la politique de dispensation de soins dans les institutions de soins de santé mentale hors hôpitaux²³, à savoir les maisons de soins psychiatriques, les initiatives d'habitation protégée et les plateformes de soins de santé mentale, à l'exclusion des hôpitaux psychiatriques et des services psychiatriques des hôpitaux généraux (qui sont à considérer comme des hôpitaux) et des soins de santé mentale dispensés à domicile²⁴.

La 6^e réforme de l'État communalise entièrement la compétence en matière de soins de santé dans les institutions pour personnes âgées²⁵, c'est-à-dire les maisons de repos, les maisons de repos et de soins, les centres de soins de jour, les centres de court séjour²⁶, « y compris la fixation du prix réclamé aux résidents, la programmation, le financement et les normes de financement »²⁷. Le transfert concerne aussi les services de gériatrie isolés (dits « services G isolés »)²⁸. Cette disposition représente à elle seule deux tiers des budgets santé transférés aux communautés en 2014²⁹.

Basculent également intégralement vers les communautés les services spécialisés isolés de revalidation et de traitement (dits « services Sp isolés »)³⁰. Il s'agit de services hospitaliers non rattachés à un hôpital général³¹.

La notion de « revalidation *long term care* » que la LSRI octroie aux communautés renvoie à une volée de conventions conclues avec des centres de rééducation fonctionnelle identifiés à l'aide de numéros INAMI : 953 ou 965 pour les centres de rééducation ambulatoire, 773 pour les toxicomanes, 779 pour les malentendants, et ainsi de suite³².

La réforme réaffirme la compétence des communautés pour l'organisation des soins de santé de première ligne – c'est-à-dire les interactions et soins prodigués aux points d'entrée en contact avec

²¹ Pour une liste des normes visées par ce transfert, voy. proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sén., 2012-2013, n°2232/1, p. 29-32. La compétence communautaire pour adopter des normes d'agrément reste néanmoins assortie d'un lourd contrôle tant *a priori* qu'*a posteriori* par la Cour des comptes afin d'évaluer l'impact sur les budgets fédéraux, cf. article 5, §1er, I, alinéas 3 à 9 de la LSRI. Voy. *infra*, n° 29.

²² Cette nouvelle compétence de financement, formulée dans l'article 5, §1er, I, alinéa 1^{er}, 1^o de la LSRI comme une exception à la réserve fédérale pour la législation organique, correspond à ce que le jargon appelle les « sous-parties A1 et A3 du BMF » ou Budget des moyens financiers des hôpitaux. Le commentaire des articles de la proposition de loi spéciale définit « services médicotechniques » comme « le tomographe à résonance magnétique avec calculateur électronique intégré, le service de radiothérapie et les scanners à émission de positrons ». Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sénat, 2012-2013, n° 2232/1, p. 34.

²³ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 2^o de la LSRI.

²⁴ Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sénat, 2012-2013, n° 2232/1, p. 24.

²⁵ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 3^o de la LSRI.

²⁶ Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sénat, 2012-2013, n° 2232/1, p. 25.

²⁷ V. DE GREEF, « Maisons de repos », M. Uyttendaele et M. Verdussen (dir.), *op. cit.*, p. 524. Voy. *infra*, n° 17-18.

²⁸ Les travaux parlementaires comportent une liste des services de gériatrie isolés et des services spécialisés isolés de revalidation et de traitement concernés, au 1^{er} janvier 2013, par le transfert, voy. proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, annexe, rapport de commission, *Doc.*, Sén., 2013-2014, n° 2232/5, p. 432. Pour les « services G isolés », l'on peut citer par exemple, au 1^{er} janvier 2013, l'Institut Pacheco, le Centre gériatrique Scheutebos ou l'Hôpital de revalidation gériatrique.

²⁹ D. DUMONT, « Les soins de santé : quels niveaux de pouvoir pour quels leviers ? », *La Belgique fédérale : forces et faiblesses d'un fédéralisme atypique*, C. Romainville et E. Slautsky (dir.), Bruxelles, Larcier, à paraître.

³⁰ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 4^o de la LSRI.

³¹ Cf note 28. Les travaux parlementaires permettent d'identifier à ce titre, au 1^{er} janvier 2013, le Centre hospitalier Valida ou le Centre de traumatologie et de réadaptation.

³² Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sén. 2012-2013, n° 2232/1, p. 37-39.

le système de santé³³ - et pour le soutien aux professionnels des soins de santé de première ligne³⁴. En réalité, elle leur transfère une série d'instruments de financement³⁵ : « les règles relatives aux cercles de médecins généralistes qui organisent les services de garde, le Fonds Impulseo pour la médecine générale, le financement des cercles de médecins généralistes, les réseaux locaux multidisciplinaires, les services intégrés de soins à domicile, les actions de prévention menées par les dentistes et les commissions médicales », ainsi que « les associations en matière de soins palliatifs et les équipes multidisciplinaires palliatives »³⁶. Que l'on ne s'y trompe pas : l'essentiel du budget lié à la santé de première ligne – par exemple la prise en charge, par l'assurance soins de santé et indemnités, des consultations ou interventions des généralistes et autres professionnels de la santé – reste cependant bien aux mains de l'autorité fédérale³⁷.

La LSRI confère encore aux communautés certains aspects de l'agrément des professions de soins de santé (dans le respect des normes fédérales, ce qui réduit la compétence transférée à une « simple compétence d'exécution »³⁸) et, en matière de contingentement, la fixation de sous-quotas par spécialité au sein du nombre global fixé par l'autorité fédérale pour chaque communauté³⁹.

Enfin, en matière d'éducation sanitaire et de médecine préventive⁴⁰, la réforme n'opère pas à proprement parler d'augmentation de compétence en faveur des communautés. Le législateur spécial semble surtout avoir voulu viser explicitement une série de situations lors desquelles l'autorité fédérale aurait exercé des compétences déjà communautarisées⁴¹, notamment en prenant des initiatives en matière de dépistage, de vaccination, de sevrage tabagique, d'hygiène dentaire dans les écoles ou encore de lutte contre les assuétudes⁴².

Section 2. Le maintien d'importantes interventions fédérales

8. Certains pans fondamentaux de la santé demeurent, toutefois, dans le giron fédéral au titre de compétences réservées. Avant toute chose, l'assurance soins de santé et indemnités⁴³ : lorsqu'elle exclut laconiquement de la liste des matières personnalisables dévolues aux communautés « l'assurance maladie-invalidité »⁴⁴, la LSRI introduit en réalité une exception absolument majeure. Le secteur « santé » de la sécurité sociale pèse en effet, pour 2024, pas moins de 42,7 milliards

³³ Voy. la définition des soins de première ligne proposée par la Chaire Interdisciplinaire de la première ligne en Belgique francophone : « Les soins de première ligne consistent à dispenser des soins de santé intégrés au sein de la communauté. Ils sont caractérisés par une accessibilité universelle, une approche globale, axée sur la personne. Les soins sont dispensés par une équipe de professionnels responsable de la prise en charge de la grande majorité des problèmes de santé. Ce service doit s'accomplir dans un partenariat durable avec les personnes (usagers des services de santé ou non) et leurs aidants, dans le contexte de la famille et de la communauté locale. La première ligne joue un rôle central dans la coordination générale et la continuité des soins dispensés à la population ». Be.Hive, « Un livre blanc de la première ligne francophone », Bruxelles, 2020, p. 21.

³⁴ Article 5, §1er, I, alinéa 1^{er}, 6^o de la LSRI.

³⁵ J. VAN NIEUWENHOVE, « Les nouvelles compétences communautaires en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées », *R.B.S.S.*, 2015/2, p. 284.

³⁶ Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sén. 2012-2013, n° 5-2232/1, p. 39-41.

³⁷ Ce qui amène Daniel Dumont à qualifier de « trompe-l'oeil » cette attribution aux communautés (D. DUMONT, « Les soins de santé : quels niveaux de pouvoir pour quels leviers ? », *op. cit.*

A.-S. RENSON, *op. cit.*, p. 812.

³⁹ Article 5, §1er, I, alinéa 1^{er}, 7^o de la LSRI. Voy. *infra*, n° 42 à 44.

⁴⁰ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 8^o de la LSRI.

⁴¹ J. VAN NIEUWENHOVE, « Les nouvelles compétences... », p. 289.

⁴² Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sén. 2012-2013, n° 2232/1, p. 42.

⁴³ Ainsi est redénommée depuis 1994 l'assurance maladie-invalidité (Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, *M.B.*, 27 août 1994)

⁴⁴ Article 5, §1er, I, alinéa 2, 1^o de la LSRI.

d'euros, dont 37,825 milliards d'euros pour le remboursement des soins⁴⁵. Plusieurs aspects majeurs de la politique hospitalière⁴⁶, ensuite, dont le financement quasi intégral de l'exploitation des hôpitaux, et le cœur de la législation organique; de manière plus anecdotique enfin, les mesures prophylactiques nationales⁴⁷, cette compétence ne couvrant que la vaccination obligatoire⁴⁸.

Si la réserve de compétence de l'assurance maladie et indemnités au profit de l'autorité fédérale semble à première vue intouchée, n'ayant pas connu de modification formelle, elle a en réalité connu « des avancées centrifuges majeures »⁴⁹. La réforme de 2014 a soustrait au budget fédéral des postes auparavant financées par la sécurité sociale, en transférant vers les communautés le remboursement de dépenses de soins de santé⁵⁰. L'on peut citer à cet égard les financements forfaitaires des soins pratiqués dans de nombreuses institutions pour personnes âgées ou de santé mentale⁵¹, ceux pratiqués grâce aux conventions de rééducation fonctionnelle, ainsi que les outils transférés dans le cadre de l'organisation et du soutien à la première ligne.

En l'attente de l'entrée en vigueur de l'article 35 de la Constitution, les compétences des communautés restent d'attribution⁵². L'autorité fédérale dispose donc également d'importantes compétences résiduelles, parmi lesquelles les soins médicaux d'urgence, l'exercice de l'art médical (qui inclut en grande partie la réglementation des professions des soins de santé), l'aide médicale urgente ou la réglementation sur les médicaments⁵³.

Au terme de ce bref examen, il apparaît clairement qu'en termes tant budgétaires que normatifs, le centre de gravité demeure du côté de l'autorité fédérale. Toutefois, la 6^e réforme de l'État a transféré vers les communautés des dispositifs importants, pour un budget total d'environ 4,5 milliards d'euros, amputant d'autant le budget de la sécurité sociale fédérale. On le verra⁵⁴, les choix opérés dans ce cadre ont contribué à rendre « impossible d'exprimer en quelques mots les grandes lignes du partage des attributions »⁵⁵.

⁴⁵ Voy. <https://www.inami.fgov.be/fr/actualites/un-budget-de-427-milliards-d-euros-pour-l-assurance-soins-de-sante-en-2024>

⁴⁶ Article 5, §1er, I, alinéa 1^{er}, 1^o de la LSRI. Voy. J. VAN NIEUWENHOVE, « La répartition des compétences concernant la politique hospitalière », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir*, B. Bayenet, M. Fontaine et Y. Heusden, (dir.), Limal, Anthemis, 2021, p. 35-59.

⁴⁷ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 2, 2^o de la LSRI.

⁴⁸ Pour une discussion de la réduction progressive à portion congrue de la notion de mesure prophylactique nationale, voy. not. M. EL BERHOUMI, L. LOSSEAU et S. VAN DROOGHENBROECK, « Le fédéralisme belge ne connaît pas la crise... », *op. cit.*, p. 91-97.

⁴⁹ M. UYTENDAELE, *op. cit.*, p. 593. Pour une discussion critique, voy. *infra*, n° 16 à 18.

⁵⁰ L. DETROUX et A.-S. RENSON, *op. cit.*, p. 36.

⁵¹ *Ibid.*.

⁵² Voy. à cet égard Q. PIRONNET et T. SOUVERIJNS, « La dichotomie entre compétences attribuées et compétences résiduelles », *Principes de la répartition des compétences*, M. El Berhoumi et S. Van Drooghenbroeck (dir.), R.P.D.B., Bruxelles, Larcier, 2022, p. 117-132.

⁵³ Pour un panorama exhaustif des compétences réservées et résiduelles de l'autorité fédérale en matière de santé, voy. K. REYBROUCK et S. SOTTIAUX, *op. cit.*

⁵⁴ Voy. *infra*, n° 15 à 19.

⁵⁵ D. DUMONT, « Les soins de santé : quels niveaux de pouvoir pour quels leviers ? », *op. cit.*

Section 3. L'exercice des compétences communautarisées dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale

(1) Bruxelles, « capitale de la complexité institutionnelle »⁵⁶ : appartenance communautaire et interdiction des sous-nationalités

9. Bruxelles connaît une organisation institutionnelle particulièrement complexe, qui découle de la concurrence historique, non résolue à ce jour, entre un modèle fédéral fondé sur les deux grandes communautés – voulu par le mouvement flamand - et un autre fondé sur les régions – porté au départ par le mouvement wallon⁵⁷. La Région de Bruxelles-Capitale est tiraillée entre ces deux logiques : là où le modèle communautaire cherche à maintenir un lien d'unité entre les « Flamands de Flandre » et les « Flamands de Bruxelles », et à assurer une offre suffisante de services en néerlandais à ces derniers, le modèle régional veut pouvoir traiter de la même façon tous les habitants de Bruxelles et donner à celle-ci la possibilité de fonctionner comme une région à part entière, plutôt que d'être reléguée au rôle d'appendice des deux grandes communautés.

C'est en raison de cette cohabitation entre deux logiques divergentes que pas moins de quatre entités interviennent sur les matières personnalisables dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Y sont compétentes non seulement les deux communautés pour les matières « monocommunautaires », mais aussi la Commission communautaire française (COCOF) pour les compétences transmises par la Communauté française en vertu de l'article 138 de la Constitution, et la COCOM pour les matières dites « bipersonnalisables ». Quant à la Commission communautaire flamande ou Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC), elle n'a pas la « double casquette » des deux autres commissions communautaires : n'étant pas une entité fédérée, elle n'a pas le pouvoir législatif et n'agit que comme entité subordonnée de la Communauté flamande à Bruxelles.

10. Ces interventions sont organisées selon une double logique des « institutions » et des « droits individuels »⁵⁸. Comme le relèvent El Berhoumi et Losseau, « les règles déterminant l'exercice des compétences communautaires dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale démultiplient encore les collectivités qui y interviennent »⁵⁹. L'application des articles 128, § 2, 135 et 138 de la Constitution, couplée à l'interdiction des sous-nationalités, exacerbe dans cette région la complexité et l'émiettement déjà présents en la matière.

S'agissant des cas où les destinataires des normes sont des institutions, l'article 128, § 2, de la Constitution rend compétentes la Communauté flamande et la Communauté française ou la COCOF à l'égard des institutions unicommunautaires – c'est-à-dire les institutions qui, en raison de leur organisation, peuvent être rattachées exclusivement à l'une ou l'autre des deux communautés. Les autres institutions, dites bicommunautaires, relèvent quant à elles de la COCOM en vertu de

⁵⁶ M. EL BERHOUMI, L. LOSSEAU et S. VAN DROOGHENBROECK, « Vers une Belgique à quatre ? Les compétences communautaires à Bruxelles après la sixième réforme de l'État », *De Brusselse instellingen anno 2014 / Les institutions bruxelloises en 2014*, E. Vandenbossche (dir.), Bruges, Die Keure, 2017, p. 45.

⁵⁷ Pour une analyse complète de 30 ans de fédéralisme à Bruxelles, voy. E. SLAUTSKY, « Le statut de Bruxelles dans l'organisation de la Belgique fédérale : vers un renforcement de la logique régionale ? », *30 jaar federalisme / 30 ans de fédéralisme*, A. WIRTGEN (dir.), Bruges, Die Keure, 2024, p. 177-202. Voy. aussi Q. PEIFFER, « Les spécificités institutionnelles de la région bruxelloise », *C.H. CRISP*, 2021/25.

⁵⁸ Voy. en annexe 1 un résumé schématique de l'exercice des compétences dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

⁵⁹ M. EL BERHOUMI et L. LOSSEAU, « L'interdiction des sous-nationalités et la partage des compétences communautaires à Bruxelles », *Principes de la répartition des compétences*, M. El Berhoumi et S. Van Drooghenbroeck (dir.), *R.P.D.B.*, Bruxelles, Larcier, 2022, p. 153.

l'article 135 de la Constitution, exécuté par l'article 63 de la loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises (LSIB)⁶⁰. C'est la « logique des institutions ».

Pour les situations où les autorités publiques s'adressent directement aux individus pour leur attribuer des droits ou leur imposer des obligations, la compétence des communautés est exclue à Bruxelles⁶¹. C'est qu'il est interdit d'enfermer les Bruxellois dans une sous-nationalité⁶² : ils ne peuvent être contraints à choisir une appartenance linguistique exclusive ou définitive⁶³, car ils ne peuvent, « en droit, être qualifiés de francophones ou de néerlandophones »⁶⁴. Ceci implique pour eux le droit de s'adresser à des institutions francophones ou flamandes, « le droit de changer d'avis, mais aussi le droit d'éventuellement ne pas se rattacher à une institution uncommunautaire »⁶⁵. La Communauté flamande, la Communauté française et la COCOF ne peuvent s'adresser aux Bruxellois qu'indirectement, par le truchement des institutions à l'égard desquelles elles sont compétentes⁶⁶. C'est la seule COCOM qui, toujours en vertu des articles 135 de la Constitution et 63 de la LSIB, est autorisée à s'adresser directement aux habitants de Bruxelles dans les matières personnalisables. C'est la « logique des droits individuels ».

Ces règles déterminent pourquoi certains pans de la santé sont arrivés directement aux mains de la COCOM, sans transiter par la Communauté flamande ou la Communauté française puis la COCOF. Comme le rappellent les travaux parlementaires, « dans la mesure où les compétences impliquent, pour les personnes, des obligations ou des droits à une intervention ou une allocation, ou dans la mesure où il s'agit d'institutions bicommunautaires, l'autorité compétente en région bilingue de Bruxelles-Capitale sera la Commission communautaire commune »⁶⁷. La COCOM est ainsi identifiée comme seule compétente pour, entre autres, Impulseo et les consultations de sevrage tabagique⁶⁸, tandis qu'elle est identifiée comme potentiellement compétente pour une longue liste de matières transférées au cas où les institutions concernées ne relèvent pas exclusivement de l'une ou l'autre communauté : campagnes de dépistage et de vaccination, infrastructures hospitalières et frais d'investissement dans le matériel médical lourd, conventions de revalidation, cercles de médecins généralistes, institutions pour personnes âgées, initiatives d'habitation protégées, etc.⁶⁹

(2) La « cocomisation » de certaines institutions uncommunautaires francophones, par le biais de la COCOF

11. Outre ces compétences récoltées dès l'adoption des textes mettant en œuvre la 6^e réforme de l'État, la COCOM en a recueilli d'autres par la voie plus détournée de la « cocomisation ». L'on vise par là le processus qu'a cherché à réaliser l'accord de la Sainte-Émilie lorsqu'il prévoyait d'inciter les institutions uncommunautaires en matière de santé et d'aide aux personnes relevant de

⁶⁰ Loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, *M.B.*, 14 janvier 1989.

⁶¹ C.E., avis n° 41.215/2, 11 octobre 2006, p. 24.

⁶² Sur l'interdiction des sous-nationalités, voy. M. EL BERHOUMI et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 153-182 ; H. DUMONT et S. VAN DROOGHENBROECK, « L'interdiction des sous-nationalités à Bruxelles », *A.P.*, 2011/3, p. 201-226 ; C. ROMAINVILLE, « Le partage des compétences à Bruxelles. L'interdiction des sous-nationalités à Bruxelles », *Les grands arrêts sur le partage des compétences dans l'État fédéral*, C. Romainville et M. Verdussen (dir.), Bruxelles, Larcier, 2019, p. 343-376.

⁶³ M. EL BERHOUMI et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 154.

⁶⁴ C.E., avis 21.690/2/V, 16 juillet 1992, p. 5.

⁶⁵ D. DUMONT, « La sécurité sociale et la sixième réforme de l'État : rétroactes et mise en perspective générale », *R.B.S.S.*, 2015/2, p. 205.

⁶⁶ M. EL BERHOUMI et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 154.

⁶⁷ Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sén., 2012-2013, n° 2232/1, p. 6.

⁶⁸ Pour une discussion critique de ce qui est dans les travaux parlementaires présenté comme une évidence, voy. *infra*, n° 46.

⁶⁹ Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sén., 2012-2013, n° 2232/1, p. 7-8.

la COCOF à basculer vers un régime bicommunautaire, « afin de favoriser l'homogénéité des politiques menées à Bruxelles et les économies d'échelle »⁷⁰.

L'accord intrafrancophone dit « de la Sainte-Émilie »⁷¹, conclu en 2013 entre les quatre principaux partis francophones de l'époque (PS, MR, Ecolo et cdH) pour préparer la mise en œuvre de la sixième réforme de l'État, a entrepris de délester la Communauté française de la majeure partie des compétences nouvellement communautarisées avant même l'entrée en vigueur de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État⁷². Dans la région bilingue de la Bruxelles-Capitale, il prévoit de transférer largement l'exercice des nouvelles compétences de la Communauté française liées à la santé et à l'aide aux personnes à la COCOF, conformément à la possibilité ouverte par l'article 138 de la Constitution.

La COCOF a ainsi reçu l'exercice de la politique de santé, à l'exception des hôpitaux universitaires et des conventions de revalidation conclues avec ceux-ci, de l'agrément et le contingentement des professions de soins de santé, des activités et services de médecine préventive destinés aux nourrissons, aux enfants, aux élèves et aux étudiants, de ce qui relève de l'ONE, du contrôle médico-sportif, de la Société scientifique de médecine générale et de l'Académie royale de médecine de Belgique⁷³. Pour le reste, les nouvelles compétences n'ont « fait que transiter dans le giron de la Communauté française pour être immédiatement confiée[s] à la Région wallonne et à la Commission communautaire française »⁷⁴.

Ce transfert opéré, la volonté d'inciter les institutions unicommunautaires francophones à basculer de la COCOF vers la COCOM a trouvé une traduction financière, bien qu'avec un champ plus restreint, dans la clause de basculement ajoutée au mécanisme de transition introduit dans la loi spéciale de financement (LSF)⁷⁵. S'agissant de la santé, cette clause prévoit que les institutions

⁷⁰ Voy. « Projet commun... », précité p. 7 et 8, et M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 451-455.

⁷¹ « Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales », disponible sur http://www.unipso.be/IMG/pdf/Projet_commun_19-09-2013_.pdf

⁷² M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 446.

⁷³ Décret spécial de la Communauté 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, *M.B.*, 25 juin 2014 ; 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, *M.B.*, 25 juin 2014 ; décret wallon du 11 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 12 mai 2014. C'est en raison de leur lien avec les autres compétences de la Communauté française, singulièrement l'enseignement et l'enfance, que ces matières font exception au transfert. Voy. not. L. LOSSEAU et M. DEKLEERMAKER, « Transferts intrafrancophones de compétences », M. Uyttendaele et M. Verdussen (dir.), *op. cit.*, p. 890.

⁷⁴ M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 446. L'application de l'article 138 de la Constitution a pu être qualifiée de « dépeçage de la Communauté française », voy. H. DUMONT, M. EL BERHOUMI et I. HACHEZ (dir.), *La sixième réforme de l'État : l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis?*, Bruxelles, Larcier, 2015, p. 140.

⁷⁵ Article 48/1, § 1^{er}, alinéas 2 à 4 de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des communautés et des régions, *M.B.*, 17 janvier 1989. Le mécanisme de transition de l'article 48/1 a été imaginé pour adoucir le passage de l'ancien au nouveau système de financement pour les entités réceptacles des nouvelles compétences transférées par la sixième réforme de l'État. Il s'agissait de garantir qu'elles disposeraient, lors de l'application de la LSF « nouvelle mouture » et donc pour le budget 2015, de moyens correspondants à leurs besoins - ni lacunaires, ni excédentaires. Ce mécanisme de transition prévoit un maintien nominal (et donc sans indexation) des moyens concernés jusqu'à 2024, puis une dégressivité linéaire pendant 10 ans jusqu'à une extinction fin 2034, seuls subsistant alors les moyens structurels. Pour Bruxelles, faute d'une clé de répartition objective pour répartir les moyens entre les deux communautés, c'est à la COCOM qu'ont été affectés structurellement tous les moyens budgétaires devant financer les politiques dans les matières personnalisables transférées. Cependant, les communautés (y compris la COCOF) finançaient de nombreuses institutions unicommunautaires. Le mécanisme de transition en a tenu compte et a corrigé à la baisse le montant de transition de la COCOM pour allouer – temporairement – aux communautés les moyens de maintenir leur action à Bruxelles. Voy. not. B. BAYENET, M.

actives dans la politique des personnes âgées et de santé mentale, les services G et Sp isolés et la revalidation *long term care*⁷⁶ qui modifient leur appartenance communautaire avant le 31 décembre 2015 entraîneront avec elles dans leur entité d'arrivée les moyens dont elles disposent dans le cadre du mécanisme de transition⁷⁷. Celui-ci étant ainsi conçu de sorte qu'en 2035, seule la COCOM bénéficiera de moyens structurels pour poursuivre ces politiques sur le sol bruxellois, l'incitant pour les institutions bicommunautaires à se rattacher exclusivement à l'une des communautés était assez inexistant, tandis que suivre le courant de la cocomisation présentait pour les institutions unicommunautaires l'évident avantage de stabiliser leur financement à long terme⁷⁸.

12. Selon une analyse de l'administration de la COCOF datant de fin 2014, « les dispositifs qui font l'objet d'un financement intermédiaire et non durable doivent le plus rapidement possible être transférés de manière définitive dans l'entité (COCOM) qui aura le financement structurel récurrent. Cela concerne principalement les MR/MRS et les institutions qui bénéficient d'une convention INAMI ainsi que les IHP⁷⁹»⁸⁰. Les modalités pratiques de ce transfert, comprenant notamment une garantie de « standstill juridique et financier », ont été négociées dans un protocole d'accord conclu entre la COCOF et la COCOM fin 2014⁸¹.

Le premier secteur à avoir opéré massivement ce mouvement vers la COCOM a, de fait, été celui des maisons de repos. En raison de la structuration du secteur, quasiment exclusivement commercial et aux mains de grands groupes, ces établissements ont modifié leur appartenance communautaire « comme un seul homme »⁸², si bien qu'il ne reste à ce jour aucune maison de repos ni de maison de repos et de soins agréée en unicommunautaire francophone⁸³.

S'agissant des conventions entrant dans la politique de revalidation *long term care*, la situation était beaucoup plus hétéroclite et la cocomisation ne s'est pas faite d'un bloc : le dernier acteur COCOF ayant jusqu'ici résisté au virage « bico » est finalement en transition vers la COCOM⁸⁴. La

BOURGEOIS et D. DARTE, *Les finances et l'autonomie fiscale des entités fédérées après la sixième réforme de l'État*, Bruxelles, Larcier, 2017, p. 345-354 ; L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 90-93.

⁷⁶ Soit les matières visées à l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 2^o à 5^o de la LSRI.

⁷⁷ Ce basculement budgétaire étant automatique si le changement est signalé pour le 31 décembre 2014, et soumis à l'accord de l'entité de départ et de l'entité d'arrivée si la modification a été communiquée entre le 1^{er} janvier et le 31 décembre 2015 (article 48/1, § 1^{er}, alinéas 2 à 4).

⁷⁸ M. EL BERHOUMI, L. LOSSEAU et S. VAN DROOGHENBROECK, « Vers une Belgique à quatre ?... », *op. cit.*, p. 64.

⁷⁹ Initiatives d'Habitations Protégées.

⁸⁰ « VIème réforme de l'État. Le transfert des compétences à la COCOF. État des lieux ». Note des services du gouvernement francophone bruxellois, disponible sur <https://www.parlementfrancophone.brussels/le-parlement/historique/annexes/note-college-cocof-6e-reforme>, p. 8.

⁸¹ Protocole d'accord entre le collège de la Commission communautaire française et le collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale concernant le basculement d'établissements établis dans la Région de Bruxelles-Capitale, non publié, cité dans M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 453-454.

⁸² Entretien avec Isabelle Fontaine, directrice des Affaires sociales et de la Santé à l'administration de la COCOF, réalisé le 27 juillet 2023.

⁸³ La note des services de la COCOF précitée comptait 46 maisons de repos, 29 maisons de repos et de soins et 2 centres de soins de jour. Lors d'un entretien que nous avons réalisé avec Olivia Vanmechelen (Kenniscentrum WWZ) le 26 juillet 2023, elle nous a indiqué que 152 maisons de repos relèvent de la COCOM (et plus précisément d'IRISCARE) et 9 maisons de repos relèvent de la Communauté flamande. Ce dernier chiffre reste d'actualité selon les informations disponibles sur le site de l'autorité flamande : https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium_burst_def_-_ADRESSEN_WZC_-_PROVINCIE_BHG.pdf. Sur le basculement vers la COCOM des maisons de repos et de soins dépendant de la COCOF, et l'absence d'un tel basculement des institutions agréées par la Communauté flamande à Bruxelles, voy. L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 95-100.

⁸⁴ Il s'agit de l'asbl « L'Équipe », pour laquelle la COCOF avait dû maintenir un service. La note précitée des services de la COCOF comptait, au 18 novembre 2014, 29 institutions reconnues ou agréées COCOF ayant des conventions de rééducation fonctionnelle avec l'INAMI (p. 11).

cocomisation des initiatives d'habitation protégée francophones est également terminée avec 18 établissements bilingues⁸⁵.

13. Soulignons que ce processus de cocomisation n'a pas eu d'impact sur la répartition des compétences telle que réglée par ou en vertu de la Constitution⁸⁶ : il ne procède pas d'une attribution exclusive de compétence au profit de la COCOM, mais d'un recentrage des moyens financiers dans cette entité, et n'empêche pas les communautés (et la COCOF) de continuer à intervenir sur fonds propres dans ces matières⁸⁷.

Il est important de noter le caractère tout à fait asymétrique de cette cocomisation « volontaire » qui n'a impliqué que des institutions relevant de la COCOF : les institutions uncommunautaires néerlandophones n'ont pas pris le même tournant⁸⁸. Contrairement à la COCOF, la Communauté flamande, « manifestement sceptique quant à l'aptitude de [la COCOM] à protéger les intérêts des Bruxellois néerlandophones »⁸⁹, n'a pas conclu avec celle-ci de protocole d'accord sur les modalités de basculement des institutions uncommunautaires néerlandophones. Ainsi, bien qu'invitées par la COCOM, comme leurs consœurs francophones, à basculer dans son giron, aucune des maisons de repos agréées par la Communauté flamande n'a effectué ce mouvement, et la Flandre agréée toujours à ce jour neuf *woonzorgcentra* en région bruxelloise⁹⁰.

⁸⁵ La note précitée des services de la COCOF comptait, au 18 novembre 2014, cinq IHP relevant de la COCOF et 11 relevant de la COCOM. Un cahier rédigé à l'initiative du Kenniscentrum WWZ avec Ars Collaborandi (une collaboration entre le Kenniscentrum WWZ, l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, Brusano, le CDCS-CMDC, le CBCS et Huis voor Gezondheid) datant de début 2021 renseigne encore 1 IHP COCOF, contre 17 COCOM et 2 VG (Kenniscentrum WWZ avec Ars Collaborandi, Cahier 15, Panorama du social et de la santé à Bruxelles, janvier 2021, p. 44-45, disponible sur https://www.kenniscentrumwwz.be/sites/default/files/bijlagen/Cahier_15_Brussel_cover_v06FRcombi.pdf) et une recherche en date du 28 juillet 2023 sur le site Bruxelles social (une cartographie interactive et bilingue de l'offre social-santé à Bruxelles, de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, <https://social.brussels/>) génère 18 résultats bicommunautaires et aucun résultat COCOF.

⁸⁶ Proposition de loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences, *Doc.*, Ch., 2012-2013, n° 2974/1, p. 5.

⁸⁷ H. DUMONT, M. EL BERHOUMI et I. HACHEZ (dir.), *op cit.*, p. 234. Sur l'enjeu pour la COCOF de refuser à l'avenir d'exercer des compétences dans des matières pour lesquelles elle reste formellement compétente, voy. L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 99-100. Sur les conséquences pratiques de cette cohabitation, voy. *infra*, n° 22 à 25.

⁸⁸ Pour un bilan critique de 10 ans de cocomisation, voy. la section II dans G. DELVAUX, M. EL BERHOUMI et H. DUMONT, « La septième réforme de l'État ou l'occasion de régionaliser des compétences communautaires », C. Romainville et E. Slaatsky (dir.), *La Belgique fédérale : Forces et faiblesses d'un fédéralisme atypique*, Larcier: Bruxelles, 2024.

⁸⁹ L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 98.

⁹⁰ Entretien avec Olivia Vanmechelen, confirmé par une recherche effectuée le 28 juillet 2023 sur le site Bruxelles social avec comme critère de recherche « agrément ou pouvoir agréant : Woonzorgcentrum (WZC) – Communauté flamande » et informations disponibles sur le site internet de l'autorité flamande : https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/external/Repertorium_burst_def_-_ADRESSEN_WZC_-_PROVINCIE_BHG.pdf . Lors de notre entretien avec Sven Bousset (réalisé le 27 juillet 2023), il s'est interrogé à cet égard sur l'avenir de ces *woonzorgcentra* uncommunautaires néerlandophones vu l'imminence de la phase dégressive du mécanisme de transition. Si la Communauté flamande souhaite continuer à les financer, elle devra augmenter chaque année, en proportion de la dégressivité, la part de fonds propres qu'elle y consacre.

(3) Au sein de la COCOM, une subdivision supplémentaire entre « régalien » et « gestion paritaire »

14. La gestion administrative des compétences de la COCOM est répartie entre Iriscare, organisme d'intérêt public en gestion paritaire créé en 2017, et Vivalis, l'administration sous l'autorité directe du Collège réuni (auparavant nommée Services du Collège réuni ou SCR)⁹¹.

Si l'on en croit l'exposé des motifs de l'ordonnance organique d'Iriscare⁹², le principe de répartition des missions entre les deux acteurs consistait, dans les grandes lignes, à séparer les aspects dits régaliens (programmation, agrément, contrôle, financement des infrastructures, subsides aux institutions), dévolus aux SCR, des aspects relevant plutôt du giron paritaire (essentiellement le financement des prestations aux individus), ces derniers revenant à l'OIP⁹³. L'article 4 de l'ordonnance organique d'Iriscare, traduisant légalement ce principe directeur, connaissait néanmoins une rédaction quelque peu alambiquée sur le mode « tout, sauf... » ménageant de larges exceptions connaissant elles-mêmes des exceptions.

S'appuyant sur l'évaluation du fonctionnement d'Iriscare et sur certaines recommandations de la commission spéciale consacrée à la gestion de la pandémie de Covid-19, ce partage a été revu en 2023, afin de simplifier et clarifier la coopération entre les deux institutions et de permettre des politiques plus cohérentes. Les missions de gestion des infrastructures, d'agrément et d'inspection/contrôle sont désormais rassemblées dans les mains d'Iriscare pour la politique des personnes âgées et la revalidation tandis que ces mêmes missions pour la santé mentale reviennent aux SCR. Selon l'exposé des motifs de l'ordonnance modificative, « la pratique a montré que les missions de contrôle et d'inspection, d'une part, et les agréments des prestataires d'autre part, doivent être gérés par la même institution afin de pouvoir former un système cohérent », et de la même façon « nous constatons que la gestion de l'infrastructure est tellement imbriquée dans le contrôle des normes et la politique d'agrément que ces missions doivent être gérées par la même institution afin de pouvoir mener une politique cohérente »⁹⁴.

Lors de la discussion de l'ordonnance modificative en commission parlementaire, le ministre Alain Maron, en charge du dossier, a fourni aux membres un aperçu schématique de l'évolution poursuivie par le texte⁹⁵ concernant les missions liées aux infrastructures, à l'agrément et au contrôle :

⁹¹ Bruxelles s'inscrit donc dans un modèle à mi-chemin entre la gestion paritaire complète de la Wallonie avec l'AVIQ, et la gestion centralisée par l'administration choisie par la Flandre et la Communauté germanophone.

⁹² Projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, *Doc.*, Ass. réun. COCOM, 2016-2017, n° B-69/1.

⁹³ *Ibid.*, p. 8. Pour un résumé schématique des responsabilités respectives actuelles d'Iriscare et des SCR, voy. les pages 8 et 9 du Contrat de gestion 2021-2023 d'Iriscare, disponible sur <https://www.iriscare.brussels/fr/notre-contrat-de-gestion/>. Pour une répartition des responsabilités d'Iriscare entre les missions en gestion paritaire et les missions régaliennes pour ce qui concerne les infrastructures, l'agrément et le contrôle, http://weblex.brussels/data/annexes/uploads/bh2023071315044720230712_rpartition_rgalienn-paritaire_iriscare.pdf.

⁹⁴ Projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune portant modification de l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, *doc. Parl.*, Assemblée réunie de la COCOM, 2022-2023, n° B-150/1, p. 3.

⁹⁵ Diapositives 7 et 8 de l'annexe au projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune portant modification de l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, *Doc.*, Ass. réun. COCOM, 2022-2023, n° B-150/1, disponible sur http://weblex.brussels/data/annexes/uploads/bh2023071012180920230706_ordonnance_iriscare_presentation_am_f_r_nl.pdf.

Avant	SCR			Iriscare		
	Infra	Agrément	Contrôle	Infra	Agrément	Contrôle
	Personnes âgées		Personnes âgées		Personnes âgées	
	Santé mentale	Santé mentale	Santé mentale			
	Revalidation		Revalidation		Revalidation	
	Handicap		Handicap		Handicap	

Après	SCR			Iriscare		
	Infra	Agrément	Contrôle	Infra	Agrément	Contrôle
				Personnes âgées	Personnes âgées	Personnes âgées
	Santé mentale	Santé mentale	Santé mentale			
				Revalidation	Revalidation	Revalidation
				Handicap	Handicap	Handicap

Outre le secteur de la santé mentale, Vivalis est en charge de la politique des hôpitaux⁹⁶, de la première ligne socio-sanitaire⁹⁷, et de la médecine préventive et de la gestion des risques sanitaires⁹⁸.

* * *

Nous nous étions donné pour objectif, au cours de ce premier chapitre, de dresser un bref état des lieux de la répartition des compétences liées à la santé à l'issue de la sixième réforme de l'État, spécialement dans le contexte bruxellois. Arrivant au terme de l'exercice, nous avons plutôt l'impression d'avoir dû nous livrer à un véritable jeu de piste dans un paysage parfois flou et toujours en mutation. Après ce défrichage descriptif, nous adopterons dans le chapitre suivant un regard plus critique.

CHAPITRE 2. Les lignes budgétaires ne font pas une politique

15. En matière de soins de santé, la sixième réforme de l'État a mené à un redécoupage dont on peine à identifier la logique sous-jacente, en raison de la démarche essentiellement basée « sur des

⁹⁶ Art. 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1^o de la LSRI. Il s'agit ici d'une part des normes et agréments des hôpitaux bicommunautaires, et des sous-parties A1 et A3 du Budget des moyens financiers des hôpitaux concernés.

⁹⁷ Art. 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 6^o de la LSRI. Cela concerne surtout la médecine générale (Impulso, cercle de médecine générale), la coordination de la première ligne (Brusano), l'essentiel de la politique liée aux soins palliatifs, mais aussi les bassins de soins et les contrats locaux de santé.

⁹⁸ Art. 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 8^o de la LSRI. Sont principalement visés le dépistage et la vaccination, le plan pandémie et le plan de gestion des risques, la surveillance épidémiologique, les risques environnementaux, la politique liée au sevrage tabagique, la lutte contre le dopage.

lignes budgétaires, plutôt que sur des politiques »⁹⁹. Les architectes de la sixième réforme de l'État ont manifestement eu pour objectif premier de réaliser un « déplacement du centre de gravité dans l'affectation des moyens »¹⁰⁰ afin de hisser le budget cumulé des communautés et des régions à un niveau supérieur de celui demeurant aux mains de l'autorité fédérale : il fallait « faire du chiffre »¹⁰¹.

Traduite « par un accroissement du nombre de dispositifs concrets transférés plus que par une redistribution des compétences en tant que telle »¹⁰², cette méthode n'a pas été propice à des frontières au tracé net et cohérent¹⁰³ (section 1). Elle a également conduit, à Bruxelles, à maintenir, voire à intensifier l'intrication des sphères d'intervention de plusieurs entités (section 2). Les conséquences pratiques de cet entrelacs institutionnel pour le déploiement de politiques publiques cohérentes et pour les acteurs de terrain sont lourdes, ainsi que nous le constaterons à l'occasion de l'examen de deux dispositifs concrets (section 3).

Section 1. Des failles dans l'homogénéité

Remodelage de la sécurité sociale, délimitations basées sur des critères contestables, possibilités d'initiatives concurrentes : la cohérence du découpage « vertical » de la santé entre l'autorité fédérale et les communautés peine à convaincre.

(1) Défédéraliser sans en avoir l'air : l'amenuisement de la sécurité sociale fédérale

16. Le maintien de la réserve de compétence de l'autorité fédérale en matière de soins de santé n'a pu se faire qu'au prix de certaines circonvolutions, voire d'un refus patent de nommer la dynamique à l'œuvre. Pour ne prendre qu'un exemple indiscutable, la nébuleuse « politique de revalidation *long term care* » usurpe largement la qualification de « politique », n'étant guère qu'un empilement de conventions entre l'INAMI et certaines institutions de soins, sur lesquelles ce vocable est plaqué pour leur donner tant bien que mal une unité de façade¹⁰⁴. Les travaux parlementaires indiquent sans

⁹⁹ Rapport COMEVAL - Soins de santé précité, p. 136. Dans le même sens, voy. L. DETROUX et A.-S. RENSON, *op. cit.*, p. 32.

¹⁰⁰ Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, rapport de commission, *Doc., Sén.*, 2013-2014, n° 2232/5, p. 8.

¹⁰¹ H. DUMONT, M. EL BEROUMI et I. HACHEZ (dir.), *op. cit.*, p. 102.

¹⁰² D. DUMONT, « La sécurité sociale et la sixième réforme de l'État... », *op. cit.*, p. 212.

¹⁰³ M. UYTENDAELE, *op. cit.*, p. 593 ; X. DELGRANGE, « Digérer la sixième réforme de l'État pour, enfin, mener des politiques », *La sécurité sociale dans l'État fédéral*, X. Delgrange et al., Limal, Anthémis, 2017, p. 100 ; A.-S. RENSON, *op. cit.*, p. 822. Voy. aussi H. DUMONT, M. EL BERHOUMI et I. HACHEZ (dir.), *op. cit.*, p. 112 - 113.

¹⁰⁴ Voy. en ce sens l'avis du Conseil d'État sur la proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État : « En vertu de l'article 5, § 1er, I, 5°, proposé, les communautés seront désormais compétentes pour « la politique de revalidation long term care ». Bien que l'utilisation de la notion de « politique » suggère un transfert de l'ensemble de la politique en la matière aux communautés, il ressort des commentaires que l'intention semble uniquement de transférer un certain nombre d'instruments politiques déterminés – à savoir certaines conventions de rééducation fonctionnelle –, qui sont plus précisément spécifiés par la référence aux numéros INAMI dont ils sont actuellement assortis. [...] Ce procédé de transfert de compétence manque de transparence. Si l'intention est d'accorder aux communautés la compétence exclusive pour la politique relative aux matières qui font l'objet des 'conventions de revalidation fonctionnelle long term care' mentionnées dans les commentaires, il y a lieu de l'énoncer expressément. Si l'on envisage toutefois que les communautés soient également compétentes à l'avenir pour d'autres aspects de la politique en matière de 'revalidation fonctionnelle long term care', alors que le législateur fédéral ne conserve que la compétence relative à la politique en matière de 'revalidation fonctionnelle non long term care', le législateur spécial doit préciser, à tout le moins dans les développements, la distinction entre 'revalidation fonctionnelle long term care' et 'revalidation fonctionnelle non long term care' » (C.E., avis n° 53.932/AG du 28 août 2013, p 82-83).

détour que les budgets liés aux conventions identifiées sont soustraits à l'INAMI : « simultanément au transfert de compétences, ces conventions de rééducation fonctionnelle sont entièrement retirées de l'assurance maladie-invalidité fédérale »¹⁰⁵. Pareille analyse peut être répliquée pour d'autres pans transférés de la santé : ainsi, la « nouvelle » compétence d'organisation et de soutien à la première ligne, davantage qu'une politique à proprement parler, concerne des mécanismes de financement existants au sein de l'INAMI qui passent vers les communautés. Ces pans rognés à la sécurité sociale seront désormais qualifiés de matières personnalisables et la réserve de compétence fédérale s'en trouve bel et bien amputée d'autant, dans une défédéralisation qui ne dit pas son nom¹⁰⁶.

(2) Des lignes de démarcation peu intuitives : le lieu de prestation des soins ou l'appartenance à un forfait de soins

17. Les critères présidant au départage entre sécurité sociale fédérale et matières personnalisables répondent à une logique quelque peu vacillante. La politique de dispensation de soins dans les institutions pour personnes âgées et les institutions dispensant des soins de santé mentale en est une bonne illustration. Elle échoit (presque) entièrement aux communautés, en ce compris la prise en charge financière des soins qui y sont prodigués. Progression incontestable en matière d'homogénéité ? Las, la cohérence gagnée d'un côté disparaît de l'autre. Les soins dispensés dans les services isolés de gériatrie ou de revalidation ou en maisons de soins psychiatriques relèvent du budget des communautés, mais les prestations de soins de nature identique dispensées en milieu hospitalier restent par contre entièrement à charge de l'autorité fédérale¹⁰⁷. C'est donc la présence ou l'absence de rattachement juridique à un hôpital qui détermine qui paie l'addition¹⁰⁸.

18. S'agissant des prestations de soins de santé dans les institutions pour personnes âgées, et des soins de santé mentale hors hôpitaux, une deuxième ligne de démarcation existe selon que les prestations concernées font ou non partie d'un financement forfaitaire. Ainsi, les prestations réputées s'inscrire « dans le cadre collectif du fonctionnement des institutions »¹⁰⁹ relèvent désormais des matières personnalisables, tandis que les prestations qui s'inscrivent « dans le cadre de la relation personnelle entre le prestataire et son patient, sur la base de son libre choix et indépendamment de l'institution dans laquelle ce dernier se trouve et est pris en charge »¹¹⁰,

¹⁰⁵ Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc., Sén.*, 2012-2013, n° 2232/1, p. 39.

¹⁰⁶ Ce qui mène certains auteurs à souligner ironiquement que « l'attitude du législateur spécial nous rappelle irrésistiblement celle du chevalier noir du film des Monty Pythons *The Holy Grail*. Ce chevalier, après avoir perdu ses deux bras et ses deux jambes au combat, persiste à penser que ce ne sont que des égratignures ». L. DETROUX et A.-C. RENSON, *op. cit.*, p. 51.

¹⁰⁷ L. DETROUX et A.-S. RENSON, *op. cit.*, p. 42.

¹⁰⁸ H. DUMONT, M. EL BERHOUMI et I. HACHEZ (dir.), *op. cit.*, p. 112. Notons à cet égard que la loi spéciale de financement a prévu un mécanisme correcteur et encouragé ces services isolés à fusionner avec des hôpitaux avant le 1^{er} janvier 2015 (Loi spéciale de financement, article 47/7, § 3, alinéa 2 et article 47/8, alinéa 2). L'opération a rencontré un franc succès côté francophone : elle a mené à l'intégration dans des hôpitaux de tous les services isolés relevant de la Région wallonne et de la COCOF, si bien que la nouvelle compétence est restée en ce qui les concerne une « coquille vide » (L. DETROUX et A.-S. RENSON, *op. cit.*, p. 42). La Flandre a en revanche boudé dans une large mesure la dynamique de fusion. À Bruxelles, un seul établissement de service isolé subsiste (sur les six listés comme concernés au 1^{er} janvier 2013) : il s'agit du centre Scheutbos, qui relève de la COCOM.

¹⁰⁹ J. LUDMER, *op. cit.*, p. 404.

¹¹⁰ J. LUDMER, *op. cit.*, p. 404. Luc Detroux et Anne-Stéphanie Renson ont souligné que les communautés avaient dès lors la possibilité de poser des choix engageant plus ou moins le budget fédéral : le développement d'institutions telles que les résidences-services (qui ne fonctionnent pas au forfait de soins) au détriment des maisons de repos renverrait vers la sécurité sociale « par la fenêtre, *de lege lata*, la charge des dépenses qu'elle croyait avoir mise devant la porte des communautés ». L. DETROUX et A.-S. RENSON, *op. cit.*, p. 45. Lors de notre entretien, Sven Bousset a opposé à cette affirmation le principe de loyauté fédérale qui viendrait nécessairement tempérer de telles ardeurs communautaires.

continuent à relever du budget de la sécurité sociale fédérale. La pertinence de fonder la distribution de compétences sur cette distinction entre prestations de même nature, en fonction du mode de paiement, ne saute pas aux yeux.

(3) Des possibilités de double aspect : l'exemple des normes d'agrément des hôpitaux

19. Il est en outre admis, en dépit du principe d'exclusivité des compétences¹¹¹, que plusieurs collectivités soient amenées à intervenir par des normes similaires, à partir de leurs compétences respectives, sur une même situation¹¹². Prenons, pour la santé, le cas des normes d'agrément. On l'a vu, la compétence d'édicter des normes d'agrément pour la politique hospitalière – par exemple des effectifs minimaux – est passée vers les communautés, sous réserve des caractéristiques de base qui continuent à relever de l'autorité fédérale. En pratique, Jeroen Van Nieuwenhove souligne que les deux niveaux de pouvoir conservent une possibilité d'intervention sur toutes les normes d'agrément existantes¹¹³.

Une telle cohabitation permanente prête le flanc à des interventions potentiellement concurrentes sans qu'existe un mécanisme pour trancher les conflits de normes¹¹⁴.

Section 2. « Un chat n'y retrouverait pas ses petits » : à Bruxelles, les conséquences de la cohabitation entre des systèmes parallèles

20. À ce découpage quelque peu équivoque, il faut ajouter, pour le territoire bruxellois, les conséquences des accords de la Sainte-Émilie sur un modèle institutionnel déjà fort imbriqué.

¹¹¹ Sur le principe d'exclusivité des compétences, voy. not. N. BERNARD et S. VAN DROOGHENBROECK, « L'exclusivité des compétences », *Principes de la répartition des compétences*, M. El Berhoumi et S. Van Drooghenbroeck (dir.), R.P.D.B., Bruxelles, Larcier, 2022, p. 183-220 ; et Q. PIRONNET et T. SOUVERIJNS, *op. cit.*, p. 117-132.

¹¹² C'est la saga de la *zorgverzekering* qui a donné lieu à cette étonnante brèche dans le principe d'exclusivité des compétences et mené la Cour constitutionnelle à trancher en faveur de la possibilité pour deux collectivités, non de « traiter des mêmes matières », mais de « s'intéresser aux mêmes personnes » (C.A., arrêt 33/2001 du 13 mars 2001, considérant B.3.7 puis C.C., arrêt 11/2009 du 21 janvier 2009, considérant B.15.2) par le biais de leurs compétences respectives et ce, qu'une autre entité ait déjà, ou pas, légiféré en la matière (évacuant ainsi la position développée par la section de législation du Conseil d'État dans ses avis 36.847/AG et 36.848/AG du 20 avril 2004, et l'explication du « droit du premier occupant » avancée par certains, voy. M. JOASSART et P. JOASSART, « La répartition des compétences en matière de sécurité sociale : l'érosion progressive de la compétence fédérale », *R.B.D.C.*, 2006, p. 185). La doctrine du « double aspect » développée par Jürgen Vanpraet (J. VANPRAET, *De latente staatshervorming. De bevoegdheidsverdeling in de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof en de adviespraktijk van de Raad van State*, Bruges, Die Keure, 2011) permet d'expliquer comment la Cour constitutionnelle a pu arriver à cette position, mais ne règle pas la question de l'articulation entre les normes ou dispositifs coexistants à ce titre. Voy. D. DUMONT, « La sécurité sociale et la sixième réforme de l'État... », *op. cit.*, en particulier les p. 179 à 187.

¹¹³ Rapport COMEVAL – Soins de santé, p. 132.

¹¹⁴ Evelyne Maes donne l'exemple des effectifs minimaux de personnel dans un service hospitalier. L'autorité fédérale peut imposer un cadre minimum de personnel au départ de sa compétence réservée en matière de législation organique des hôpitaux – les travaux parlementaires mentionnent explicitement que sont « organiques » les caractéristiques de base des services hospitaliers, en ce compris les effectifs minimaux de personnel (Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sén., 2012-2013, n° 2232/1, p. 35). De la même façon, il n'est pas inenvisageable qu'une collectivité fédérée s'appuie sur sa compétence en matière de normes d'agrément pour exiger un cadre minimal de personnel dans le cadre de l'agrément d'un service hospitalier. Un même service hospitalier pourrait ainsi se trouver soumis à deux normes de personnel minimum différentes. E. MAES, « Vijf knelpunten », *Minder versnippering, meer zorg. De nood aan een heldere et werkbare bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg*, T. Balthazar, E. Maes et M. Cloet, Zorgnet-Icuro, 2019, p. 19-20, disponible sur https://www.zorgneticuro.be/sites/default/files/2019%20Cahier%20Minder%20versnippering_Definitief.pdf.

« Quiconque travaille dans le secteur de la santé et du social à Bruxelles sait par expérience que la répartition des compétences en Belgique est un enchevêtrement tel qu'un chat n'y retrouverait pas ses petits »¹¹⁵. Cette phrase tirée de l'introduction du *Panorama du social et de la santé à Bruxelles*, publié début 2021, montre bien que le diagnostic sévère sur la situation institutionnelle bruxelloise n'émane pas uniquement des commentateurs juridiques. Il est frappant de voir que les auteurs de ce remarquable et didactique travail, né de la collaboration entre différentes structures d'appui de la COCOM, de la COCOF et de la VGC pourtant actives au quotidien dans ces matières, prennent la précaution d'émettre une réserve sur la parfaite exactitude de son contenu, tant ils ont conscience de la complexité à laquelle ils font face¹¹⁶. Ce cahier propose notamment, sous forme de tableau (reproduit en annexe 2), un aperçu des types de services et organisations actifs en social-santé à Bruxelles et agréés ou organisés par les pouvoirs publics.

(1) Les moyens budgétaires, mais pas la compétence exclusive : la cocomisation comme pis-aller du non-choix

21. La fonctionnaire dirigeante d'Iriscare souligne qu'il est tout à fait illusoire de penser que des entités cohabitant sur le même terrain ne s'influencent pas mutuellement, quelle que soit leur appartenance linguistique : « als de GGC een beleid inzake thuishulp ontwikkelt, heeft dat uiteraard gevolgen voor de thuishulpdiensten van de COCOF, en omgekeerd. Als de GGC in zijn 3 bicommunautaire diensten voor gezinsplanning een organieke financiering voorziet met bepaalde componenten die gesubsidieerd worden, dan heeft dat gevolgen voor de 27 COCOF diensten voor gezinsplanning. Die gaan hetzelfde vragen aan hun minister. De vraag moet gesteld worden of dat nog efficiënt is. De Brusselaar zelf heeft geen idee of zijn thuishulpdienst van de GGC of van de COCOF is, en dat maakt hem ook niet uit »¹¹⁷.

22. Cette compétence simultanée de la COCOM, de la COCOF et de la Communauté flamande pour les mêmes matières est-elle inéluctable ? La réponse est non, dans une large mesure. Même en continuant à traiter la santé comme une matière personnalisable et donc communautaire – ce qui appelle des critiques, on va le voir –, les négociateurs de la sixième réforme de l'État auraient pu aller au bout du raisonnement esquissé par la voie budgétaire et mobiliser l'exception que renferme l'article 128, § 2, de la Constitution. Cette disposition consacre la compétence exclusive des communautés envers les institutions unicommunautaires bruxelloises, « sauf si une loi adoptée à la majorité prévue à l'article 4, dernier alinéa, en dispose autrement ». Le législateur spécial aurait donc pu rendre la COCOM compétente, seule et de façon irréfragable, pour tout ou partie des matières personnalisables à Bruxelles¹¹⁸.

¹¹⁵ Kenniscentrum WWZ avec Ars Collaborandi, *op. cit.*, p. 5.

¹¹⁶ Annick Dermine, directrice de la Huis voor Gezondheid – BruZEL, indique ainsi : « Quand nous avons commencé ce cahier, je pensais plus ou moins connaître les compétences francophones. Mais cela s'est avéré être une illusion. Je me rends encore mieux compte aujourd'hui de la complexité de la situation, je doute même que tout ce qui figure dans ce cahier soit correct à 100 %, alors que tout a été relu dix fois. Il y a tant de nuances et d'interprétations possibles à chaque fois ! ». Herwig Teugels, directeur du Kenniscentrum WWZ, renchérit : « Je continue moi aussi à douter que chaque détail de ce cahier soit correct. Des 15 cahiers que nous avons publiés, celui-ci fut le plus difficile ». Olivier Gilis, directeur de l'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, déclare quant à lui : « Chacun d'entre nous connaît la complexité de Bruxelles, mais la lecture des deux pages avec les ministres, les administrations et les institutions toxicomanies compétentes reste surprenant. Malgré notre expérience, cela reste un voyage de découvertes permanent ». Kenniscentrum WWZ avec Ars Collaborandi, *op. cit.*, p. 86-87.

¹¹⁷ Iriscare, « Nota aan de gemengde Commissie van senatoren en volksvertegenwoordigers opgericht o de staatshervormingen sinds 1970 te evalueren », note déposée dans le cadre de l'audition de la fonctionnaire dirigeante Tania Dekens le 15 octobre 2021, non publiée, p. 7.

¹¹⁸ Cela a été fait pour les allocations familiales : l'article 63, alinéa 2 de la LSIB dispose que les prestations familiales relèvent, sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, « de la compétence exclusive du collège réuni

Les architectes de la réforme se sont arrêtés à mi-parcours, et les francophones se sont rabattus sur le mouvement de cocomisation pour encourager les institutions à suivre les budgets¹¹⁹. Nous devons donc rejoindre la critique selon laquelle il est « regrettable que l'on fasse reposer sur les épaules des acteurs des différents secteurs concernés le poids de trancher un nœud que l'accord institutionnel laisse dans le flou »¹²⁰. Cette façon de procéder induit un déséquilibre entre les entités : la Communauté flamande a tenu à conserver dans les matières non exclusives une capacité d'action importante, largement supérieure à celle de la COCOF¹²¹.

(2) Une cocomisation inachevée et un paysage qui reste éclaté

23. En l'état, certains secteurs sont organisés de façon relativement comparable, d'autres de manière très différente. Si certains secteurs sont aujourd'hui (presque) entièrement cocomisés, d'autres restent davantage éclatés entre les entités, voire franchement ancrés côté COCOF ou Communauté flamande.

En effet, outre le cas des institutions néerlandophones évoquées *supra*, pour des structures plus petites ou plus attachées à une vision francophone de la santé, le tournant était moins évident, et les autorités politiques sans doute moins pressantes envers des institutions non concernées par la clause de basculement de la LSF¹²². Les centres de planning familial restent largement francophones, avec 27 centres agréés par la COCOF et 4 seulement par la COCOM¹²³. Il n'existe en outre pas de secteur « miroir » côté néerlandophone¹²⁴. La Communauté flamande finance de son côté de grosses structures, les Centra voor Algemeen Welzijnswerk (CAW), dont un est situé à Bruxelles. Les CAW sont actifs dans de nombreux domaines du social-santé : il est possible de s'y rendre « voor een eerste opvang en onthaal met informatie, advies en praktische hulp. Een waaier van vragen kan hier aan bod komen: vragen i.v.m. relaties, sociale administratie, financiële situatie, zingeving, werk, huisvesting, vrije tijd, gezondheid, drugs, recht... Meestal kunt u hier gewoon tijdens de spreekuren terecht zonder vooraf een afspraak te maken ».

Même constat pour le secteur toxicomanies : il est très développé côté francophone, avec 24 services d'aides aux toxicomanes, dont 15 agréés par la COCOF, sans avoir à proprement parler d'homologues néerlandophones¹²⁵. Pareille analyse peut être répliquée pour le secteur des soins palliatifs, celui de l'aide à domicile et d'autres encore.

24. Soulignons encore que tous les acteurs n'embrassent pas l'idée d'une simplification par cocomisation générale avec le même enthousiasme. S'agissant du secteur toxicomanies, les parties prenantes avec lesquelles nous avons échangé ont fait part d'une réelle inquiétude à la perspective d'un éventuel regroupement au sein de la COCOM. Tout en reconnaissant les complications

et de l'assemblée réunie, en ce compris à l'égard des institutions, qui en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté ».

¹¹⁹ X. DELGRANGE et M. EL BERHOUMI, « Le découpage des compétences régionales et communautaires à Bruxelles ou la tentation de la transgression », P.-O. De Broux, B. Lombaert et D. Yernault (dir.), *Le droit bruxellois. Un bilan après 25 ans d'application (1989-2014)*, Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 90.

¹²⁰ *Ibid.*.

¹²¹ M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 447.

¹²² Entretien avec Isabelle Fontaine précité.

¹²³ Pour la liste des centres de planning familial agréés par la COCOF, voy. <https://ccf.brussels/nos-services/bien-etre-et-sante/accueil-aide-et-soins/planning-familial/>. Pour ceux agréés par la COCOM (Iriscare), voy. le site Bruxelles social.

¹²⁴ Voy. le site internet de l'administration flamande consacré aux CAW, consulté le 31 juillet 2023 : <https://www.departementwvg.be/welzijn-en-samenleving/welzijnswerk/centra-algemeen-welzijnswerk>. On le voit, ces missions larges et génériques ne font pas du tout écho à la façon dont les acteurs francophones sont organisés, ainsi que le soulignait Olivia Vanmechelen dans notre entretien.

¹²⁵ Voy. l'annexe 2.

engendrées par l'organisation existante, ils identifient une « approche COCOF » porteuse qui a permis de mettre en place certains projets novateurs (par exemple, un comptoir d'échange de seringues) dont ils ont l'impression qu'il n'aurait pas été possible de les faire aboutir en bicommunautaire. Ils craignent également de se voir imposer un modèle différent qui ne fonctionnerait pas pour eux et leurs bénéficiaires, ou d'être victimes de tentatives d'économies alors que les services sont saturés. Pour des secteurs organisés de façon très différente de part et d'autre, et actifs dans des domaines où les visions politiques sont fortement divergentes, un recentrage au sein de la COCOM nécessiterait, pour qu'il se passe dans la sérénité, beaucoup de travail préparatoire collectif¹²⁶.

(3) Des institutions hybrides et des guichets multiples

25. La superposition des entités compétentes mène parfois sur le terrain bruxellois à des scénarios tout à fait étonnants. Prenons le cas d'un service actif en matière de toxicomanies, bénéficiant, à la veille de la sixième réforme de l'État, à la fois d'un agrément et d'un financement de la COCOF pour une prise en charge en ambulatoire, et d'une convention de revalidation avec l'INAMI pour une prise en charge en hébergement. Lors du transfert, la convention de revalidation passa à la COCOF, puis à la COCOM, afin de permettre l'application de la clause d'ajustement. Ce qui plaçait ce service devant un choix douloureux : sauf à séparer ses activités et dédoubler sa structure, il aurait théoriquement dû, pour conserver le financement issu de la convention de revalidation, le « suivre » vers la COCOM et renoncer à son appartenance unicommunautaire francophone, puisqu'il n'est en principe pas possible de « manger à plusieurs râteliers ». La COCOF et la COCOM se sont mises d'accord pour leur éviter cette complication¹²⁷, si bien qu'existent aujourd'hui à Bruxelles des situations aberrantes où un même opérateur est agréé par la COCOF pour certaines de ses activités tout en bénéficiant de financements COCOM liés à la convention de revalidation¹²⁸.

¹²⁶ Entretien avec Isabelle Fontaine précité, entretien avec Kris Meurant et Bruno Valkeneers mené le 8 août 2023. Ce ne sont pas là, loin s'en faut, les seules précautions dont une entreprise de cocomisation ou de régionalisation devrait s'entourer ; voy. *infra*, § 53.

¹²⁷ Le protocole d'accord du 20 novembre 2014 conclu entre le collège de la COCOF et le collège réuni de la COCOM, précise en la matière qu'il sera attendu des institutions qui basculent un bilinguisme « externe » (à savoir dans la communication publique et avec les usagers) « sans tendre vers un durcissement des conditions d'agrément et de contrôle quant à l'emploi des langues ». Protocole d'accord entre le Collège de la Commission communautaire française et le Collège réuni de la Commission communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale concernant le basculement d'établissements établis dans la Région de Bruxelles-Capitale, non publié, cité dans M. EL BERHOUMI, L. LOSSEAU et S. VAN DROOGHENBROECK, « Vers une Belgique à quatre ?... », *op. cit.*, p. 69.

¹²⁸ Exemple cité par Isabelle Fontaine lors de notre entretien et confirmé par la fédération bruxelloise francophone des institutions pour toxicomanes (FEDITO BXL, « Rapport sectoriel 2017 », p. 19, disponible sur https://cbcs.be/wp-content/uploads/2018/08/rapport_sectoriel_toxicomanie_2017.pdf). Dans ce rapport, la FEDITO relève également le caractère épars des financements dont bénéficient ses membres : « il n'existe pas de cadre commun, de socle commun minimum à l'ensemble des services membres de la Fedito Bxl. La plupart relèvent de la COCOF, et plus spécifiquement du décret 'ambulatoire'. Certains pourraient intégrer le cadre de financement du décret de promotion de la santé [...]. D'autres, qui relevaient de l'INAMI au niveau fédéral, ont été transférés à la COCOM (l'un des six services concernés a choisi la COCOF) : un cadre d'agrément est encore à définir au sein de la COCOM. Enfin, il existe aussi un service relevant de la Région, dans le cadre 'sécurité & prévention', compétence qui a été l'objet de davantage de transfert lors de la 6ème réforme de l'État. Les cadres de financements et d'agréments sont donc très différents » (p. 4). Le parcours ayant mené à l'ouverture d'une salle de consommation à moindre risque en 2022 est exemplatif de la superposition bruxelloise. Après l'adoption d'un premier décret de la COCOF en promotion de la santé, c'est finalement une ordonnance de la COCOM en matière de prévention et réduction des risques qui a servi de base légale à ce projet, avec une intéressante mobilisation des compétences implicites en matière pénale pour éviter d'exposer les intervenants à des poursuites pénales en application de la loi

Si cette attitude accommodante des autorités publiques – qui visait à gagner à la cause de la cocomisation, en temps utile¹²⁹, des institutions récalcitrantes ou inquiètes des exigences de bilinguisme – a permis d’éviter une montagne administrative non sans une sérieuse entorse aux principes, elle a également instauré une iniquité par rapport à des opérateurs d’autres secteurs qui continuent à devoir attester, pour obtenir des financements publics, d’une appartenance communautaire exclusive¹³⁰.

* * *

Tout en faisant partiellement droit à la revendication de longue date, émanant d’une grande partie du monde politique flamand, d’une communautarisation accrue de la sécurité sociale¹³¹, la sixième réforme de l’État a permis aux principaux partis francophones de réaliser un mouvement vers la gestion de ces nouvelles compétences sur une base régionale¹³², à travers l’attribution de la quasi-intégralité des moyens financiers liés aux transferts à la COCOM et l’accord intrafrancophone de la Sainte-Émilie. Ceci mène la doctrine à faire le bilan d’un déplacement du rapport de force entre les positions en présence, en faveur d’un « léger renforcement du modèle régional, ou du moins territorial »¹³³ ou d’un compromis original et « prudemment délibéré qui fait tout de même pencher la balance, au total, du côté de la logique territoriale »¹³⁴. En l’absence d’un choix franc en faveur de la COCOM, des possibilités d’interventions parallèles subsistent néanmoins, non sans conséquences sur la lisibilité et l’efficacité du système.

Section 3. Le labyrinthe institutionnel à l’œuvre : deux dispositifs sous la loupe

26. Dans cette section, nous plongeons les mains dans le cambouis des politiques bruxelloises afin de mettre en lumière les conséquences pratiques des règles répartitrices de compétences que nous avons examinées jusqu’à présent. Nous nous attacherons premièrement à l’examen d’un récent dispositif devant permettre une meilleure prise en charge des interruptions volontaires de grossesse (1), et nous nous pencherons deuxièmement sur des initiatives devant permettre d’assurer un accès suffisant aux médecins généralistes (2).

(1) Renforcer l’accès à l’interruption volontaire de grossesse

27. Le 23 juin 2023, la RTBF relayait en ces termes une initiative d’Alain Maron et Elke Van Den Brandt, les deux membres du Collège réuni de la COCOM alors en charge de la Santé : « À partir de l’année prochaine, plus aucun hôpital bruxellois, à l’exception des hôpitaux universitaires, ne pourra refuser de pratiquer une interruption volontaire de grossesse »¹³⁵.

« drogues » de 1921. Le projet lui-même est financé par la Ville de Bruxelles et par les budgets sécurité-prévention de la Région de Bruxelles-Capitale.

¹²⁹ C’est-à-dire tant que le basculement de l’institution entraînait le basculement du financement.

¹³⁰ Isabelle Fontaine relève à cet égard l’exemple de l’asbl Convivial, active dans l’accueil des réfugiés et primo-arrivants, qui a dû se dédoubler pour pouvoir prétendre aux financements COCOF et COCOM.

¹³¹ Pour un rappel historique, voy. not. D. DUMONT, « La sécurité sociale et la sixième réforme de l’État... », *op. cit.*, p. 189 et suivantes.

¹³² M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 445.

¹³³ D. DUMONT, « Vers une protection sociale bruxelloise ?... » *op. cit.*, p. 464-465.

¹³⁴ H. DUMONT, M. EL BERHOUMI et I. HACHEZ (dir.), *op. cit.*, p. 235.

¹³⁵ RTBF, journal de 8h, le 23 juin 2023, disponible sur <https://auvio.rtbf.be/emission/le-journal-de-8-heures-1092>. Voy. également B. BOULET, « Plus d’exception à Bruxelles : tous les hôpitaux devront pratiquer l’IVG », disponible sur <https://www.rtbf.be/article/plus-dexception-a-bruxelles-tous-les-hopitaux-devront-pratiquer-livg-11217144>

Constatant que la prise en charge des IVG n'est pas assurée de façon uniforme, l'annonce de la COCOM vise à renforcer l'effectivité du droit à l'IVG. Il s'agit d'apporter une solution aux situations dans lesquelles le médecin de l'hôpital, s'appuyant sur sa possibilité d'objection de conscience individuelle prévue par la loi¹³⁶, refuse de pratiquer l'IVG souhaitée. Un tel refus peut entraîner un retard dans la prise en charge et, dans certains cas – particulièrement si la femme concernée est fragilisée ou insuffisamment informée –, mener au dépassement du délai légal fixé par la même loi au-delà duquel l'IVG n'est plus autorisée¹³⁷. Depuis le 1^{er} janvier 2024, les hôpitaux bruxellois sont ainsi dans l'obligation de prendre en charge toutes les demandes d'IVG, soit directement en son sein, soit par le biais d'une convention avec un autre hôpital du même réseau¹³⁸. Autrement dit, ils doivent veiller à ce que l'usage par les membres de leur personnel médical de leur droit à l'objection de conscience soit sans incidence pour les patientes.

1. La mise en œuvre d'une nouvelle compétence de la COCOM

28. Le communiqué de presse souligne que « la Région bruxelloise est ainsi la première à donner corps à cette compétence transférée en 2014, dans le cadre de la sixième réforme de l'État »¹³⁹. La compétence en question est celle de la définition des normes d'agrément des hôpitaux, services hospitaliers, programmes de soins hospitaliers ou fonctions hospitalières¹⁴⁰. En dépit de cette affirmation¹⁴¹ – sans doute par souci de lisibilité du message –, la Région n'est en réalité pas aux commandes : le véhicule de cette mesure est un arrêté du Collège réuni de la COCOM¹⁴². À vrai dire, la Région bruxelloise est même la seule des nombreuses collectivités fédérées pouvant prendre des normes s'appliquant en région bilingue de Bruxelles-Capitale à n'avoir aucune compétence en matière de santé¹⁴³.

29. Les transferts de 2014 ont fait basculer largement cette compétence d'agrément dans le giron communautaire, rompant ainsi avec le principe de verticalité des compétences selon lequel l'autorité qui finance est la même que celle qui édicte les normes d'agrément puisque le financement reste en large mesure fédéral¹⁴⁴. Les exigences du fédéralisme coopératif, se traduisant ici par un dispositif juridique de coopération procédurale obligatoire¹⁴⁵, conditionnent néanmoins

¹³⁶ L'article 2, 7° de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse (*M.B.*, 29 octobre 2018) dispose : « Aucun médecin, aucun infirmier ou infirmière, aucun auxiliaire médical n'est tenu de concourir à une interruption de grossesse. Le médecin sollicité est tenu d'informer l'intéressée, dès la première visite, de son refus d'intervention. Il indique dans ce cas les coordonnées d'un autre médecin, d'un centre d'interruption de grossesse ou d'un service hospitalier qu'elle peut solliciter pour une nouvelle demande d'interruption de grossesse. Le médecin qui refuse l'interruption volontaire transmet le dossier médical au nouveau médecin consulté par la femme ».

¹³⁷ L'article 2, 1°, a), de la loi précitée du 15 octobre 2018 dispose que l'interruption de grossesse doit intervenir avant la fin de la douzième semaine de la conception. L'article 2, 5°, de la même loi prévoit des hypothèses exceptionnelles de dépassement de ce délai.

¹³⁸ Plus précisément, du même réseau hospitalier clinique loco-régional, ainsi que le précise l'article 1^{er}, 3° de l'arrêté du 25 mai 2023).

¹³⁹ <https://maron-trachte.brussels/2023/06/19/sante-le-gouvernement-bruxellois-renforce-leffectivite-du-droit-a-linterruption-volontaire-de-grossesse-ivg/>

¹⁴⁰ Proposition de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, *Doc. Sénat* 2012-2013, n°5-2232/1, p. 3.

¹⁴¹ Le titre du communiqué suggère également qu'il s'agit d'une décision de la Région bruxelloise : « Le gouvernement bruxellois renforce l'effectivité du droit à l'interruption volontaire de grossesse ».

¹⁴² Il s'agit de l'article 11 de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 25 mai 2023 fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter, *M.B.*, 4 août 2023.

¹⁴³ Pratiquement, l'on sait toutefois que les institutions de la Région et de la COCOM sont composées de mêmes personnes, moyennant quelques variations prévues dans la LSIB.

¹⁴⁴ X. DELGRANGE, « La défédéralisation de la sécurité sociale : un risque pour la société et un défi pour les juges », J. Sautois et M. Uyttendaele (dir.), *La sixième réforme de l'État (2012-2013) – Tournant historique ou soubresaut ordinaire ?*, Limal, Anthémis, 2015, p. 418.

¹⁴⁵ H. DUMONT, M. EL BERHOUMI et I. HACHEZ (dir.), *op. cit.*, p. 122-123.

l'intervention des communautés à un droit de regard de l'autorité fédérale, par l'intermédiaire de la Cour des comptes, afin de vérifier l'absence d'impact négatif sur les budgets fédéraux¹⁴⁶. Dans son volet *a priori*, cette formalité, que le Conseil d'État considère comme substantielle¹⁴⁷, donne en pratique un droit de veto au Gouvernement fédéral¹⁴⁸. Appliquée en l'espèce, elle a rallongé la procédure d'adoption, mais n'a pas donné lieu à une ingérence fédérale.

2. Une norme applicable à tous les hôpitaux bruxellois ?

30. Si l'annonce des membres du Collège réuni concerne « tous les hôpitaux bruxellois », la réalité est plus nuancée. Une grande partie des IVG pratiquées en milieu hospitalier le sont au sein d'hôpitaux qualifiés de bicommunautaires, mais certaines ont lieu au sein d'hôpitaux universitaires¹⁴⁹. Ces derniers sont exclus du champ de la nouvelle réglementation. Ce qui peut paraître en étrange contradiction avec l'ambition politique affirmée d'uniformiser le service en matière d'IVG sur le sol bruxellois est en réalité la conséquence mécanique de l'éclatement des compétences en matière de santé publique : si les hôpitaux non universitaires bruxellois sont agréés par la COCOM, les hôpitaux universitaires, en tant qu'institutions unicommunautaires, continuent, eux, à relever de la Communauté française ou de la Communauté flamande. En raison de leur proximité avec la matière de l'enseignement supérieur¹⁵⁰, ils font partie des rares pans de la santé que les décrets de transfert d'avril 2014 n'ont pas transférés à la Région wallonne et à la COCOF¹⁵¹, et la Communauté flamande ne s'en est pas davantage délestée.

¹⁴⁶ LSRI, art. 5, § 1^{er}, I, alinéas 3 à 9.

¹⁴⁷ C.E., avis n° 56.826/3 du 19 décembre 2014, p. 6 : « Het volgen van de zo-even geschetste procedure, te beginnen met het voorleggen voor verslag aan de algemene vergadering van het Rekenhof, is overigens een substantieel vormvereiste, hetgeen onder meer tot gevolg heeft dat de niet-naleving van dit vereiste kan leiden tot een nietigverklaring van het te nemen ministerieel besluit door de afdeling Bestuursrechtspraak van de Raad van State ».

¹⁴⁸ Lors des auditions de la COMEVAL, plusieurs acteurs ont souligné la lenteur, voire la quasi-paralysie, induites par cette nouvelle procédure. Jeroen Van Nieuwenhove lui attribue ce qu'il qualifie de « relatieve stilstand [...] in de beleidsvorming over het inhoudelijke zorgaanbod van ziekenhuizen » (rapport COMEVAL – Soins de santé, p. 132). La note déposée par l'INAMI s'interroge sur l'intérêt de la réforme sur ce point puisque ces instruments entretiennent entre eux un lien indissociable, et voit dans cette procédure la raison du peu d'initiatives pour adapter les normes ou même créer de nouveaux programmes de soins ou services hospitaliers (INAMI, « Les soins de santé dans le cadre de la Réforme de l'État », note déposée dans le cadre de l'audition de l'administrateur général Benoît Collin le 15 octobre 2021 à la commission parlementaire chargée de l'évaluation des réformes de l'État depuis 1970, non publiée, p. 17). L'Agentschap Zorg & Gezondheid dénonce quant à elle une « uitgebreide en tijdrovende procedure [...] die het in de praktijk haast onmogelijk maakt om een vernieuwend beleid te voeren », tandis que l'administratrice-déléguée de Zorgnet-Icuro plaide pour un assouplissement de cette procédure chronophage qui entrave « de heroïëtering van het landschap van de gezondheidszorg », citant l'exemple des zones de première ligne flamandes qui n'ont pu être liées aux réseaux hospitaliers (Agentschap Zorg en Gezondheid, « Evaluatie staatshervorming gezondheidszorg », note déposée dans le cadre de l'audition de l'administrateur général Dirk Dewolf le 15 octobre 2021 à la commission parlementaire chargée de l'évaluation des réformes de l'État depuis 1970, non publiée, p. 10).

¹⁴⁹ Selon l'arrêté royal du 10 août 2005 désignant les hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire (*M.B.*, 12 septembre 2005), il s'agit des Cliniques universitaires de Bruxelles Hôpital Erasme, des Cliniques universitaires Saint-Luc et de l'Akademisch Ziekenhuis (VUB).

¹⁵⁰ L. LOSSEAU et M. DEKLEERMAKER, *op. cit.* p. 890-891.

¹⁵¹ La compétence relative aux normes d'agrément qui a glissé vers la COCOF est donc d'ampleur d'autant plus limitée qu'elle ne concerne que les hôpitaux unicommunautaires non-universitaires francophones, qui n'étaient pas légion en 2014 : à l'heure des transferts, trois hôpitaux répondaient à ces critères, voy. M. DEKLEERMAKER et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 449, note n° 18. Le Centre de traumatologie et de réadaptation Brugmann a fusionné avec l'hôpital universitaire Erasme en 2018 ; l'hôpital psychiatrique pour enfants et adolescents Parhélie est désormais agréé par Iriscare ; et l'hôpital psychiatrique de jour pour adolescents L'équipe – Centre de réadaptation psychosociale reste à ce jour renseigné comme agréé par la COCOF bien que plusieurs interlocuteurs nous aient signalé le basculement imminent de l'asbl L'équipe vers la COCOM. Aucun de ces trois établissements n'est concerné par la pratique de l'IVG.

Les normes de la COCOM ne s'appliquent donc pas à eux. Pour que le traitement hospitalier soit réellement uniformisé sur tout le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, la COCOM devrait entrer en dialogue avec les deux communautés, seules à même de prendre une norme d'agrément analogue pour les réseaux hospitaliers universitaires. Et quand bien même ce dialogue serait fructueux, la démarche d'harmonisation, si elle en restait là, ne concernerait qu'une minorité d'IVG pratiquées à Bruxelles.

3. Au-delà des hôpitaux, d'autres enjeux pour l'accès à l'IVG

31. Il est en effet important de préciser que selon le dernier rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, les hôpitaux bruxellois – universitaires ou non – ont pris en charge à peine 20 % des IVG pratiquées à Bruxelles en 2021¹⁵². Le reste des procédures sont pratiquées au sein de centres extra-hospitaliers : *plannings* familiaux et *abortuscentrum*, qui répondent pour des raisons historiques à des logiques organisationnelles différentes¹⁵³.

Côté francophone, 33 des centres composant le réseau touffu des *plannings* familiaux proposent la prise en charge des IVG dans leurs missions plus larges de prévention et de soins de santé sexuelle et reproductive ; 15 d'entre eux sont situés à Bruxelles et agréés par la COCOF dans le cadre de son décret « ambulatoire ». Il existe également trois centres de *planning* familial agréés par la COCOM. En Communauté flamande, par contraste, ces missions sont scindées : on a opté pour un modèle de spécialisation avec 7 *abortuscentra* reconnus – dont 1 à Bruxelles – spécialisés dans la pratique extra-hospitalière de l'avortement tandis qu'un organisme distinct, *Sensoa*, est chargé d'autres missions de promotion et de prévention en matière de santé sexuelle.

Les difficultés pouvant découler de la clause de conscience semblent en pratique concentrées dans les hôpitaux¹⁵⁴, mais si l'on poursuit de manière plus large l'objectif d'améliorer l'accès effectif à l'IVG à Bruxelles, il est indispensable d'englober les IVG pratiquées en centres extra-hospitaliers. On constate en effet dans les centres l'existence d'autres types d'écueils ne se rencontrant pas dans les hôpitaux¹⁵⁵.

¹⁵² Soit 583 procédures sur un total de 2850. Voy. Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, « Rapport à l'attention du Parlement. 1^{er} janvier 2020-31 décembre 2021 ». Février 2023, disponible sur https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/rapport_2020-2021_fr_-_fevrier_2023.pdf p. 87.

¹⁵³ Voy. Comité scientifique en charge de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique, « Étude et évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique. Rapport académique à la demande de la majorité « Vivaldi » au niveau fédéral », avril 2023, disponible sur https://vlir.be/wp-content/uploads/2023/03/Evaluatie-van-abortuswetgeving-en-praktijk_FR_versie.pdf p. 152-153.

¹⁵⁴ Le personnel concerné conserve bien sûr la possibilité d'invoquer la clause de conscience où qu'ils travaillent, mais nous comprenons que les praticiens choisissant de travailler dans des centres de *planning* familial où se déroulent des IVG en acceptent la pratique. L'un des conseillers du cabinet Maron avec lesquels nous avons échangé nous a indiqué qu'à sa connaissance, le problème ne se posait que pour les hôpitaux ; c'est également ce que suggère le dernier rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse : il n'aborde la question de l'objection de conscience que dans la section décrivant les étapes du processus dans les hôpitaux, alors qu'une section équivalente consacrée aux centres d'avortement extra-hospitaliers n'en fait pas mention (p. 153-160).

¹⁵⁵ Des obstacles sont par exemple rapportés relativement au remboursement par certaines mutualités de l'acte pratiqué en centre en cas de délai d'attente raccourci pour raisons médicales urgentes, en raison de méthodes différentes d'identification de l'acte. Les centres extra-hospitaliers pratiquant l'IVG doivent être conventionnés avec l'INAMI pour permettre la prise en charge de l'acte médical. Cependant, là où les hôpitaux facturent en général un acte de « curetage » (pouvant désigner aussi bien une fausse couche qu'une IVG), la convention entre les centres et l'INAMI prévoit l'utilisation d'un numéro de nomenclature spécifique pour les IVG. Selon le Comité scientifique en charge de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique, cette identification précise peut

32. Quel que soit le lieu où l'IVG est pratiquée, notons encore que la pénurie de médecins qualifiés et, partant, la difficulté rencontrée pour recruter le personnel compétent constituent l'une des entraves majeures à l'effectivité du droit à l'IVG¹⁵⁶. Parmi les leviers à activer pour y remédier, l'on peut épingle, en soulignant encore l'éclatement des responsabilités, la nécessité d'agir sur la formation des praticiens de santé en adoptant un « socle commun de connaissances sur l'avortement comme base obligatoire pour tout étudiant en médecine »¹⁵⁷, ce qui relève des communautés au titre de leur compétence d'enseignement supérieur¹⁵⁸, et l'autorisation pour d'autres professions que les médecins, notamment les sages-femmes ou infirmiers, de pratiquer certaines IVG, une telle autorisation relevant de l'autorité fédérale chargée de réglementer les actes pouvant être posés par les professions médicales et paramédicales dans le cadre de sa compétence résiduelle en matière d'exercice de l'art médical. L'augmentation globale du nombre de médecins généralistes constitue également une piste pertinente sur laquelle nous nous penchons juste après.

Ce premier cas d'étude bruxellois est un condensé des différents ingrédients de complexité mentionnés plus haut : compétence d'agrément défédéralisée en 2014 mais moyennant un lourd contrôle par l'autorité fédérale ; champ d'action de la COCOM limité aux institutions bicommunautaires, à l'exclusion des institutions relevant de la compétence des communautés française et flamande ou de la COCOF ; organisation des soins concernés s'étant développée différemment côté francophone et côté néerlandophone ; leviers d'action importants pour parvenir à l'objectif poursuivi détenus par plusieurs autres collectivités... Nous ne sommes pas ici face à un cas isolé, loin s'en faut, comme l'illustre l'analyse consacrée ci-après aux médecins généraliste¹⁵⁹.

généraliser des difficultés de remboursement : « Certaines mutualités semblent ignorer la nouvelle loi de 2018 concernant la période de réflexion obligatoire et la possibilité de la raccourcir. La majorité des cliniques et centres d'avortement se sont par exemple heurtés à des refus de remboursement de la part de certaines mutualités lorsque la période de réflexion est raccourcie pour des raisons médicales urgentes (ce qui est autorisé par les nouvelles dispositions depuis la loi de 2018 » (Comité scientifique en charge de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique, *op. cit.*, p. 165). Le dernier rapport de la Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, précité, identifie à cet égard un blocage de nature plus idéologique que mal informé de la part des mutualités chrétienne et relève des refus d'intervention en l'absence de justificatifs relatifs à la nécessité médicale de raccourcir le délai, une exigence que ne prévoit pas la loi (Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018, *op. cit.*, p. 117).

¹⁵⁶ Comité scientifique en charge de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique, *op. cit.*, p. 28-29 ; voy. aussi la carte blanche intitulée « Défendre le droit à l'avortement, c'est défendre la formation à l'IVG à l'université », publiée le 28 septembre 2022 par un collectif de signataires académiques, disponible <https://www.lesoir.be/468047/article/2022-09-28/defendre-le-droit-lavortement-cest-defendre-la-formation-livg-luniversite>.

¹⁵⁷ Comité scientifique en charge de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique, *op. cit.*, p. 269.

¹⁵⁸ La mesure 1.8.3 du Plan « Droits des femmes » adopté par le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles le 17 septembre 2020 prévoit ceci : « Charger l'ARES d'effectuer un relevé des activités d'enseignement ou de sensibilisation proposées par les facultés de médecine et écoles para-médicales visant l'apprentissage des techniques d'IVG et l'importance sociale de la maîtrise de la pratique ou d'une communication complète, objective et neutre envers les patientes. Durant le cursus d'enseignement en faculté de médecine, proposer des actions d'information, de sensibilisation et de stages au travail en centre de planning familial. », http://www.egalite.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=fba5f84be288ad0d20ffc7c6da00b8b6df5d46fa&file=fileadmin/sites/sdec_III/upload/sdec_III_super_editor/sdec_III_editor/documents/Droits_des_Femmes/Plan_Droits_des_Femmes_2020-2024_FWB.pdf, p. 13. L'ARES, sollicitée pour remettre un avis concernant le programme de cours en faculté de médecine concernant l'IVG, a rendu le 30 juin 2022 un avis 2022-15 défavorable quant à la modification du programme en la matière, justifiant laconiquement la suffisance du programme actuel <https://drive.google.com/file/d/1q6YjFm99qQuJxzufS1cyeDfXR8iOV5KO/view>

¹⁵⁹ Pour plusieurs autres illustrations concrètes, voy. L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, et de façon raccourcie, la présentation didactique de cet ouvrage lors d'une conférence à l'Institut de recherches interdisciplinaires sur Bruxelles https://irib.be/wp-content/uploads/sites/4/2024/02/MidiIRIB_Ingouvernable_20240319_compressed.pdf

(3) Augmenter le recours aux médecins généralistes

33. « Les médecins généralistes jouent un rôle important dans [les] soins de première ligne. Il est dès lors primordial qu'il y ait suffisamment de médecins généralistes »¹⁶⁰. Le cadre est posé : l'une des conditions pour une première ligne forte et efficace est l'accès suffisant aux médecins généralistes. Un rapport se penchant sur ces praticiens en région bruxelloise identifie entre 41 et 67 quartiers (sur 118) confrontés à une possible pénurie de généralistes en fonction du mode de calcul, et alerte sur l'imminence du départ à la retraite d'une proportion importante des généralistes actifs à Bruxelles¹⁶¹.

Nous identifions au moins deux leviers permettant de concourir à l'objectif d'une offre suffisante de généralistes à Bruxelles : assurer la formation de suffisamment de médecins généralistes¹⁶², et mener une politique de soutien à l'installation. Dans les deux cas, la répartition des compétences rend la tâche plus ardue.

1. L'interminable guerre des quotas : et Bruxelles dans tout ça ?

34. S'agissant du nombre de médecins, l'autorité fédérale conserve la compétence-cadre de fixer le nombre de titres professionnels pouvant être attribués chaque année aux titulaires du grade académique de médecins¹⁶³, tandis que les sous-quotas par spécialité relèvent des communautés depuis la sixième réforme de l'État¹⁶⁴. Les « quotas INAMI » ont depuis leur création été au cœur d'un conflit politique majeur. Sans revenir dans le détail sur ce dossier à haute tension, nous épinglons certains éléments qui ont une incidence sur la situation bruxelloise.

Entre 1997, année d'introduction du contingentement¹⁶⁵, et 2018, la répartition du nombre de candidats était effectuée à hauteur de 60 % pour la Communauté flamande et 40 % pour la Communauté française¹⁶⁶. En 2018, l'autorité fédérale a décidé de calculer la répartition entre communautés sur la base du nombre d'habitants¹⁶⁷. L'on voit immédiatement poindre la difficulté pour Bruxelles : comment attribuer les habitants de Bruxelles à l'une ou l'autre communauté en l'absence de sous-nationalités ? Le législateur a en l'occurrence eu l'idée de mobiliser la « clé élèves » issue de la LSF, c'est-à-dire de considérer que la proportion d'élèves de 6 à 17 ans

¹⁶⁰ S. MISSINNE et S. LUYTEN, *op. cit.*, p. 4.

¹⁶¹ *Ibid.*, p. 9. En 2017 (année de récolte des données de ce rapport), 16 % des généralistes bruxellois étaient âgés de 60 à 64 ans et 10 % de 65 à 69 ans. Ces chiffres sont en cours d'actualisation ; il sera intéressant de vérifier si l'arrivée de jeunes médecins a pu compenser les départs à la pension.

¹⁶² Cette augmentation peut passer par une augmentation globale du nombre de médecins, et/ou par l'augmentation de la part de généralistes au sein du nombre total de médecins.

¹⁶³ H. DUMONT, M. EL BERHOUMI et I. HACHEZ, (dir.), *op. cit.*, p. 117.

¹⁶⁴ LSRI, article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 7^o, b). Cette matière fait partie de celles restées aux mains de la Communauté française lors des transferts vers la COCOF, vu son fort lien avec l'enseignement supérieur.

¹⁶⁵ Article 170 de la loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, *M.B.*, 20 avril 1996.

¹⁶⁶ Dans son avis portant sur les quotas 2022, la Commission de planification proposait d'ajuster cette clé à 56,5 % pour la Flandre et 43,5 % pour la Communauté française. Cette proposition avait suscité une levée de boucliers en Flandre et le gouvernement fédéral s'était finalement accordé pour conserver la clé 60-40. Commission de planification – Offre médicale, Avis formel n° 2016/2 relatif au contingentement des médecins, p. 2, disponible sur https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/sites/default/files/documents/avis_medecin_signe-advies_arts_aanteken.pdf

¹⁶⁷ Et ce, malgré que la Commission de planification – offre médicale voyait concomitamment sa méthode de travail adaptée : « Pour déterminer ces besoins, il sera tenu compte de l'évolution des besoins relatifs aux soins médicaux, de la qualité des prestations de soins et de l'évolution démographique et sociologique des professions concernées et de la population ». Article 4 de la loi du 22 mars 2018 portant modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 29 mars 2018, insérant un paragraphe § 1/1 dans l'article 92 de la loi du 10 mai 2015.

fréquentant respectivement les écoles francophones et néerlandophones de Bruxelles servirait de référence pour la répartition.

Le Conseil d'État n'a pas manqué de souligner à quel point ce choix était inadéquat. Il a estimé, d'une part, que fonder la répartition sur le seul critère du nombre d'habitants risquait de ne pas respecter la loyauté fédérale en rendant excessivement difficile l'exercice pour les communautés de leur compétence en matière d'enseignement, dès lors que la politique en la matière, « s'agissant des études de médecine, ne peut être abstraite de la prise en compte des besoins médicaux »¹⁶⁸, et a, d'autre part, fustigé l'option de la « clé élèves », à ses yeux à la fois inopportune et non représentative¹⁶⁹. Cette sentence sévère n'a pas empêché le législateur de persister dans cette voie¹⁷⁰.

Ce n'est qu'en 2022, lors de la conclusion d'un accord impliquant l'instauration d'un concours d'entrée en Communauté française¹⁷¹, que cette clé de population et son corollaire bruxellois ont laissé la place à une répartition fondée sur les besoins respectifs des communautés¹⁷². La Commission de planification de l'offre médicale, chargée de remettre un avis sur le contingentement des médecins et sa répartition par communautés, travaille désormais sur la base de nouvelles hypothèses de planification « tenant davantage compte de l'effet de la crise Covid et des

¹⁶⁸ C.E., avis n° 61.574/2 du 19 juin 2017, p. 3-4.

¹⁶⁹ « On n'aperçoit toutefois pas le lien entre le nombre d'élèves en obligation scolaire fréquentant régulièrement les écoles néerlandophones et francophones, d'une part, et la répartition des attestations de contingentement de candidats-médecins spécialistes par communauté, d'autre part. Par ailleurs, il est de notoriété publique que le nombre d'élèves fréquentant l'enseignement néerlandophone n'est pas représentatif du nombre de néerlandophones habitant la Région de Bruxelles-Capitale ». *Ibid.*, p. 5.

¹⁷⁰ Il faut en outre rappeler que l'application d'une clé de population concernant Bruxelles visera inévitablement trop bas, la région bruxelloise comptant plusieurs dizaines de milliers d'« habitants invisibles » qui, bien que non répertoriés comme habitants, y sont situés et ont des besoins de soins de santé. PSSI, p. 11.

¹⁷¹ Un concours est déjà en place en Communauté flamande. À partir de l'année académique 2023-2024, la Communauté française passera elle aussi à ce système (*numerus fixus*) (voy. le décret de la Communauté française du 17 novembre 2022 modifiant le décret du 29 mars 2017 relatif aux études de sciences médicales et dentaires, *M.B.*, 20 janvier 2023). De façon intéressante, un tel concours pourrait mener à admettre davantage d'étudiants que l'examen d'entrée (*numerus clausus*) auparavant en vigueur, ainsi que l'a expliqué la ministre de l'Enseignement supérieur lors de la discussion du projet de décret instaurant ce nouveau système : « Aux craintes exprimées par Mmes Kapompole et Bernard sur l'éventuelle réduction du nombre de médecins qu'engendrerait l'organisation d'un concours d'entrée aux études, la ministre répond que, dans les faits, il n'en sera rien. Si la règle du concours du présent projet de décret avait été appliquée cette année à la cohorte des candidats à l'examen d'entrée de 2022, et à supposer un taux de déperdition d'étudiants en cours d'études de 15%, 875 étudiants auraient été admis en sciences médicales et 125 étudiants en sciences dentaires. Or, sur les deux sessions, seuls ont été admis 749 lauréats en médecine et 120 lauréats en sciences dentaires. L'explication tient au fait que dans un examen il y a des critères de réussite alors que dans le cadre d'un concours un nombre préalablement fixé de lauréats est proclamé sur la base de leur classement, sans seuil de réussite. Une chance aurait été donnée à quelques étudiants de rattraper leurs lacunes dans une matière au cours de leur première année de bachelier. Contrairement à ce que l'on pourrait penser, le concours n'entraîne pas nécessairement une sélection plus sévère que l'examen. De plus, l'instauration du concours assurera à la Fédération Wallonie-Bruxelles d'avoir le nombre souhaité de praticiens, contrairement à l'examen d'entrée ». Projet de décret de la Communauté française modifiant le décret du 29 mars 2017 relatif aux études de sciences médicales et dentaires, rapport de commission, *Doc.*, Parl. Comm. fr., 2022-2023, n° 449/3, p. 21.

¹⁷² « Des niveaux de flux entrants optimaux par communauté et par spécialité ont ainsi été établis, leur somme déterminant le quota global fédéral ». Commission de planification – Offre médicale, avis formel 2023/01 relatif au contingentement des médecins, 18 avril 2023, p. 7. Voilà qui se rapproche de la voie préconisée devant la COMEVAL par Jean-Noël Godin, directeur du Groupement belge des omnipraticiens (GBO), le principal syndicat de médecins généralistes francophones : « Incohérence supplémentaire : les sous-quotas sont définis à partir d'un quota fédéral alors qu'il faudrait partir des besoins régionaux de la population pour fixer les sous-quotas, le quota fédéral (pour autant qu'il soit maintenu) n'étant alors que le total des sous-quotas régionaux ». Rapport COMEVAL – Soins de santé, p. 106.

éventuelles futures crises, notamment sur la médecine générale »¹⁷³, ce qui débouche pour la période 2029-2033 sur un rehaussement très sensible du quota fédéral et un rééquilibrage entre communautés : 2073 titres, dont 1144 (55 %) pour la Communauté flamande et 929 (45 %) pour la Communauté française¹⁷⁴.

35. Bien que cela n'entre pas formellement dans sa mission, cette Commission a également exprimé des recommandations à destination des communautés portant sur la ventilation par spécialité et la répartition territoriale :

« Afin de veiller à garantir la plus large accessibilité aux soins médicaux de première ligne à la population belge, les membres ont délibérément choisi de renforcer prioritairement le nombre de médecins généralistes. Cette augmentation est complétée de différentes recommandations : [...] une répartition territoriale équilibrée et une attention particulière à la situation bruxelloise (activité morcelée, soins non répertoriés dans les bases de données notamment les migrants et le personnel lié aux institutions européennes) »¹⁷⁵.

La Commission de planification, faisant preuve de lucidité sur les enjeux et besoins spécifiques à Bruxelles, ne se risque néanmoins pas à formuler une proposition chiffrée pour traduire cette « attention particulière », étant missionnée pour établir les quotas par communauté. Il s'agit d'une conséquence concrète de la nature communautaire et non régionale de la matière de la santé : Bruxelles n'est appréhendée qu'à travers le prisme de deux communautés qui y cohabitent. C'est donc d'autres mécanismes que les institutions bruxelloises doivent mobiliser pour infléchir le choix du lieu d'installation des généralistes et les soutenir dans leur pratique.

2. Les incitants à l'installation et les soutiens à la pratique de la médecine générale

a) Un système repensé pour servir la vision bruxelloise

36. Même dans l'hypothèse où le nombre total de généralistes serait suffisant pour écarter une pénurie générale, le risque de pénuries localisées persiste, raison pour laquelle les autorités publiques ont développé des mécanismes de soutien à l'installation des médecins généralistes dans

¹⁷³ Pour la médecine générale, la Commission projette une modification du taux d'activité en raison de « plusieurs facteurs qui pourront avoir ou auront un effet sur le niveau d'activité actuel des médecins généralistes », parmi lesquels la recherche d'un meilleur équilibre vie professionnelle – vie privée. (Commission de planification – Offre médicale, avis formel 2023/01 précité, p. 4). La Commission de planification se fonde pour ce faire sur divers documents et rapports, voy. la synthèse proposée par ce rapport : « Suivi de la force de travail médecins – Nouveaux éléments et impact COVID-19 pour déterminer les quotas médecins 2029-2033 », Cellule Planification des professions de soins de santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2023.

¹⁷⁴ Commission de planification – Offre fédérale, Avis formel 2023/1 précité, p. 2. Sur proposition du ministre de la Santé, le nombre revenant à la Communauté flamande a cependant été rehaussé de 100 pour l'année 2029, ce qui rétablit dans les faits l'ancienne clé 60-40. Voy. Arrêté royal du 29 mai 2023 portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale, en vue de fixer les quotas de médecins pour l'année 2029, *M.B.* 31 mai 2023, article 1^{er}, a).

¹⁷⁵ La Commission de planification propose ainsi de porter, pour 2029-2033, à 473 (51 %) en Communauté française et à 507 (44%) en Communauté flamande la proportion de généralistes. Des Commissions de planification ont récemment été instaurées tant en Communauté flamande qu'en Communauté française pour déterminer les sous-contingents par spécialité. S'agissant des généralistes, la Communauté française a fixé un sous-quota minimum de 43 % à l'issue de l'année académique 2021-2022 (Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 16 juin 2022 fixant le sous-quota relatif à la médecine générale applicable à l'issue de l'année académique 2021-2022, *M.B.*, 19 août 2022) et, selon nos informations, un projet d'arrêté du gouvernement de la Communauté française comportant un sous-quota identique pour 2022-2023 a été adopté le 17 mai et est en attente de publication au Moniteur belge. La Communauté flamande n'a, pour sa part, pas encore fixé de sous-quota pour les médecins généralistes.

certaines zones confrontées à un risque de pénurie. Le Fonds d'impulsion de la médecine générale, Impulseo, créé en 2006 dans cet objectif, a été transféré aux communautés en 2014 parmi les outils financiers de soutien à la politique de première ligne¹⁷⁶, et relève aujourd'hui, à Bruxelles, de la COCOM. Si celle-ci s'est dans un premier temps inscrite dans la continuité du système fédéral en s'adressant directement aux médecins (qu'ils soient installés en pratique individuelle ou en groupement), le Collège réuni a récemment opéré une réorientation afin de mieux faire correspondre le dispositif aux orientations portées par le Plan social santé intégré¹⁷⁷ (structuration de l'offre, travail en réseau...) ¹⁷⁸.

Quoique les jeunes généralistes restent éligibles à titre individuel, la subvention Impulseo I, dans sa nouvelle mouture, soutient désormais avant tout l'installation de pratiques multidisciplinaires, avec une intervention plus avantageuse si le lieu d'installation est un quartier identifié comme en pénurie¹⁷⁹.

37. Depuis la réforme de 2022, la COCOM combine donc la logique des droits individuels (pour les jeunes médecins) et la logique des institutions (pour les structures multidisciplinaires), ce qui est parfaitement possible juridiquement¹⁸⁰. Lors du transfert d'Impulseo aux communautés, ce dispositif faisait pourtant partie de ceux que le législateur spécial avait identifiés comme revenant exclusivement à la COCOM « dans la mesure où les compétences impliquent, pour les personnes, des obligations ou des droits à une intervention ou une allocation, ou dans la mesure où il s'agit d'institutions bicommunautaires » - s'appuyant manifestement sur la façon dont l'autorité fédérale les organisait au moment du transfert ; en l'occurrence, les subventions Impulseo fédérales s'adressaient uniquement aux médecins individuels¹⁸¹. Le Conseil d'État avait alors remis en cause l'évidence de ce choix en soulignant, de façon singulièrement pertinente au regard de la récente réorientation opérée par la COCOM, qu'il n'était pourtant pas exclu que dans le futur l'une ou l'autre des communautés souhaite exercer sa compétence selon la « logique des institutions », une « simple prise de position dans les développements de la proposition de loi spéciale » ne pouvant en

¹⁷⁶ LSRI, article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 6^o.

¹⁷⁷ Voy. *infra*, Chapitre 3, section 3.

¹⁷⁸ Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 27 janvier 2022 relatif au soutien des pratiques multidisciplinaires et des jeunes médecins, *M.B.*, 17 février 2022.

¹⁷⁹ Le site de la COCOM décrit le nouveau régime comme suit : « Les mesures de soutien aux pratiques multidisciplinaires et aux jeunes médecins en région bruxelloise ont pour but de stimuler les professionnels de santé à s'associer avec d'autres praticiens en vue d'exercer ou de continuer à exercer une activité sur le territoire de Bruxelles-Capitale, et ainsi de garantir des soins de première ligne à la population bruxelloise. Le nouveau dispositif vise à subventionner prioritairement des structures multidisciplinaires s'établissant dans un quartier en pénurie » (Site internet de la Commission communautaire commune, consulté le 29 juillet 2023 : <https://www.ccc-ggc.brussels/fr/espace-professionnel/mesures-de-soutien-a-la-medecine-generale/subvention-pratiques-multidisciplinaires-et-jeunes-medecins>). Les subventions pour les jeunes médecins individuels restent possible, mais sont limitées à 10 par an et assorties de nombreuses conditions qui les rendent peu attractives. Deux autres formes d'intervention de soutien à la médecine générale existent à la COCOM, sur lesquelles nous ne nous attardons pas pour l'heure : Impulseo II, destiné à intervenir dans les coûts salariaux pour un employé administratif, et Impulseo III qui intervient dans les frais de recours à un service de télé-secrétariat. Elles restent régies par l'arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement, *M.B.*, 30 mars 2012, articles 8 à 16.

¹⁸⁰ Dans son avis rendu sur le projet d'arrêté par lequel la COCOM reprenait le régime de soutien à la médecine générale auparavant organisé par l'autorité fédérale, le Conseil d'État avait indiqué qu'il était « possible de combiner les deux méthodes en concrétisant certaines interventions entièrement selon la première méthode et d'autres selon la deuxième méthode », mais reprochait au Collège réuni de ne pas distinguer assez clairement les deux logiques. CE, avis n° 59.437/3 du 20 juin 2016, p. 21-23.

¹⁸¹ Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, Sén., 2012-2013, n°5-2232/1, p. 6-7.

aucun cas exclure la compétence future des communautés à l'égard des institutions unicommunautaires¹⁸².

b) L'introuvable continuité du financement des structures multidisciplinaires

38. Il faut sans surprise déduire de ce qui précède que les « structures multidisciplinaires » que la COCOM entend désormais subventionner doivent impérativement être bicommunautaires, la Communauté flamande et la COCOF demeurant compétentes pour instaurer, le cas échéant, de telles interventions au bénéfice d'institutions unicommunautaires. Pour être éligibles, ces structures doivent s'inscrire dans le rôle d'acteur de la première ligne de soins¹⁸³ et comprendre au moins quatre praticiens, parmi lesquels deux médecins dont un jeune médecin¹⁸⁴, ce qui évoque irrésistiblement des structures de type maison médicale¹⁸⁵. L'arrêté fait d'ailleurs référence à deux reprises à « la commission paritaire 330 applicable aux maisons médicales » pour établir des plafonds de frais éligibles¹⁸⁶.

Prenons donc l'exemple d'une nouvelle initiative de maison médicale. L'on peut considérer qu'elle connaîtra une vie en deux phases : d'une part, la création, qui entraîne d'importants coûts concentrés sur les premiers mois et années et, d'autre part, le fonctionnement en vitesse de croisière. Les porteurs du projet prennent donc connaissance du paysage normatif bruxellois afin de comprendre les financements auxquels la maison médicale pourrait prétendre pour être soutenue dans chacun des deux stades de son existence. Outre la subvention Impulseo de la COCOM, qui permet une intervention d'un montant maximal de 225 000 euros dans les frais d'installation encourus durant les trois premières années, elle constate que la COCOF a quant à elle mis sur pied, par le biais de son décret « ambulatoire », un régime d'agrément des maisons médicales pouvant prouver qu'elles remplissent déjà certaines missions, la COCOF prenant alors en charge certains postes de personnel ainsi que des frais de fonctionnement pour un montant avoisinant les 100 000 euros par an¹⁸⁷.

39. Si l'on fait abstraction des règles répartitrices des compétences, ces deux financements paraissent faits pour s'enchaîner dans le temps. Pourtant, la répartition des tâches entre la COCOM et la COCOF, qui détiennent chacune une moitié de la solution, met notre maison médicale devant un choix cornélien. Doit-elle se constituer comme institution bicommunautaire afin de prétendre à la subvention Impulseo, bien que cela la rende ensuite inéligible aux aides de la COCOF ? Ou doit-elle au contraire tout miser sur la réunion rapide des conditions d'agrément de la COCOF tout en

¹⁸² « Cette position des auteurs de la proposition est sans doute basée sur une analyse de la manière dont le législateur fédéral exerce actuellement les compétences dans ces matières [...] il ne peut en être déduit que la manière dont les compétences sont exercées à l'heure actuelle serait la seule possible. En effet, il n'est pas exclu, pourvu que l'on demeure dans les limites de la loyauté fédérale, que des matières qui sont actuellement réglées au niveau fédéral selon la 'logique des droits individuels' soient réglées, après le transfert de la compétence, par une ou par les deux communautés, selon la 'logique des institutions' ». C.E., avis n° 53.932/AG du 27 août 2013, p. 81.

¹⁸³ Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 27 janvier 2022 précité, article 1^{er}, 1^o.

¹⁸⁴ *Ibid.*, article 4, 1^o et 2^o.

¹⁸⁵ L'appellation « maison médicale » n'est pas protégée et peut donc être revendiquée par n'importe quel groupement voire individu ; mais le décret « ambulatoire » de la COCOF dispose par exemple que pour être agréé en tant que maison médicale, « le service comprend une équipe pluridisciplinaire d'au minimum deux médecins généralistes, de personnel d'accueil et de secrétariat et de personnel paramédical ou social. L'activité principale du service s'exerce dans le cadre du développement des soins de santé intégrée ». Décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, *M.B.*, 8 mai 2009, article 43.

¹⁸⁶ Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 27 janvier 2022 précité, article 10, § 4, al. 1^{er}, et § 5.

¹⁸⁷ Entretien avec Miguel Rosal Martins mené le 8 août 2023. Pour la liste des 42 maisons médicales agréées par la COCOF, voy. <https://ccf.brussels/nos-services/bien-etre-et-sante/accueil-aide-et-soins/maisons-medicales/>.

faisant une croix sur un coup de pouce de départ pourtant précieux ? La COCOM, pas plus que la Communauté flamande d'ailleurs¹⁸⁸, n'organise aujourd'hui de régime d'agrément pour les maisons médicales comparable à celui mis en place par la COCOF¹⁸⁹ ; et la COCOF passablement désargentée n'a assurément pas les moyens de financer sur fonds propres un système de type Impulseo pour des institutions unicommunautaires francophones alors que tous les crédits pour ce faire ont été attribués à la COCOM lors de la sixième réforme de l'État.

Nous croyons comprendre que des protagonistes tablent en l'espèce sur un certain degré d'accommodement avec la rigueur des principes pour résoudre ce hiatus. Certaines structures pourraient par exemple se constituer dans les conditions pour obtenir un financement Impulseo, tout en ayant l'intention, les trois premières années passées, de se tourner vers la COCOF pour solliciter un agrément. À supposer que cela se produise effectivement, il ne s'agirait pas d'un cas inédit : outre l'exemple des services actifs en matière de toxicomanies mentionné plus haut¹⁹⁰, a été évoqué lors de nos échanges celui de services d'appui qui seraient financés de part et d'autre à la faveur d'une tolérance généralisée. Les différentes parties prenantes avec qui nous avons discuté semblent considérer, parfois avec une certaine résignation, que ce pragmatisme certes critiquable juridiquement est la seule façon de rendre l'imbroglie bruxellois vivable pour les services concernés. Il n'en reste pas moins qu'il dépend du bon vouloir de l'ensemble des acteurs politiques, et que la situation d'aujourd'hui n'est, de ce point de vue, peut-être pas celle de demain...

À moins que la COCOM ne crée elle aussi dans les prochaines années un régime d'agrément en « miroir » de celui de la COCOF ? Cela permettrait d'assurer la continuité qui fait défaut actuellement pour les institutions bicommunautaires.

c) Les médecins bruxellois « personnes physiques » doublement éligibles

40. Si les structures multidisciplinaires sont confrontées à des lacunes dans les possibilités de financement, les médecins « personnes physiques » semblent quant à eux face au cas de figure inverse. La Flandre a elle aussi réorganisé il y a peu « son » régime Impulseo : il continue à s'adresser à des médecins individuels, même s'il entend soutenir la coordination interdisciplinaire. Dans sa première version, le projet d'arrêté du Gouvernement flamand rendait seuls éligibles aux subsides les médecins établis dans la région de langue néerlandaise. Sommé de s'en expliquer par le Conseil d'État qui s'interrogeait sur la non-éligibilité des médecins établis en région bilingue de Bruxelles-Capitale¹⁹¹, le délégué a indiqué en substance que la Communauté flamande ne finançait pas les médecins bruxellois et qu'il n'était pas nécessaire d'inclure ceux-ci dans le régime flamand puisqu'ils étaient déjà concernés par le régime de la COCOM¹⁹². Cette réponse a échoué à

¹⁸⁸ Il existe deux *wijkgezondheidscentra* néerlandophones à Bruxelles, mais ils ne sont pas agréés par la Communauté flamande.

¹⁸⁹ Sur l'atteinte à l'interdiction des sous-nationalités que constitue une telle carence législative de l'autorité compétente pour les institutions bicommunautaires, voy. M. EL BERHOUMI et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 160-161.

¹⁹⁰ Voy. *supra*, n° 25.

¹⁹¹ CE, avis n° 72.175/3 du 12 octobre 2022, p. 6. Le Conseil d'État inclut explicitement les praticiens « personnes physiques » dans sa question : « Overeenkomstig artikel 1, 1°, van het ontwerp wordt als actieve huisarts beschouwd een erkende huisarts die praktijk voert als huisarts in het Nederlandse taalgebied. Het gevolg daarvan is dat de ontworpen regeling niet geldt voor huisartsen die praktijk voeren in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, ook al moeten ze wegens hun organisatie worden beschouwd als instellingen die uitsluitend behoren tot de Vlaamse Gemeenschap of indien ze moeten worden beschouwd als natuurlijke personen die op vrijwillige basis een beroep willen doen op de ontworpen regeling, zonder dat zij daarbij moeten aangeven 'te willen behoren' tot de Vlaamse Gemeenschap ».

¹⁹² Pour reprendre de façon extensive la réponse du délégué du gouvernement : « Belangrijk daarbij om te vermelden is dat op heden er geen financiering vanuit de Vlaamse Gemeenschap gebeurt voor huisartsen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad. De ondersteuning van deze huisartsen is voorzien door de GGC. De regelgeving hiervoor is vastgelegd in het 'Besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van 27

convaincre le Conseil d'État : il a enjoint au gouvernement flamand d'élargir le champ d'application territorial, arguant que nonobstant le dispositif mis en place par la COCOM, les médecins généralistes exerçant dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale souhaitant se prévaloir du régime conçu par la Communauté flamande devaient effectivement pouvoir y prétendre¹⁹³.

41. S'agissant de l'éventualité où un médecin bruxellois doit être considéré comme une institution uncommunautaire¹⁹⁴, la compétence exclusive de la Communauté flamande à Bruxelles est certes incontestable. Mais n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que la Communauté flamande soit ici poussée à ouvrir son régime aux médecins bruxellois « personnes physiques », alors que l'interdiction des sous-nationalités semblerait justement devoir proscrire une telle intervention ? Bien que la constitutionnalité du dispositif n'aille pas de soi, l'on croit comprendre de l'avis de la section de législation du Conseil d'État ¹⁹⁵ que l'explication réside, à ses yeux, dans la circonstance que l'éventuel accès des médecins bruxellois procède d'une démarche *volontaire* de ceux-ci : ils restent parfaitement libres de prétendre ou pas à la subvention flamande, et y prétendre ne les assigne pas à une sous-nationalité flamande¹⁹⁶. Ainsi, pour reprendre la formulation de la Cour constitutionnelle,

januari 2022 betreffende de ondersteuning van de multidisciplinaire praktijken en jonge artsen', waarin subsidies voorzien worden voor multidisciplinaire structuren, en voor jonge huisartsen die zich vestigen in een wijk met een huisartsentekort in het Brussels Gewest. Huisartsen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kunnen bovendien een tegemoetkoming voor loonkost of telesecretariaat aanvragen bij de GGC zoals vastgelegd in het 'Koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan'. In het voorliggend ontwerp van besluit worden dus de huisartsen in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad niet meegenomen, omdat voor hen de regeling van de GGC volstaat » (CE, avis n° 72.175/3 du 12 octobre 2022, p. 6-7).

¹⁹³ « De omstandigheid dat de door de gemachtigde aangehaalde regeling van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie in de praktijk bedoeld is voor alle huisartsen die praktijk voeren in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, betekent nog niet dat de Vlaamse Gemeenschap ervan uit kan gaan dat er geen dergelijke huisartsen zijn die een beroep wensen te doen op de ontworpen regeling en die daar, wat betreft de territoriale bevoegdheid van de Vlaamse Gemeenschap in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad, ook daadwerkelijk voor in aanmerking kunnen komen ». CE, avis n° 72.175/3 du 12 octobre 2022, p. 7.

¹⁹⁴ Depuis 2003, la jurisprudence du Conseil d'État admet que dans certaines circonstances, des décrets communautaires s'appliquent à Bruxelles aux personnes physiques pouvant être considérées comme des institutions uncommunautaires (C.E., avis n° 34.339/AV du 29 avril 2003). Les conditions dans lesquelles une telle circonstance peut être reconnue ne sont cependant pas limpides ; voy. M. EL BERHOUMI et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 169. Dans le cas des médecins généralistes, l'on peut imaginer le cas d'un praticien qui exerce dans un groupement qui offre exclusivement un service en néerlandais.

¹⁹⁵ Qui rend cet avis en chambre néerlandophone là où l'on aurait pu s'attendre, la demande d'avis soulevant une question de répartition des compétences, à ce que celle-ci soit déferée à des chambres réunies en vertu de l'article 85bis des lois coordonnées sur le Conseil d'État. Voy. également la discussion sur la constitutionnalité de certaines interventions familiales flamandes en faveur des enfants, y compris bruxellois, rattachés à une crèche ou à une école uncommunautaire relevant de la Communauté flamande dans L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 165-167.

¹⁹⁶ L'arrêté trouve son fondement légal dans l'article 8 du 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, M.B. 24 mai 2019. Lors de l'examen de l'avant-projet par le Conseil d'État, le délégué avait répondu à la section de législation, qui s'interrogeait sur l'imposition de certaines obligations aux prestataires de soins individuels y compris en région bilingue de Bruxelles-Capitale, que « [t]en annzien van individuele zorgverleners kan het ontwerpdecreet van toepassing zijn op de individuele zorgverleners die duidelijk hebben aangegeven tot de Vlaamse Gemeenschap te behoren ». Le Conseil d'État a contesté cette lecture et a clarifié qu'il convenait en réalité de lire les dispositions comme n'instaurant pas d'obligations dans le chef des prestataires de soins bruxellois, que ceux-ci aient ou pas exprimé la volonté d'appartenir à la Communauté flamande : « Het gegeven dat de betrokken zorgaanbieder 'duidelijk heeft aangegeven tot de Vlaamse Gemeenschap te willen behoren', zoals de gemachtigde voorhoudt, zou begrepen kunnen worden als een verwarring tussen twee bevoegdheidsrechtelijke criteria. Enerzijds is er het criterium voor uncommunautaire instellingen in persoonsgebonden aangelegenheden, namelijk dat ze 'wegens hun organisatie, moeten worden beschouwd uitsluitend te behoren tot de ene of de andere gemeenschap', waarbij enkel de concrete organisatie van die instelling, en niet de vrijwilligheid, doorslaggevend is. Anderzijds is er het criterium voor natuurlijke personen, die op vrijwillige basis een beroep kunnen doen op een regeling van de Vlaamse of de Franse Gemeenschap, zonder dat

l'arrêté « ne peut donc être considéré comme imposant des règles de droit à des personnes ayant leur domicile dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale »¹⁹⁷.

Le gouvernement flamand s'est exécuté et a élargi le champ d'application territorial à Bruxelles, moyennant l'introduction d'une clause d'interdiction de cumul entre les dispositifs flamands et COCOM couvrant les mêmes frais¹⁹⁸. Le décret flamand n'érige en revanche pas d'obstacle à ce qu'un médecin bruxellois fasse appel concomitamment aux deux systèmes et panache les interventions portant sur des frais différents : il pourrait ainsi prétendre, par exemple, à un prêt sans intérêt proposé uniquement par le régime flamand tout en bénéficiant d'une intervention de la COCOM pour ses frais de télé-secrétariat.

* * *

Dans les deux cas d'étude choisis, les cinq collectivités compétentes pour agir en matière de santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale (COCOM, Communauté française, Communauté flamande, COCOF et État fédéral) détiennent chacune certains morceaux du puzzle à composer pour réaliser les objectifs de façon cohérente, et les dispositifs adoptés sans vision d'ensemble ne sont que peu articulés entre eux. Pareille analyse aurait pu être répliquée dans nombre d'autres domaines de la santé¹⁹⁹. Ces constats invitent à penser la prochaine réforme de l'État au départ des politiques publiques nécessaires plutôt que des masses financières.

Chapitre 3. Penser l'institutionnel au départ des politiques publiques

42. « À l'avenir, quelle que soit la nouvelle répartition des compétences souhaitée en matière de soins de santé, il conviendra de mener une réflexion préalable approfondie sur les implications concrètes d'une réorganisation des compétences, en concertation avec les administrations compétentes et les acteurs de terrain. Cette réflexion devrait être menée en amont afin d'éviter, pour la réorganisation des compétences, une formulation arrêtée un peu par défaut à l'issue d'épuisantes

zij daarbij moeten aangeven 'te willen behoren' tot die gemeenschap ». C.E., avis n° 64.944/3 du 24 janvier 2019, p. 10-11.

¹⁹⁷ C.C., arrêt n° 33/2001 du 13 mars 2001, considérant B.4.4. Il s'agit du premier arrêt concernant le décret flamand *zorgverzekering*, dont la Communauté française querellait la constitutionnalité au regard de l'article 128, § 2, la norme élaborant des règles applicables à des personnes établies en région bruxelloise. La Cour a considéré le moyen non fondé, en ce que « les obligations qui incombent aux personnes domiciliées dans cette région auront pour cause leur décision libre de s'affilier à une telle caisse et qu'elles ne seront tenues de les respecter qu'aussi longtemps qu'elles resteront affiliées » (considérant B.4.3.).

¹⁹⁸ Arrêté du gouvernement flamand du 9 décembre 2022 portant soutien aux prestataires de soins de première ligne et à la collaboration interdisciplinaire dans le contexte de la pratique, et extension des missions des cercles de médecins généralistes, *M.B.*, 29 décembre 2022. L'article 10, alinéa 3 dispose : « Actieve huisartsen die praktijk voeren in het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad kunnen de tegemoetkomingen, vermeld in het eerste lid, niet cumuleren met tegemoetkomingen in de loonkosten van een extra medewerker of extra medewerkers of tegemoetkomingen voor een telesecretariaat die worden toegekend door de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad », ce qui renvoie aux subsides Impulseo II et III.

¹⁹⁹ Et au-delà de la santé, également dans d'autres matières, voy. not. les analyses développées en matière de prise en charge de la dépendance, de services de soutien aux personnes en situation de handicap ou encore d'emploi et de formation professionnelle par D. DUMONT, « Vers une protection sociale bruxelloise ? », *op. cit.*, les cas concernant l'accueil de la petite enfance, l'accompagnement des demandeurs d'emploi et l'hébergement des personnes âgées en institutions de soins qui traversent l'ouvrage de L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.* et l'exemple des salles de consommation à moindre risque mis en avant dans G. DELVAUX, M. EL BERHOUMI et H. DUMONT, *op. cit.*, p. 28-29.

« négociations nocturnes »²⁰⁰. Après l'analyse à laquelle nous venons de procéder, nous ne pouvons que nous rallier à cet appel formulé par Jeroen Van Nieuwenhove devant la COMEVAL.

Les voix se multiplient pour exhorter les responsables politiques à penser autrement la future répartition des compétences. Le président des Mutualités chrétiennes insiste par exemple pour que le débat relatif aux soins de santé s'appuie « sur une vision : une vision des soins de santé, mais aussi une vision de la santé », envisageant dans ce cadre les réformes de l'État non comme une fin en soi, mais comme un moyen de soutenir et réaliser cette vision²⁰¹.

En d'autres termes, il convient d'inverser l'ordre du raisonnement. La construction doit être mise au service, non des projets institutionnels préexistants, mais d'une vision pour la santé et des objectifs politiques qui en découlent, et permettre aux autorités et aux acteurs de les mettre en œuvre dans les meilleures conditions possibles : « pour la septième réforme de l'État, changeons de méthode et partons du résultat souhaité »²⁰².

Après avoir brièvement rendu compte d'un modèle intéressant pour renverser la logique (section 1) et des spécificités bruxelloises pertinentes pour déterminer les politiques de santé nécessaires sur ce territoire (section 2), nous examinerons comment les autorités publiques compétentes s'attellent à y infléchir les politiques de santé vers une logique territoriale et un renforcement de la première ligne (section 3), avant de nous pencher une nouvelle fois sur les défis que pose, dans cette perspective, l'éclatement des compétences santé à Bruxelles (section 4).

Section 1. Un modèle de soins de santé pour le XXI^e siècle

43. S'agissant de renverser la logique, le modèle développé par le professeur Jan De Maeseneer²⁰³ est une source d'inspiration intéressante²⁰⁴. Il dresse le portrait d'un système de soins de santé capable de répondre aux défis du XXI^e siècle, avec pour double pierre angulaire une exigence de solidarité forte et une décentralisation de l'organisation. Un système qui implique pour la Belgique des changements d'organisation substantiels : tout en conservant des compétences cruciales au niveau fédéral (la fixation d'objectifs globaux préparés, discutés et ratifiés par la Chambre des représentants, et leur financement solidaire par la fiscalité plutôt que par des cotisations sociales, mais aussi la lutte contre les épidémies et le financement des hôpitaux universitaires par exemple), il propose de rendre les régions, et non les communautés, pleinement compétentes pour l'organisation et la mise en œuvre des soins de santé, qui doivent être ancrés dans les territoires. Il fait suivre la même trajectoire aux compétences sociales, dans ce qu'il appelle la « socialisation des soins » qui implique le renforcement des soins de santé primaires ou de première ligne et, concomitamment, la réduction des soins hospitaliers et spécialisés²⁰⁵.

44. Les soins primaires concernent environ 90 % des interactions en santé ; par conséquent, la qualité d'un système de santé est fortement déterminée par celle de sa première ligne, qui pourra

²⁰⁰ Rapport COMEVAL – Soins de santé, p. 134.

²⁰¹ *Ibid.*, p. 139.

²⁰² *Ibid.*, p. 136.

²⁰³ Professeur émérite de médecine générale et des soins de santé primaires à l'université de Gand.

²⁰⁴ J. DE MAESENEER, « Note politique soins de santé: perspective 2030. Les soins de santé en Belgique en 2030: 'Changement ou répétition des mêmes choses?'. Vers des soins de santé décentralisés dans une société solidaire », Gand, 2019.

²⁰⁵ Le renforcement des soins primaires est également une orientation fortement soutenue par l'Organisation mondiale de la santé : elle voit dans les soins de santé primaire la pierre angulaire d'un système de santé durable atteignant une couverture sanitaire universelle et considère leur renforcement comme « l'approche la plus complète, efficace et économiquement rationnelle pour améliorer la santé physique et mentale des populations, ainsi que leur bien-être social ». Organisation mondiale de la Santé, « Déclaration d'Astana sur les soins de santé primaires », Genève, 2018.

être considérée comme forte si la consommation des soins et de l'aide qu'elle prodigue est élevée, et la consommation des soins de deuxième ligne (principalement les soins hospitaliers), faible²⁰⁶. La Belgique présente, de ce point de vue, un profil contrasté, avec de bons résultats principalement au nord du pays, mais d'autres zones beaucoup moins performantes, avec pour conséquence que certaines personnes, en particulier si elles sont précaires sur le plan socio-économique, ne reçoivent pas les soins dont elles ont besoin²⁰⁷.

45. Sans nous livrer à une analyse exhaustive du modèle proposé par Jan De Maeseneer, nous retenons deux aspects qui présentent une dimension intéressante pour Bruxelles. D'une part, la réorientation des moyens vers la première ligne de soins est particulièrement pertinente en raison du contexte socio-sanitaire spécifique et d'une utilisation élevée de la deuxième ligne, parfois pour remplir des besoins qui seraient mieux pris en charge par la première ligne²⁰⁸. D'autre part, la territorialisation de la santé préconisée par De Maeseneer est réalisée par une décentralisation à plusieurs niveaux dont le plus « macro » est non pas celui des communautés, mais celui des régions – un choix largement guidé par la complexité institutionnelle bruxelloise.

Notons que la ligne de démarcation entre l'autorité fédérale et les régions n'est pas finement déterminée dans le modèle De Maeseneer. Il préconise un principe de subsidiarité selon lequel « tout est réglementé et organisé par les Régions (avec la possibilité d'une délégation supplémentaire aux villes et communes), à l'exception de ce qui est spécifiquement attribué au niveau fédéral »²⁰⁹. Les grandes responsabilités qu'il propose de confier ou maintenir au niveau fédéral sont définies de manière large : récolte par la fiscalité des ressources nécessaires au financement d'un Système National de Santé, adoption d'objectifs globaux en matière de santé, compétences telles que la la qualité de l'air, le bruit, la sécurité alimentaire, la lutte contre les catastrophes ou les épidémies...²¹⁰

Section 2. Bruxelles, terre de contrastes : une ville-région riche aux habitants vulnérables et aux inégalités prononcées

46. La Région bruxelloise présente un profil socio-économique paradoxal : malgré un PIB par tête nettement plus élevé que ceux des autres régions du pays²¹¹, ses habitants présentent un risque élevé de pauvreté. Selon le Baromètre social 2023²¹², 30 % des habitants vivent dans un ménage disposant de revenus inférieurs au seuil de risque de pauvreté²¹³, sachant que ce calcul n'inclut pas ou peu les « pauvres cachés » que sont les personnes sans-abri et les personnes en situation irrégulière, à très haut taux de risque de pauvreté²¹⁴. Les Bruxellois totalisent 29 % des bénéficiaires

²⁰⁶ J. DE MAESENEER, *op cit.*, p. 19-20.

²⁰⁷ *Ibid.*, p. 19.

²⁰⁸ *Ibid.*

²⁰⁹ J. De MAESENEER, *op. cit.*, p. 22.

²¹⁰ *Ibid.*, p. 18.

²¹¹ Pour 2020, le PIB par habitant est de 68 777 € à Bruxelles, 29 176 € en Wallonie et 40 105 € en Flandre.

²¹² Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, « Baromètre social. Rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé. 2023 », Bruxelles, Vivalis.brussels, 2024 (ci-après « baromètre social 2023 »), p. 24-26. Voy. aussi Institut bruxellois de statistique et d'analyse, « Panorama socio-économique 2022. Contexte économique, social et environnemental de la Région de Bruxelles-Capitale », Perspective Brussels, décembre 2022 (ci-après « panorama socio-économique 2022 »), p. 44-49.

²¹³ Contre 8 % en Flandre et 18 % en Wallonie.

²¹⁴ Pas moins de 72 % pour les personnes sans-abri et 96 % pour les personnes en situation irrégulière. Baromètre social 2023, p. 26. L'on parle parfois, pour les personnes en précarité administrative qui échappent aux statistiques et dont les conditions et les besoins sont dès lors peu pris en compte dans l'élaboration des politiques publiques, d'une vingtième commune bruxelloise. C. DE KOCK *et al.*, « Repenser la première ligne de soins », BSI position papers, n° 4, 2023, disponible sur <https://bsiposition.hypotheses.org/1774>. Le baromètre 2023 de l'Observatoire de la santé et du social indique que 67 % des 24.107 personnes ayant eu recours en 2022 à l'aide

d'un revenu du CPAS en Belgique²¹⁵, et 16,5 % des bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM)²¹⁶, pour une population qui avoisine les 10 % du pays²¹⁷.

Ces taux régionaux masquent des disparités géographiques importantes : Bruxelles est en effet caractérisée par des inégalités sociales marquées²¹⁸, y compris en matière de santé. Pauvreté et santé sont fortement corrélées : les personnes ayant un profil socio-économique plus élevé sont globalement en meilleure santé²¹⁹. En matière de recours aux soins de santé, selon une évaluation de l'équité du système de santé belge réalisée par le KCE, « il apparaît clairement que les personnes confrontées au risque de pauvreté ont moins recours aux soins de santé que la population générale (à l'exception des soins d'urgence) »²²⁰.

Ceci se vérifie à Bruxelles : les habitants des quartiers plus précarisés vont moins chez le dentiste préventivement et ont une moins bonne santé bucco-dentaire, sont moins présents dans le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et colorectal²²¹... La moyenne bruxelloise des dépenses en soins de santé est nettement inférieure à la moyenne belge pour toutes les dépenses sauf les dépenses hospitalières, ce que l'INAMI attribue à un non-recours plus élevé aux soins de santé²²². Les Bruxellois concernés par des difficultés financières sont 38 % à déclarer avoir reporté des soins en 2021 pour cette raison, contre une moyenne bruxelloise de 16 % et un taux de 4 % seulement parmi les ménages les plus aisés²²³. Toutes les études consultées relèvent une sous-consommation de soins primaires et un surecours aux services d'urgence²²⁴, ce qui peut s'expliquer par plusieurs

médicale urgente (les soins de santé accessibles aux personnes en séjour irrégulier) l'ont fait en région bruxelloise ; en fonction des données disponibles, l'Observatoire suggère la présence d'un nombre de personnes sans-papiers à Bruxelles oscillant entre 50 000 et plus de 100 000 (Observatoire de la santé et du social, « Baromètre social 2023 », p. 11-12.

²¹⁵ Revenu d'intégration sociale ou revenu équivalent.

²¹⁶ Pour les personnes en ordre d'assurance obligatoire soins de santé, le statut de bénéficiaire de l'intervention majorée (BIM) donne accès à des remboursements plus importants pour les prestations de soins de santé, mais aussi à d'autres avantages (réductions dans les transports en commun, allocations familiales majorées...). Il est octroyé automatiquement pour les personnes bénéficiant de certaines interventions (revenu d'intégration, garantie de revenu aux personnes âgées, allocations aux personnes handicapées...) et sur demande en attestant de revenus suffisamment faibles.

²¹⁷ Panorama socio-économique 2022, p. 44 et 47.

²¹⁸ Le coefficient de Gini, un indicateur d'inégalités de revenus, révèle d'ailleurs que ces inégalités sont plus importantes que dans les autres grandes villes du pays. Baromètre social 2023, p. 30.

²¹⁹ BOUCKAERT, C. MAERTENS DE NOORDHOUT et C. VAN DE VOORDE, « Performance du système de santé belge : Évaluation de l'équité – Synthèse ». Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020 (ci-après « performance du système de santé belge »), p. 10. Quelques illustrations : les Bruxellois pas ou peu diplômés sont significativement plus susceptibles de se déclarer en bonne santé que les personnes diplômées de l'enseignement supérieur ; les habitants du croissant pauvre souffrent davantage du diabète, et l'espérance de vie entre les communes les plus pauvres et les plus riches de Bruxelles présente un écart de 3,3 ans pour les hommes et 2,7 ans pour les femmes. Baromètre social 2023, p. 86--91.

²²⁰ Performance du système de santé belge, p. 15.

²²¹ Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, « Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé », Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019, p. 13-21.

²²² « Pour cinq des six grands secteurs, la moyenne des dépenses à Bruxelles en 2009-2013 se situe bien en dessous de la moyenne belge. [...] Il y a de fortes indications que le profil observé pour Bruxelles s'explique par un pourcentage significatif de bénéficiaires qui n'ont pas recours aux soins de santé, plutôt que par une dépense moyenne significativement différente chez les bénéficiaires qui ont recours aux soins de santé ». INAMI, « Géographie de la consommation médicale – Variations dans les dépenses de l'assurance soins de santé en Belgique – Rapport longitudinal 2009-2013 », 2015, p. 7.

²²³ Baromètre social 2023, p. 92. Ces catégories ne sont pas fondées sur un niveau de revenus mais sur une question subjective posée aux personnes interrogées relativement aux difficultés financières qu'elles vivent, selon qu'elles rapportent avoir des difficultés « à joindre les deux bouts », moyennement, ou pas de difficultés.

²²⁴ Voy. not. évaluation de l'équité du système de santé belge, p. 15-16 ; S. THUNUS, *et al.*, « Melting point: situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise », Observatoire de la Santé et

facteurs en lien tant avec l'organisation des soins de santé (une concentration d'hôpitaux bien supérieure au reste du pays, une première ligne peu visible) qu'avec le profil des Bruxellois²²⁵.

47. À la lumière de ces données, il semble effectivement hautement pertinent de concentrer les efforts politiques sur le renforcement de la première ligne. Be.Hive, la Chaire Interdisciplinaire de la première ligne en Belgique francophone²²⁶, a mené une enquête auprès de 6000 personnes dont de nombreux professionnels de la première ligne en Belgique francophone. L'un des constats qui en émergent est que celle-ci souffre d'une faible visibilité et est peu structurée. Pour améliorer ces deux aspects, deux voies en particulier récoltent une adhésion large des répondants : une organisation avec une approche territoriale (par quartier pour les villes), et l'inscription obligatoire auprès d'un médecin généraliste ou d'une pratique de médecine générale²²⁷.

Section 3. Territorialisation et première ligne, une indispensable réorganisation horizontale

48. Jan De Maeseneer n'est pas avare de critiques sur la situation institutionnelle bruxelloise et dénonce les « effets inefficaces, coûteux et socialement perturbateurs » pour cette région de traiter les soins de santé comme une question personnelle plutôt que territoriale²²⁸, d'où son choix des régions comme premier et principal niveau de décentralisation. Les deux *case studies* du chapitre précédent nous amènent à le suivre dans ce constat.

Il peut compter à ce propos sur le soutien d'autres acteurs, parmi lesquels le très influent Zorgnet-Icuro²²⁹ ou encore l'administrateur général de l'INAMI, Benoît Collin, qui considère comme une « erreur constitutionnelle » le fait que la politique de santé soit une compétence communautaire : à son sens, la santé est liée au territoire avec une situation socio-sanitaire spécifique, avant d'être liée à une langue²³⁰.

49. L'accord de majorité bruxellois 2019-2024 (commun à la Région et à la COCOM) manifestait clairement l'intention de prendre cette direction en développant « un Plan social-santé bruxellois intégré et commun à toutes les entités compétentes sur le territoire bruxellois, traduisant une approche territoriale de l'action sociale et de la santé » et portant notamment sur une première ligne social-santé bruxelloise²³¹.

du Social de Bruxelles-Capitale, 2023, p. 41 ; Be.Hive, *op. cit.*, p. 19 ; *Beleidsplan eerstelijkszone BruZEL 2020-2021*, p. 6, disponible sur <https://www.huisvoorgezondheid.be/wp-content/uploads/2020/01/BeleidsplanBruZEL2020-2021.pdf> ; J. DE MAESENEER, *op. cit.*, p. 17.

²²⁵ S. MISSINNE & S. LUYTEN, « Les médecins généralistes en région bruxelloise: qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ? » Observatoire de la Santé et du Social, Bruxelles, Commission communautaire commune, 2018, p. 9.

²²⁶ <https://www.be-hive.be/>

²²⁷ Be.Hive, *op. cit.*, p. 6. Il ne pourrait être question d'envisager une telle obligation d'inscription sans s'assurer au préalable que l'offre est suffisante, et suffisamment bien répartie sur le territoire. Voy. *infra* la discussion sur les médecins généralistes au chapitre 2, section 3.

²²⁸ J. DE MAESENEER, *op. cit.*, p. 17. Il poursuit de la sorte : « [l]e problème fondamental est que Bruxelles n'est pas une Communauté néerlandophone ou francophone, mais une communauté multiculturelle internationale dans son ensemble. Le choix d'une politique de santé bruxelloise spécifique pour la Région de Bruxelles-capitale se justifie en partie par le problème spécifique, la composition démographique et la fonction internationale de la Région (en tant que 'capitale' de l'Europe) ».

²²⁹ Rapport COMEVAL – Soins de santé, p. 102.

²³⁰ *Ibid.*, p. 14.

²³¹ « Déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune. Législature 2019-2024 », p. 30, disponible sur <http://www.parlement.brussels/wp-content/uploads/2019/07/07-20-D%C3%A9claration-gouvernementale-parlement-bruxellois-2019.pdf>

Un plan social santé intégré (PSSI) de la COCOM et de la COCOF a en effet vu le jour en 2022 – notons d'emblée l'absence des autorités flamandes dans la dynamique. Selon les auteurs de ce plan, il « donne, pour la première fois en Région Bruxelles-Capitale, l'opportunité de développer une vision plus intégrée des politiques socio-sanitaires à mener sur notre territoire »²³². Parmi ses principes directeurs, les approches intégrée et territorialisée vont de pair : il s'agit de décroiser l'offre de soins et de définir différents niveaux d'organisation territoriale, un maillage à l'échelon local soutenu par des échelons plus larges.

50. Pour traduire juridiquement et rendre effective la vision unifiée et intégrée inscrite dans le PSSI, un important travail normatif devait être réalisé. Les premières étapes majeures ont été franchies, avec l'adoption de deux décrets et ordonnances conjoints par les assemblées de la COCOF et de la COCOM visant, pour l'un, à créer le cadre légal pour l'adoption, le pilotage et la mise en œuvre du PSSI²³³ (ci-après : DOC « PSSI »), pour l'autre à concrétiser l'intégration des secteurs de la première ligne relevant de ces deux entités et à opérationnaliser l'organisation territoriale en trois niveaux (autre les communes) à savoir les quartiers social santé, les bassins d'aide et de soins, et la région²³⁴ (ci-après : DOC « ambulatoire »).

Les quartiers social santé, au nombre de 56²³⁵, regroupent maximum 30 000 personnes, sont délimitées selon les caractéristiques sociologiques et en respectant les frontières des communes, et couvrent géographiquement tout le territoire de la région bilingue de Bruxelles-capitale²³⁶. Il s'agit du niveau de plus grande proximité, chargé de lutter contre le non-recours, d'organiser l'offre au plus près des besoins, et d'agir sur les déterminants de la santé²³⁷.

Regroupant au minimum cinq quartiers social santé et comprenant maximum 350 000 personnes, le bassin d'aide et de soins (BAS) est décrit comme une « unité territoriale intermédiaire entre la région et les quartiers social santé. Il est le niveau de coordination et de concertation d'une part entre les acteurs de l'ambulatoire actifs sur le territoire du bassin et d'autre part entre ces derniers et les services résidentiels et les acteurs du niveau régional ou national »²³⁸.

Section 4. Les ambitions d'harmonisation et d'intégration à l'épreuve de la complexité institutionnelle

51. L'ambition qui visait à faire du PSSI un plan commun à *toutes* les entités compétentes à Bruxelles a perdu quelques plumes : si le texte commun traduit une volonté d'intégration très

²³² Plan social santé intégré 2022 (ci-après : PSSI), disponible sur https://www.brusselstakescare.be/wp-content/uploads/2022/11/PSSI_2023_MEP_FR_EDITO.pdf

²³³ Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune du 22 décembre 2023 et du 25 janvier 2024 relatifs à l'adoption et à la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois, *M.B.*, 9 février 2024 (ci-après : DOC « PSSI »).

²³⁴ Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune du 22 décembre 2023 et du 25 janvier 2024 relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social-santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, *M.B.*, 15 février 2024 (ci-après : DOC « ambulatoire »). Ce texte modifie substantiellement l'ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne de soins (*M.B.*, 15 avril 2019), tandis qu'un décret séparé viendra modifier le décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé (*M.B.*, 8 mars 2009).

²³⁵ Leur délimitation géographique, comme celle des cinq bassins d'aide et de soins, est fixée par l'arrêté d'exécution conjoint du Collège réuni de la Commission communautaire commune et du Collège de la Commission communautaire française du 4 avril 2024 portant exécution du décret et ordonnance conjoints du 22 décembre 2023 et du 25 janvier 2024 relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, *M.B.*, 29 avril 2024.

²³⁶ DOC « ambulatoire », art. 10, § 1^{er}.

²³⁷ *Ibid.*, art. 10, § 2.

²³⁸ *Ibid.* art. 18, al. 1^{er}.

poussée entre les politiques social-santé de la COCOM et de la COCOF²³⁹, l'ambition est plus lâche pour les autres entités. Cette harmonisation à deux vitesses est d'ailleurs assumée par les responsables politiques aux manettes : en témoigne la présentation faite aux membres de la commission interparlementaire de la COCOM par le ministre Alain Maron, qui expose un « premier niveau » d'intégration des politiques COCOF et COCOM, et un « second niveau » visant la prise en considération des politiques menées par les autres autorités compétentes à Bruxelles²⁴⁰. De fait, là où les entités du « premier niveau » légifèrent en commun, tout juste la composition de l'instance de pilotage du PSSI prévoit-elle un siège pour le ou la membre du Collège de la Vlaamse Gemeenschapscommissie en charge de la Santé et de l'Aide aux Personnes, en tant que membre invité²⁴¹.

Les enjeux de répartition des compétences sont au cœur des deux avis que le Conseil d'État a rendus sur l'avant-projet de DOC « PSSI ». Dans son avis rendu en octobre 2022 sur une première version du texte, le Conseil d'État rappelle que « [d]es compétences en matière de politique de la santé et de l'aide aux personnes sont donc également exercées sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-capitale, par la Communauté française et par la Communauté flamande »²⁴². Il pointe une ambiguïté entre les entités associées au texte – les seules COCOM et COCOF – et « l'objectif général d'harmonisation, de coordination ou d'intégration générale de la politique du bien-être et de la santé » affiché. Le Conseil d'État ne s'estime pas en mesure de déterminer si, en nouant une coopération plus poussée avec la COCOF, la COCOM a satisfait à l'obligation, découlant de la répartition des compétences « combinée avec les principes constitutionnels d'égalité et de loyauté fédérale », d'effectuer une « tentative réelle et effective » de coopération similaire avec les autres autorités compétentes, à savoir les Communautés française et flamande²⁴³.

Dans son deuxième avis, daté du 16 juin 2023, le Conseil d'État souligne à nouveau, à plusieurs reprises, le fait que l'intention de la COCOM et de la COCOF dépasse le périmètre de leurs compétences. Il se penche ainsi sur le référentiel, défini comme un « ensemble structuré de principes, définitions et objectifs stratégique du plan, constituant un cadre de référence commun aux acteurs bruxellois actifs dans le domaine du social et de la santé en ce compris de la promotion de la santé »²⁴⁴. La déléguée du Collège réuni, interrogée sur la portée de ce référentiel, indique que

²³⁹ À tel point que le Plan bruxellois de promotion de la santé 2023-2027 de la COCOF est sous-titré « Volet 2 du plan social santé intégré ». Voy. Plan bruxellois de promotion de la santé 2023-2027, page de couverture, disponible sur https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante.pdf

²⁴⁰ Projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'adoption et à la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois, rapport de commission, *Doc.*, Ass. réun. COCOM, 2023-2024, n° B-157/3, p. 4. Cette intégration à deux vitesses était déjà annoncée dans le PSSI lui-même : « ce plan constitue la première pierre d'un édifice qui se veut plus vaste. S'il entend, dans un premier temps, mettre en cohérence et coordonner les politiques du social et de la santé exercées par la COCOM et la COCOF, il est évident que l'architecture institutionnelle de la Belgique impose de plus larges coopérations. Que ce soit avec les politiques du social et de la santé exercée par le niveau fédéral (soins de santé, incapacité de travail, invalidité, pensions, etc.) ou encore avec les politiques menées au niveau communautaire par les autres entités fédérées, dont la Communauté française qui exerce notamment des compétences en matière d'enseignement et de prévention en milieu scolaire. Si ce plan ne peut, par essence, engager d'autres niveaux de pouvoir à leur place, il engage néanmoins la Région bruxelloise à défendre les principes qu'il sous-tend et à nous concerter avec les autres entités fédérées pour le mettre en œuvre, si nécessaire ou utile, en nous appuyant sur les politiques menées par d'autres entités » (PSSI, p. 6).

²⁴¹ DOC « PSSI », art. 8, §3, al. 2. Afin d'assurer plus largement la prise en considération de toutes les politiques menées à Bruxelles en la matière – l'une des missions dévolues au comité de pilotage –, la possibilité d'y inviter des représentants de « toutes les entités compétentes sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale » est également prévue (art. 8, §4, al. 1^{er}).

²⁴² C.E., avis n° 71.908 du 27 octobre 2022, p. 6.

²⁴³ *Ibid.*, p. 8-9.

²⁴⁴ DOC « PSSI », art. 2, 5°.

l'intention est d'en faire la référence pour tous les acteurs du secteur social santé à Bruxelles, « indépendamment de leur appartenance institutionnelle »²⁴⁵. Le Conseil d'État resserre immédiatement l'application d'un tel référentiel aux acteurs relevant de la COCOM et de la COCOF, celles-ci n'étant pas compétentes pour adopter un cadre, fût-il non normatif, applicable aux acteurs relevant d'autres entités. Il condamne également la composition de l'instance d'avis prévue dans le même avant-projet de DOC, en ce qu'elle prévoit la participation obligatoire de représentants de centres de recherche académiques ou universitaires, dont l'organisation relève des Communautés française et flamande²⁴⁶. En suivi de ces remarques, la représentation de ces organisations est devenue facultative dans le texte définitif.

52. L'ambition de réunir sous le même « toit juridique » l'ensemble des acteurs de la première ligne bruxelloise se heurte aux mêmes limites que le PSSI lui-même : le DOC « ambulatoire » précise d'entrée de jeu que la définition du secteur ambulatoire n'inclut pas les acteurs agréés par la Communauté française et la Communauté flamande, et prévoit que des accords de coopération ou des protocoles d'accord pourront être conclus afin de mettre en place les collaborations nécessaires et souhaitables. Comme pour le DOC « PSSI », le Conseil d'État admet sur le principe une coopération asymétrique, plus étroite entre la COCOM et la COCOF qu'avec les autres entités compétentes, à la condition qu'une tentative « réelle et effective » ait été faite pour mettre en place une coopération similaire avec ces autres entités. Considérant le travail de concertation effectué pendant plusieurs mois et ayant associé les acteurs du secteur ambulatoire relevant non seulement de la COCOM et de la COCOF, mais également de l'autorité fédérale et de la Communauté flamande, les discussions ayant eu lieu à plusieurs reprises au sein de la Commission interministérielle santé (CIM santé) concernant la mise en place de trois niveaux d'organisation des soins à Bruxelles, ainsi que l'annonce de discussions visant à conclure des protocoles d'accord ou des accords de coopération avec les autres entités compétentes, le Conseil d'État prend cette fois 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 »²⁴⁷.

Le découpage en bassins d'aide et de soins est d'ailleurs inspiré ouvertement de l'exemple flamand et correspond dans les grandes lignes aux *zorgraden* instaurés par le *decreet betreffende de organisatie van de eerstelijnszorg, de regionale zorgplatformen en de ondersteuning van de eerstelijnszorgaanbieders*, datant de 2019²⁴⁸. Sur les 60 *zorgraden*, 59 sont situés en Flandre tandis que le seul *zorgraad* bruZEL recouvre Bruxelles et ses 1,2 million d'habitants. L'exposé des motifs du DOC « ambulatoire » avance l'explication 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 », et tout en affirmant la nécessité de créer plusieurs bassins pour Bruxelles, insiste sur l'objectif de « mettre en place une étroite collaboration entre les bassins définis dans le présent décret et ordonnance conjoints et le *zorgraad* bruZEL et la VGC »²⁴⁹.

53. Une fois encore, la volonté de certaines autorités d'aller vers une forte harmonisation des politiques publiques sur le territoire bruxellois vient se heurter à la superposition des entités compétentes et aux logiques partiellement divergentes selon lesquelles celles-ci organisent leur

²⁴⁵ C.E., avis n°73.285 du 16 juin 2023, p. 5.

²⁴⁶ *Ibid.*, p. 9-10.

²⁴⁷ C.E., avis n° 73.972 du 28 septembre 2023, p. 44.

²⁴⁸ Décret flamand 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, *M.B.*, 24 mai 2019.

²⁴⁹ Projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, *Doc.*, Ass. réun. COCOM, 2023-2024, n° B-173/1, p. 5.

action. Les autorités désireuses d'augmenter l'intégration de leurs politiques respectives doivent composer avec les intentions de leurs homologues, ce qui peut induire des coopérations asymétriques, et œuvrer aux rapprochements par le biais de divers outils du fédéralisme de coopération, des traditionnels accords de coopération aux plus récents décrets et ordonnance conjoints. Ces outils, à classer parmi les « instruments normatifs de cohérence »²⁵⁰, sont d'une utilité incontestable dans un système fédéral mais n'offrent guère mieux, en raison de leurs lacunes, que de « maigres rustines » sur les dysfonctionnements du modèle communautaire²⁵¹.

54. Bien que le principe de territorialisation de la santé soit très largement soutenue par la littérature et les acteurs de terrain, le PSSI a fait l'objet d'analyses critiques. Tout en souscrivant aux raisons qui justifient son élaboration et aux objectifs qui le sous-tendent, le Forum – Bruxelles contre les inégalités, couplé regroupant une cinquantaine d'associations bruxelloises de lutte contre la pauvreté, souligne ainsi certaines conséquences négatives des politiques de territorialisation de l'offre social-santé telles que portées par ce plan. Le Forum pointe un risque relatif aux publics les plus précarisés tels que les personnes migrantes ou sans chez-soi, dont il a été rappelé plus haut qu'ils constituent une part non négligeable de la population bruxelloise. Moins que d'autres ancrés dans les territoires locaux, ces personnes sont donc davantage susceptibles de passer sous le radar des services concentrant justement leur attention sur un tissu local. Selon le Forum, « [c]eux pour qui la question sociale se pose avec le plus d'acuité sont ceux qui ont le plus de chance d'être ignorés par l'offre socio-sanitaire territorialisée »²⁵². Le PSSI affiche l'ambition d'atteindre à terme une couverture de 100 % de la population présente sur le territoire bruxellois, et se montre conscient de la nécessité de développer à l'égard de ces publics très vulnérables des modes d'intervention spécifiques tels que les équipes mobiles et le travail de rue²⁵³, qui devront pouvoir agir souplesment et dans la continuité, par-delà des limites territoriales des quartiers ou des bassins afin de répondre aux besoins de ces personnes là où elles se trouvent.

De façon plus fondamentale, le Forum met en exergue le risque de « sanitisation du social », c'est-à-dire le fait d'adopter une « lecture experte des inégalités sociales par le versant des risques sanitaires et de leur évidence statistique »²⁵⁴. Il insiste sur le fait que la mise en œuvre de politiques social santé développées sur la base de réalités fortement localisées, si elle est de nature à améliorer la qualité des soins, n'est pas en soi porteuse d'améliorations structurelles sur les inégalités sociales et craignent que ces réponses axées sur les vécus locaux ne se fassent au détriment du développement de réponses s'attaquant aux causes de ségrégation sociale à la racine et non uniquement à leurs effets sur la santé. Pour prévenir un tel effet pervers, le Forum considère comme fondamental de renforcer en parallèle l'interdépendance avec les politiques sociales liées au logement, à l'emploi, à l'enseignement etc. afin de lutter efficacement contre les inégalités à leur source²⁵⁵ :

« Les politiques de territorialisation de l'offre social-santé visent la réduction des inégalités sociales alors qu'elles se concentrent sur l'état de santé des personnes plus que sur leurs

²⁵⁰ Pour s'appuyer sur la typologie des « instruments de cohérence » développée par L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 177-187.

²⁵¹ Outre leur caractère souvent asymétrique, Laurie Losseau et Guillaume Delvaux relèvent encore que ces instruments souffrent d'un défaut de systématicité, d'un manque d'effectivité et d'un déficit démocratique (*Ibid.*, p. 189-240), sans oublier l'« extrême lourdeur administrative » qui accompagne leur adoption (G. DELVAUX, M. EL BERHOUMI et H. DUMONT, *op. cit.*, p. 30).

²⁵² J. MORIAU et M. BOTTERO, « Territorialisation et intégration des politiques social-santé: quelle place pour la question sociale ? », *Pauvreté* n°40, 2023, p. 20.

²⁵³ PSSI, p. 46.

²⁵⁴ J. MORIAU et M. BOTTERO, *op. cit.*, p. 16.

²⁵⁵ *Ibid.*, p. 22.

conditions de vie. Peut-être pourrait-on aborder la question par l'autre bout : mettre en place un système de protection sociale qui permette à tout le monde d'être en bonne santé »²⁵⁶.

Plus qu'une critique de l'action des entités fédérées bruxelloises, dont les auteurs soulignent la pertinence dans la perspective d'atteindre « une justice socio-spatiale sur l'ensemble des quartiers »²⁵⁷, cette dernière remarque prend la forme d'un constat : les principaux leviers permettant d'agir structurellement sur les inégalités sociales par la redistribution, au premier rang desquels la sécurité sociale, sont très largement détenus par d'autres entités que celles qui sont à la manœuvre du PSSI.

* * *

55. Malgré son caractère encore inabouti, la dynamique d'harmonisation et d'intégration portée par le PSSI nous semble rapprocher l'organisation des politiques de soins de santé à Bruxelles du modèle prôné par Jan De Maeseneer. Dans sa contribution, il insiste sur la nécessité de décentralisation territoriale et propose de subdiviser Bruxelles en huit « zones de soins primaires »²⁵⁸ ; la création de cinq bassins d'aide et de soins correspond à ce niveau intermédiaire. Jan De Maeseneer insiste également sur l'enjeu d'améliorer l'accessibilité aux soins de santé primaires à Bruxelles²⁵⁹ : augmenter l'accès aux services est l'une des visées majeures du PSSI, et le découpage en 56 quartiers social santé vise à agir au plus proche des besoins et à s'attaquer au non recours. Il attire encore l'attention sur l'importance particulière, au regard des grandes inégalités sociales de santé présentes à Bruxelles, de la collaboration entre le secteur social et celui des soins de santé, ceci devant permettre de s'attaquer aux déterminants sociaux de la santé²⁶⁰. C'est bien l'objectif poursuivi : le DOC « ambulatoire » définit une « première ligne social santé »²⁶¹, et le niveau des quartiers doit notamment se préoccuper d'agir sur les déterminants de la santé.

La volonté politique qui sous-tend le PSSI ne peut néanmoins pas réaliser de miracle institutionnel. Sans réforme de l'État permettant de rassembler les compétences liées au social-santé aux mains de la même autorité publique sur le territoire bruxellois, le pilotage régional des politiques de santé préconisé par De Maeseneer restera soumis à la bonne volonté – qui peut varier au gré des coalitions gouvernementales – des entités concernées appelées à collaborer dans cette perspective.

De même, si la concrétisation du PSSI peut se révéler utile, par son maillage de proximité, pour identifier plus finement les besoins en médecine générale ou les améliorations à apporter pour assurer un accès effectif à l'IVG, l'éclatement des compétences et la tension entre logiques communautaire et régionale continueront à faire obstacle au déploiement de réponses adaptées.

²⁵⁶ *Ibid.*, p. 21.

²⁵⁷ *Ibid.*, p. 24.

²⁵⁸ J. DE MAESENEER, *op. cit.*, p. 29.

²⁵⁹ *Ibid.*, p. 31.

²⁶⁰ *Ibid.*

²⁶¹ Le DOC « ambulatoire », art. 2, 4° définit comme suit cette première ligne social santé : « l'ensemble des acteurs qui au plus proche des milieux de vie des personnes ont une approche généraliste et offrent, favorisent ou soutiennent de l'action sociale, de l'aide et des soins intégrés qui préviennent ou répondent de manière holistique à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du social. Elle assure la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie, en ce compris les situations complexes où une collaboration intense entre les prestataires est nécessaire. La première ligne social santé joue un rôle dans l'aide aux personnes, l'action sociale, la prévention, le diagnostic, le soin, la révalidation 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 ».

CONCLUSION

52. Au cours de cette étude, nous avons cherché à déterminer dans quelle mesure la répartition des compétences génère des écueils institutionnels freinant ou entravant le déploiement de politiques de santé publique sur le territoire bruxellois. Nous avons émis l'hypothèse qu'elle constituait un redoutable facteur de complexification, de nature à engendrer des interventions parcellaires ou redondantes et d'importantes pertes d'efficacité dans l'action publique.

À l'issue de notre recherche, nous considérons l'hypothèse comme très largement vérifiée. Les ambitions d'homogénéité accrue affichées par les architectes de la sixième réforme de l'État ne résistent pas à l'examen du découpage qui en a résulté : les lignes de démarcation entre l'autorité fédérale et les communautés présentent de nombreuses incohérences, et la tentative inachevée de recentrer les compétences vers la COCOM mène au maintien de la possibilité d'interventions parallèles des deux communautés et de la COCOF²⁶².

Au-delà des critiques juridiques, ceci a des implications pratiques majeures pour les protagonistes chargés de développer ou de mettre en œuvre les politiques publiques au bénéfice des Bruxellois. Lorsqu'elles ont lieu, les approches coordonnées sont asymétriques²⁶³ ou impliquent pour les acteurs institutionnels d'investir une énergie considérable dans la conclusion d'accords de coopération ou de protocoles d'accord, au détriment du travail politique²⁶⁴. Les acteurs de terrain doivent naviguer entre diverses sources de financement trop souvent pensées sans vision d'ensemble et sans articulation entre elles, ce qui donne lieu à certains « bidouillages »²⁶⁵ plus ou moins assumés. La prise en compte des besoins bruxellois dans les compétences communautaires se heurte, comme « toute ventilation qui doit tenir compte des appartenances linguistiques au sein de la population bruxelloise [...] à des difficultés d'objectivation » découlant directement de l'interdiction des sous-nationalités²⁶⁶. « Cloisons à n'en plus finir, démultiplication des guichets, impossible programmation de l'offre, bricolages hasardeux »²⁶⁷ : le verdict sévère émis par Daniel Dumont lors de son examen d'autres situations liées à la protection sociale à Bruxelles mérite sans aucun doute d'être étendu à notre champ d'investigation²⁶⁸.

53. Fondée sur une logique essentiellement budgétaire et réfléchie sans prendre suffisamment en compte les conséquences bruxelloises des choix posés, la sixième réforme de l'état « porte [indéniablement] en elle la justification de la septième »²⁶⁹. Est-ce à dire que la prochaine réforme devra se donner pour objectif d'atteindre l'homogénéité parfaite ? Sauf à faire du niveau fédéral une coquille vide ou à refédéraliser complètement la matière, une telle entreprise serait vouée à l'échec, tant il est difficile de cantonner tous les aspects d'une politique à un seul bloc de compétences. Un certain degré de dispersion persistera nécessairement dans la Belgique fédérale. Pour autant, il nous

²⁶² Il faut néanmoins, avec Laurie Losseau et Guillaume Delvaux, nuancer ce constat pour la politique des établissements de soins pour personnes âgées : dans ce secteur, le recentrage de son exercice aux mains de la COCOM a réellement conduit à une simplification de l'action publique et résolu certains dysfonctionnements, non cependant sans susciter de nouvelles difficultés (L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 94-95).

²⁶³ Nous avons souligné que la législature 2019-2024 a été caractérisée par une étroite collaboration entre la COCOM et la COCOF, à laquelle le regroupement des compétences social-santé dans ces deux entités aux mains d'une seule famille politique n'est probablement pas étrangère.

²⁶⁴ Entretien avec David Hercot réalisé le 26 juillet 2023.

²⁶⁵ Pour reprendre un terme utilisé par des parties prenantes lors de deux entretiens différents.

²⁶⁶ M. EL BERHOUMI et L. LOSSEAU, *op. cit.*, p. 164.

²⁶⁷ D. DUMONT, « Vers une protection sociale bruxelloise ? ... », *op. cit.*, p. 466.

²⁶⁸ Voy. également les conclusions de L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 295-315.

²⁶⁹ H. DUMONT, M. EL BERHOUMI et I. HACHEZ, *op. cit.*, p. 135.

paraît ressortir de l'analyse que des « perspective de simplification réalistes » existent et méritent d'être explorées²⁷⁰.

Sur l'axe vertical, il nous semblerait souhaitable de prendre en charge prioritairement la correction des incohérences identifiées dans la distribution entre l'autorité fédérale et les communautés, afin que les champs d'intervention respectifs connaissent des délimitations plus nettes.

Dans une perspective horizontale, une réorganisation des compétences intégrant dès l'entame, et non comme arrière-pensée ou comme enjeu communautaire, la réalité et les besoins bruxellois implique à notre estime de se diriger vers un regroupement des aspects défédéralisés de la santé aux mains d'une seule « unité de compétence » bruxelloise. La sixième réforme de l'État a amorcé une évolution de ce point de vue, en centralisant les moyens transférés dans l'escarcelle de la COCOM, incitant ainsi, avec un succès variable selon les secteurs, les institutions à effectuer le même mouvement. Il conviendrait cette fois d'assumer sans ambages la logique territoriale, soit en régionalisant l'ensemble, soit en confiant à la COCOM la compétence exclusive sur cette matière²⁷¹, afin de supprimer la possibilité d'interventions parallèles en ordre dispersé créant confusion et ambiguïtés. Il s'agirait également de ne pas répliquer un mouvement unilatéral circonscrit aux institutions francophones et d'inclure pleinement toutes les parties prenantes néerlandophones à la dynamique. Un travail de préparation important sera nécessaire afin de faire adhérer à la démarche l'ensemble des personnes et institutions concernées, qu'il s'agisse de rassurer sur l'emploi des langues ou sur le maintien de certaines spécificités dans l'approche des politiques à mener²⁷².

54. « Le plus beau cadeau qu'un gouvernement pourrait offrir à la population et aux prestataires de soins est la perspective d'une organisation efficace et durable des soins de santé », écrivaient à l'été 2020 une brochette d'auteurs issus pour la plupart du monde de la santé, appelant à ne pas enfermer le débat dans les « négociations politiques classiques »²⁷³. Nous espérons à travers ce travail avoir apporté quelques éléments pouvant modestement contribuer à la discussion dans cette perspective.

²⁷⁰ K. REYBROUCK et E. SLAUTSKY, *op. cit.*, p. 516.

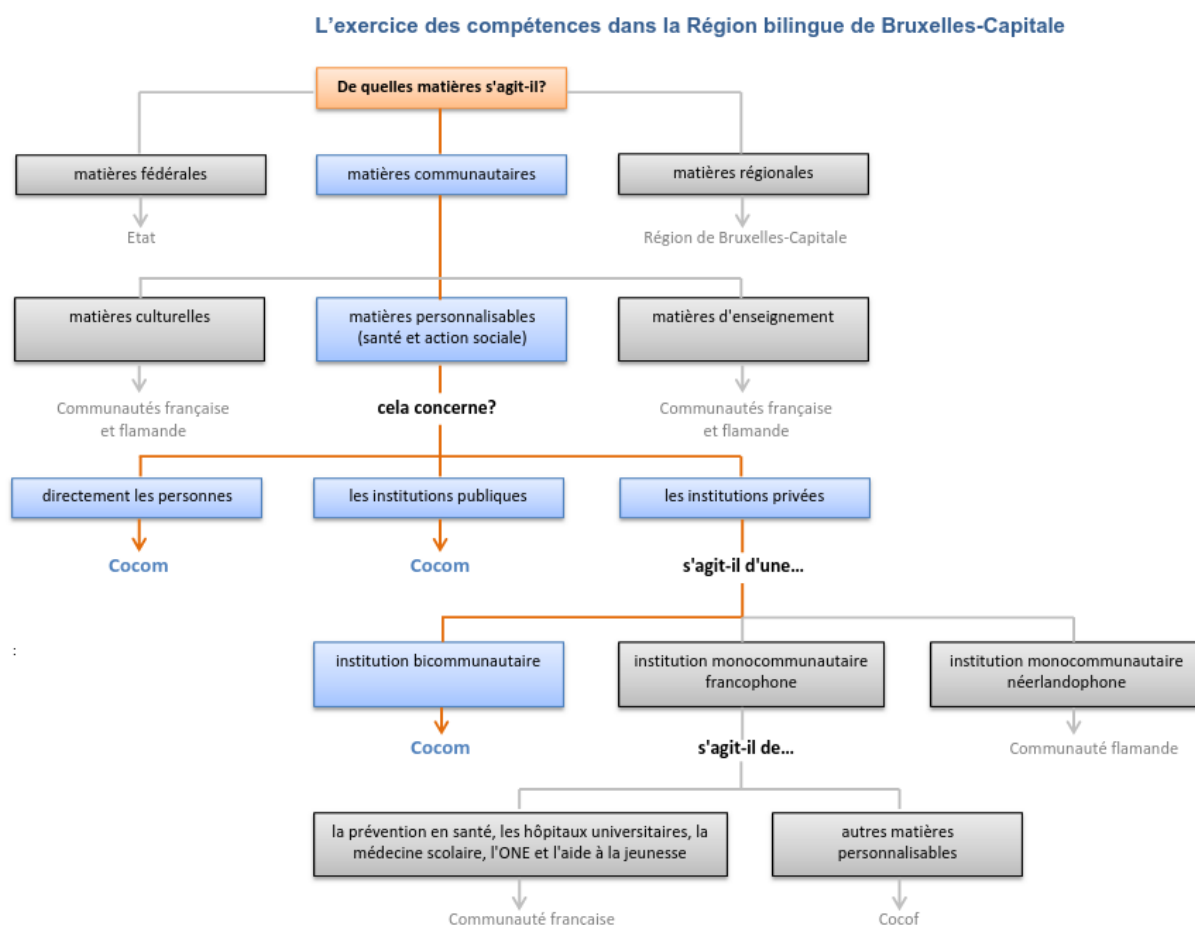
²⁷¹ Plusieurs auteurs plaident en faveur de la régionalisation au sens strict, qui présente sur l'option de la cocomisation l'avantage de simplifier davantage la gestion des matières personnalisables, de moins grever les finances bruxelloises et de mettre aux manettes une entité disposant du pouvoir de lever l'impôt (L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 304-309 ; D. DUMONT, « Vers une protection sociale bruxelloise ? », *op. cit.*, p. 484-486) – mais comporte des embûches juridiques et surtout politiques (G. DELVAUX, M. EL BERHOUMI et H. DUMONT, *op. cit.*, p. 39-41).

²⁷² Daniel Dumont y voit une opportunité d'amélioration de la gestion administrative par « la rencontre entre la tradition de proximité et d'accessibilité développée par l'administration de la COCOF à l'égard des très nombreux acteurs de terrain qu'elle soutient, d'une part, et la plus grande sensibilité, sans doute, à la philosophie de l'innovation sociale ainsi que la culture de l'efficacité administrative qui a germé du côté bruxellois néerlandophone, de l'autre (D. DUMONT, « Vers une protection sociale bruxelloise ? », *op. cit.*, p. 490). Pour une discussion des balises que ces auteurs considèrent, à raison selon nous, comme devant nécessairement encadrer une régionalisation – le maintien des garanties linguistique au bénéfice de la minorité néerlandophone ; le financement adéquat de la Région de Bruxelles-Capitale ; une régionalisation échelonnée dans le temps –, voy. L. LOSSEAU et G. DELVAUX, *op. cit.*, p. 309-314. Des discussions similaires sont à retrouver dans D. DUMONT, « Vers une protection sociale bruxelloise ? », *op. cit.*, p. 490-496 et G. DELVAUX, M. EL BERHOUMI et H. DUMONT, *op. cit.*, p. 35-39).

²⁷³ J. DE MAESENEER *et al.*, « En soins de santé, pas de bonne réforme de l'État sans implication des acteurs et des experts », 31 juillet 2020, disponible sur <https://rethinkingbelgium.eu/wp-content/uploads/2020/10/reforme-etat-soins-sante.pdf>

Annexes

Annexe 1 : résumé schématique de l'exercice des compétences dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale



Source : site internet de la Commission communautaire commune

https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/QuiSommesNous_WieZijnWe/fr/exercice-competences-dans-la-region-bilingue-de-bruxelles-capitale.pdf

Annexe 2 : Panorama du social et de la santé, Cahier 15 d'Ars Collaborandi, p. 44-47

Panorama du social et de la santé

Ce panorama offre un aperçu des types de services et d'organisations actifs sur Bruxelles dans le domaine social – santé, agréés par les communautés ou organisés par le services publics.
Le nombre entre parenthèses = le nombre de lieux par service.
Aperçu de l'existant au 31/10/2020
Source : social.brussels

	GGC / IRISCARE (EN OPENBAAR BESTUUR) COCOM / IRISCARE (ET SERVICES PUBLICS)	COCOF	VLAAMSE GEMEENSCHAP (EN VGC)	
SOCIALE UITSluiting - COHESIE EXCLUSION - COHESION SOCIALE		Projets de cohésion sociale - communaux (211) et régionaux (71)	Samenleven in diversiteit (15) Samenlevingsopbouw Brussel (4) Verenigingen waar armen het woord nemen (7) Geïntegreerde wijkwerkingen (4)	SOCIALE UITSluiting - COHESIE EXCLUSION - COHESION SOCIALE
OUDEREN PERSONNES ÂGÉES	Woningen voor ouderen / Habitations pour personnes âgées (2) Centra dagopvang voor bejaarden Centres d'accueil de jour personnes âgées (3) (2 ocmw/cpas) Centra voor dagverzorging Centres de soins de jour (7) (4 ocmw/cpas) Centra kortverblijf / Centres de court séjour (6) (1 ocmw/cpas) Rust- (en verzorgings)thuizen Maisons de repos (et de soins) (143) (26 ocmw/cpas) Service-residenties / Résidences-services (21) (5 ocmw/cpas)	Maisons communautaires (4) Services d'accueil de jour (6)	Lokale dienstencentra (21) Centra voor dagverzorging (4) Centra voor kortverblijf en/of herstelverblijf (2) Woonzorgcentra (8)	OUDEREN PERSONNES ÂGÉES
ZORG & GEZONDHEID SOINS & SANTÉ	Diensten voor thuiszorg Services d'aide à domicile (16) (15 ocmw/cpas) Diensten voor thuisverzorging / Services de soins à domicile (2) Teams van multidisciplinaire ondersteuning palliatieve zorg / Equipes d'accompagnement multidisciplinaire de soins palliatifs (2) Ziekenhuizen (acute en/of chronische) Hôpitaux (aigus et/ou chroniques) (22) Revalidatiecentra / Centres de rééducation fonctionnelle (29)	Acteurs promotion de la santé (25) Centres de coordination de soins et de services à domicile (5) Services d'aide à domicile (7) Maisons médicales (42) Services de soins palliatifs et continus (5) Hôpitaux universitaires (2) (FWB)	Lokaal/regionaal gezondheidsoverleg (LOGO) (1) Dienst voor gezinszorg (3) Dienst voor thuisverpleging (1) Wijkgezondheidscentra (2) Palliatieve dagverzorgingscentra en multidisciplinaire begeleidingsteams voor palliatieve verzorging (3) Universitair ziekenhuis (1) Revalidatievoorzieningen (3) Centra voor geestelijke gezondheidszorg (6)	ZORG & GEZONDHEID SOINS & SANTÉ
GEESTELIJKE GEZONDHEID SANTÉ MENTALE	Diensten voor geestelijke gezondheidszorg Services de santé mentale (6) (1 gemeentelijk/communal) Initiatieven beschut wonen / Initiatives d'habitations protégées (17) Psychiatrische verzorgingsthuizen (PVT) Maisons de soins psychiatriques (MSP) (4) Psychiatrische ziekenhuizen / Hôpitaux psychiatriques (8)	Services de santé mentale (29) Services d'aide au toxicomanes (24) Initiative habitation protégée (1) Hôpitaux psychiatriques (3)	Centra voor geestelijke gezondheidszorg (6) Initiatieven beschut wonen (2) Psychiatrisch ziekenhuis (1)	GEESTELIJKE GEZONDHEID SANTÉ MENTALE
HANDICAP KINDEREN & VOLWASSENEN ENFANTS & ADULTES	Verblijfscentra personen met een handicap / Centres d'hébergement personnes handicapées (7) (1 ocmw/cpas) Diensten begeleid wonen en ADL / Services d'habitat accompagné et AVJ (9) (1 gemeentelijk/communal - 1 ocmw/cpas) Dagcentra / Centres de jour (13) (2 ocmw/cpas)	Centres d'hébergement PHARE (30) Services d'accompagnement PHARE (24) Centres de jour PHARE (28) Services d'accueil familial PHARE (2)	VAPH Woonondersteuning (verblijfscentra of groepswooning) (12) VAPH Kortverblijf (3) VAPH Mobiele begeleiding (begeleid wonen en thuisbegeleiding / ADL) (5) VAPH Dagcentra (6) VAPH Centra voor functionele revalidatie (3) VAPH Dienst Ondersteuningsplan (DOP) (1)	HANDICAP KINDEREN & VOLWASSENEN ENFANTS & ADULTES
SOCIALE HULPVERLENING AIDE SOCIALE	Sociale diensten OCMW / Services sociaux des CPAS (44) Gemeentelijke sociale diensten / Services sociaux communaux (19) Centra eerste sociale opvang Centres premier accueil social (36) (16 buurtthuizen/MdQ BXL) Centra voor gezinsplanning / Centres de planning familial (4) Diensten schuldbemiddeling / Services de médiation de dettes (24) (1 gemeentelijk/communal - 16 ocmw/cpas) Crisisopvang voor thuislozen / Accueil de crise pour sans-abri (2) Onthaalthuizen / Maisons d'accueil (8) (1 ocmw/cpas) Diensten begeleid wonen thuislozen / Services d'habitat accompagné sans-abri (12) (1 ocmw/cpas)	Centres d'action sociale globale (CASG) (15) Centres de planning familial (27) Services de médiation de dettes (6) Accueil de crise pour sans-abri (1) Maisons d'accueil sans-abri (15)	Centra algemeen welzijnswerk (CAW) Diensten maatschappelijk werk van de ziekenfondsen (10) CAW - dienst schuldbemiddeling (1) CAW - Onthaalthuizen voor daklozen (2) CAW - Woonbegeleiding thuislozen (4)	SOCIALE HULPVERLENING AIDE SOCIALE
JUSTITIEEL WELZIJNWERK AIDE AUX JUSTICIABLES	Diensten justitieel welzijnswerk Services d'aide sociale aux justiciables (5) Eerstelijns hulp voor slachtofferhulp / Première assistance aux victimes (16) (federale politie/police fédérale (13) en gemeentelijk/communal (3))	Accueil des victimes en maison de justice (1) Partenaires de l'aide aux justiciables (9)	Slachtofferonthaal in het justitiehuis (1) CAW - Justitieel welzijnswerk (1) CAW - Dienst slachtofferhulp (1) CAW - Daderhulp seksueel overschrijdend gedrag (1)	JUSTITIEEL WELZIJNWERK AIDE AUX JUSTICIABLES
GEZINSONDERSTEUNING & JONGE KIND SOUTIEN AUX FAMILLES & PETITE ENFANCE		ONE - Bureaux de consultations prénatales et/ou enfants (80) ONE Services d'accueil spécialisé petite enfance (3)	Kind & Gezin consultatiebureaus (20) Kind & Gezin Inloop-teams (2) Kind & Gezin Centra kinderopvang en gezinsondersteuning (2) Centrum integrale gezinszorg (1)	GEZINSONDERSTEUNING & JONGE KIND SOUTIEN AUX FAMILLES & PETITE ENFANCE
JEUGDHULP EN -WELZIJN AIDE AUX JEUNES	Crisismeldpunt CRISIS-BXL / Point d'accueil central en situation de crise (1)	Services d'aide en milieu ouvert (AMO) (25) Centres d'information des jeunes (10) Equipes SOS enfants (2) Service d'aide à la jeunesse (1) Accueil résidentiel pour jeunes (SRU-SRS-SRG-SROO-PPP) (29) Aide non résidentielle pour jeunes (accompagnement, accueil familial, aide logement autonome ...) (46)	Werkingen maatschappelijk kwetsbare jongeren (WMKJ) (10) CAW - Jongerenadvies (1) Centra voor leerlingenbegeleiding (CLB) (6) Crisismeldpunt CRISIS-BXL (1) Vertrouwenscentrum kindermishandeling (1) Ondersteuningscentrum jeugdzorg (1) Organisaties voor bijzondere jeugdhulp - residentieel (7) Organisaties voor bijzondere jeugdhulp - ambulant (thuisbegeleiding, pleegdienst, crisishulp aan huis, begeleid zelfstandig wonen ...) (11)	JEUGDHULP EN -WELZIJN AIDE AUX JEUNES

Bibliographie

1. Doctrine

Ouvrages

BAYENET, B., BOURGEOIS, M. et DARTE, D., *Les finances et l'autonomie fiscale des entités fédérées après la sixième réforme de l'État*, Bruxelles, Larcier, 2017.

CORTEN, O. *Méthodologie du droit international public*, Bruxelles, Éditions de l'Université de Bruxelles, 2009.

DANCOT, M.-C., DECHAMPS, J.-F., DUFRASNE, M., ITTERBEECK, C. et POULLET, E., *Les compétences communautaires en matière de politique de santé*, Bruxelles, De Boeck, 1987.

DUMONT, H., EL BERHOUMI, M. et HACHEZ, I. (dir.), BELLEFLAMME, F., BELMESSIERI, M., de BROUX, P.-O., de CLIPPELE, M.-S., de JONGHE, D., DELGRANGE, X., DETROUX, L., HENRARD, P.-F., HOREVOETS, C., JACQMIN, H., LAGASSE, N., LEROUXEL, H., LOMBAERT, B., LOSSEAU, L., TULKENS, F., VAN DROOGHENBROECK, S. et VANDERSTRAETEN, M., *La sixième réforme de l'État : l'art de ne pas choisir ou l'art du compromis?*, Bruxelles, Larcier, 2015.

LOSSEAU, L. et DELVAUX, G., *Bruxelles, région-capitale ingouvernable ? Instruments de cohérence et palliatifs illégaux dans le droit des politiques publiques bruxelloises*, Bruxelles, Larcier, 2024. REYBROUCK, K. et SOTTIAUX, S., *De federale bevoegdheden*, Anvers, Intersentia, 2019.

VANPRAET, J., *De latente staatshervorming. De bevoegdheidsverdeling in de rechtspraak van het Grondwettelijk Hof en de adviespraktijk van de Raad van State*, Bruges, Die Keure, 2011.

VANSTEENKISTE, S. « Het gezondheidsbeleid », *De bevoegdheidsverdeling in het federale België*, G. Van Haegendoren et B. Seutin (dir.), Bruges, die Keure, 2001.

Contributions à un ouvrage collectif

BERNARD, N. et VAN DROOGHENBROECK, S., « L'exclusivité des compétences », *Principes de la répartition des compétences*, M. El Berhoumi et S. Van Drooghenbroeck (dir.), *R.P.D.B.*, Bruxelles, Larcier, 2022, p. 183-220.

CALLENS, S., BODDEZ, L. et LEIRE, M., « Juridische bevoegdheid inzake gezondheidszorg », *Organisatie van de gezondheidszorg*, S. Callens et J. Peers (dir.), Anvers-Cambridge, Intersentia, 2015, p. 351 -369.

DE GREEF, V., « Maisons de repos », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'État*, M. Uyttendaele et M. Verdussen (dir.), Bruxelles, Larcier, 2015, p. 523-546.

DELGRANGE, X., « La défédéralisation de la sécurité sociale : un risque pour la société et un défi pour les juges », *La sixième réforme de l'État (2012-2013) – Tournant historique ou soubresaut ordinaire ?*, J. Sautois et M. Uyttendaele (dir.), Limal, Anthémis, 2015, p. 411-427.

DELGRANGE, X., « Digérer la sixième réforme de l'État pour, enfin, mener des politiques », *La sécurité sociale dans l'État fédéral*, X. Delgrange, L. Detroux, P. Joassart, A.-S. Renson, C. Romainville et M. Solbreux, Limal, Anthémis, 2017, p. 87-116.

DELGRANGE, X. et EL BERHOUMI, M., « Le découpage des compétences régionales et communautaires à Bruxelles ou la tentation de la transgression », *Le droit bruxellois. Un bilan*

- après 25 ans d'application (1989-2014)*, P.-O. De Broux, B. Lombaert et D. Yernault (dir.), Bruxelles, Bruylant, 2015, p. 67-98.
- DELVAUX, G., EL BERHOUMI, M. et DUMONT, H., « La septième réforme de l'État ou l'occasion de régionaliser des compétences communautaires », *La Belgique fédérale : Forces et faiblesses d'un fédéralisme atypique*, C. Romainville et E. Slautsky (dir.), Larcier, Bruxelles, 2024.
- DE MAESENEER, J., « Note politique soins de santé: perspective 2030. Les soins de santé en Belgique en 2030: 'Changement ou répétition des mêmes choses?'. Vers des soins de santé décentralisés dans une société solidaire », Gand, 2019.
- DETROUX, L. et RENSON, A.-S., « La sixième réforme de l'État et les soins de santé », *La sécurité sociale dans l'État fédéral*, X. Delgrange, L. Detroux, P. Joassart, A.-S. Renson, C. Romainville et M. Solbreux, Limal, Anthémis, 2017, p. 31-52.
- DUMONT, D., « Les soins de santé : quels niveaux de pouvoir pour quels leviers ? », *La Belgique fédérale : forces et faiblesses d'un fédéralisme atypique*, C. Romainville et E. Slautsky (dir.), Bruxelles, Larcier, à paraître.
- EL BERHOUMI, M. et LOSSEAU, L., « L'interdiction des sous-nationalités et la partage des compétences communautaires à Bruxelles », *Principes de la répartition des compétences*, M. El Berhoumi et S. Van Drooghenbroeck (dir.), R.P.D.B., Bruxelles, Larcier, 2022, p. 153-183.
- EL BERHOUMI, M., LOSSEAU, L. et VAN DROOGHENBROECK, S., « Vers une Belgique à quatre ? Les compétences communautaires à Bruxelles après la sixième réforme de l'État », *De Brusselse instellingen anno 2014 / Les institutions bruxelloises en 2014*, E. Vandenbossche (dir.), Bruges, Die Keure, 2017, p. 45-73.
- EL BERHOUMI, M., LOSSEAU, L. et VAN DROOGHENBROECK, S., « Le fédéralisme belge ne connaît pas la crise : la gestion de la pandémie de Covid- 19 à l'épreuve de la répartition des compétences », *Le droit public belge face à la crise du COVID-19. Quelles leçons pour l'avenir ?*, F. Bouhon, E. Slautsky et S. Wattier (dir.), Bruxelles, Larcier, 2022, p. 83 à 139.
- HANNES, P., « Wat betekent de zesde staatshervorming voor de gezondheidszorgsector en de ouderenzorg ? », *De zesde staatshervorming : instellingen, bevoegdheden en middelen*, J. Velaers, J. Vanpraet, W. Vandenbruwaene et Y. Peeters (dir.), Anvers, Intersentia, 2014, p. 367-399.
- LOSSEAU, L. et DEKLEERMAKER, M., « Transferts intrafrancophones de compétences », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'État*, M. Uyttendaele et M. Verdussen (dir.), Bruxelles, Larcier, 2015, p. 881-905.
- LUDMER, J., « Les nouvelles compétences des Communautés et de la Commission communautaire commune dans les matières personnalisables. Et si l'accord papillon leur donnait des ailes ? », *La sixième réforme de l'État (2012-2013) – Tournant historique ou soubresaut ordinaire ?*, J. Sautois et M. Uyttendaele (dir.), Limal, Anthémis, 2015, p. 397-410.
- MAES, E., « Vijf knelpunten », *Minder versnippering, meer zorg. De nood aan een heldere et werkbare bevoegdheidsverdeling in de gezondheidszorg*, T. Balthazar, E. Maes et M. Cloet, Zorgnet-Icuro, 2019.
- MINSIER, P. et PEIFFER, Q., « Réflexions sur les règles de répartition des compétences lors de la crise du coronavirus Covid-19 », *La pandémie de Covid-19 face au droit*, S. Parsa et M. Uyttendaele (dir.), Limal, Anthémis, 2020, p. 103-135.

- PIRONNET, Q. et SOUVERIJNS, T., « La dichotomie entre compétences attribuées et compétences résiduelles », *Principes de la répartition des compétences*, M. El Berhoumi et S. Van Drooghenbroeck (dir.), *R.P.D.B.*, Bruxelles, Larcier, 2022, p. 117-132.
- RENSON, A.-S., « Soins de santé », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'État*, M. Uyttendaele et M. Verdussen (dir.), Bruxelles, Larcier, 2015, p. 797-825.
- ROMAINVILLE, C., « Le partage des compétences à Bruxelles. L'interdiction des sous-nationalités à Bruxelles », *Les grands arrêts sur le partage des compétences dans l'État fédéral*, C. Romainville et M. Verdussen (dir.), Bruxelles, Larcier, 2019, p. 343-376.
- SLAUTSKY, E., « Le statut de Bruxelles dans l'organisation de la Belgique fédérale : vers un renforcement de la logique régionale ? », *30 jaar federalisme / 30 ans de fédéralisme*, A. WIRTGEN (dir.), Bruges, Die Keure, 2024, p. 177-202.
- VAN NIEUWENHOVE, J., « Het gezondheidsbeleid », *De bevoegdheden van de gemeenschappen*, Bruges, B. Seutin et G. Van Haegendoren (dir.), die Keure, 2017, p. 205-293.
- VAN NIEUWENHOVE, J. et POPELIER, P., « De bevoegdheidsverdeling en de coördinatie tussen de bevoegde overheden in de strijd tegen de COVID-19-pandemie », *Tijdschrift voor Wetgeving*, P. Popelier, J. Van Nieuwenhove et T. Moonen (dir.), 2020/4, p. 303-313.
- VAN NIEUWENHOVE, J. « La répartition des compétences concernant la politique hospitalière », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir*, B. Bayenet, M. Fontaine et Y. Heusden (dir.), Limal, Anthemis, 2021, p. 35-59.
- UYTTENDAELE, M., « Conclusions générales », *La sixième réforme de l'État (2012-2013) – Tournant historique ou soubresaut ordinaire ?*, J. Sautois et M. Uyttendaele (dir.), Limal, Anthémis, 2015, p. 584-596.

Articles de revue

- DEKLEERMAKER, M. et LOSSEAU, L., « Les transferts de compétences intra-francophones en matière sociale consécutifs à la sixième réforme de l'État », *R.B.S.S.*, 2015/2, p. 445-464.
- DONY, M. et BLÉRO, B., « La répartition des compétences en matière de politique de santé », *C.H. CRISP*, 1990.
- DUMONT, D., « Vers une protection sociale bruxelloise ? Une proposition institutionnelle pour la septième réforme de l'État », *A.P.*, 2022/4, p. 448-497.
- DUMONT, D., « La sécurité sociale et la sixième réforme de l'État : rétroactes et mise en perspective générale », *R.B.S.S.*, 2015/2, p. 175-226.
- DUMONT, H. et VAN DROOGHENBROECK, S., « L'interdiction des sous-nationalités à Bruxelles », *A.P.*, 2011/3, p. 201-226.
- FANIEL, J. « Santé : une répartition complexe des compétences », Les @analyses du CRISP en ligne, 29 décembre 2020.
- JOASSART, M. et JOASSART, P., « La répartition des compétences en matière de sécurité sociale : l'érosion progressive de la compétence fédérale », *R.B.D.C.*, 2006, p. 167-190.
- MORIAU, J. et BOTTERO, M., « Territorialisation et intégration des politiques social-santé: quelle place pour la question sociale ? », *Pauvreté* n°40, 2023.
- PEIFFER, Q., « Les spécificités institutionnelles de la région bruxelloise », *C.H. CRISP* n° 2510, 2021.

REYBROUCK, K. et SLAUTSKY, E., « Les institutions bruxelloises face à la pandémie de Covid-19 », *A.P.*, 2022/4, p. 498-516.

VAN NIEUWENHOVE, J., « Les nouvelles compétences communautaires en matière de soins de santé et d'aide aux personnes handicapées », *R.B.S.S.*, 2015/2, p. 265-306.

2. Législation et documents parlementaires

Normes législatives et réglementaires

Loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980, *M.B.*, 15 août 1980.

Loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, *M.B.*, 14 janvier 1989.

Loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des communautés et des régions, *M.B.*, 17 janvier 1989.

Décret spécial de la Communauté 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, *M.B.*, 25 juin 2014.

Loi du 29 avril 1996 portant des dispositions sociales, *M.B.*, 20 avril 1996.

Décret de la Commission communautaire française du 5 mars 2009 relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'action sociale, de la famille et de la santé, *M.B.*, 8 mai 2009.

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, *M.B.*, 25 juin 2014.

Décret wallon du 11 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 12 mai 2014.

Loi du 22 mars 2018 portant modification de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, *M.B.*, 29 mars 2018.

Loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, *M.B.*, 29 octobre 2018.

Ordonnance de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne de soins, *M.B.*, 15 avril 2019.

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, *M.B.*, 24 mai 2019.

Décret de la Communauté française du 17 novembre 2022 modifiant le décret du 29 mars 2017 relatif aux études de sciences médicales et dentaires, *M.B.*, 20 janvier 2023

Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune du 22 décembre 2023 et du 25 janvier 2024 relatifs à l'adoption et à la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois, *M.B.*, 9 février 2024.

Décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune du 22 décembre 2023 et du 25 janvier 2024 relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, *M.B.*, 15 février 2024.

Arrêté royal du 10 août 2005 désignant les hôpitaux en qualité d'hôpital universitaire, *M.B.*, 12 septembre 2005.

Arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement, *M.B.*, 30 mars 2012.

Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 27 janvier 2022 relatif au soutien des pratiques multidisciplinaires et des jeunes médecins, *M.B.*, 17 février 2022.

Arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 16 juin 2022 fixant le sous-quota relatif à la médecine générale applicable à l'issue de l'année académique 2021-2022, *M.B.*, 19 août 2022.

Arrêté du gouvernement flamand du 9 décembre 2022 portant soutien aux prestataires de soins de première ligne et à la collaboration interdisciplinaire dans le contexte de la pratique, et extension des missions des cercles de médecins généralistes, *M.B.*, 29 décembre 2022.

Arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 25 mai 2023 fixant les normes que les hôpitaux doivent respecter, *M.B.*, 4 août 2023.

Arrêté royal du 29 mai 2023 portant modification de l'arrêté royal du 12 juin 2008 relatif à la planification de l'offre médicale, en vue de fixer les quotas de médecins pour l'année 2029, *M.B.*, 31 mai 2023.

Arrêté d'exécution conjoint du Collège réuni de la Commission communautaire commune et du Collège de la Commission communautaire française du 4 avril 2024 portant exécution du décret et ordonnance conjoints du 22 décembre 2023 et du 25 janvier 2024 relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, *M.B.*, 29 avril 2024.

Documents parlementaires

Projet de loi spéciale des Régions et des Communautés, *Doc. Sén.*, 1978-1979, n° 261/1.

Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, *Doc.*, *Sén.*, 2012-2013, n° 2232/1.

Proposition de loi spéciale portant réforme du financement des communautés et des régions, élargissement de l'autonomie fiscale des régions et financement des nouvelles compétences, développements, *Doc.*, *Ch.*, 2012-2013, n° 2974/1.

Proposition de loi spéciale relative à la sixième réforme de l'État, rapport de commission, *Doc.*, *Sén.*, 2013-2014, n° 2232/5.

Projet de loi spéciale relative à la Sixième Réforme de l'État, rapport de commission, *Doc.*, *Ch.*, 2012-2013, n° 3201/4.

Projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, *Doc.*, *Ass. réun. COCOM*, 2016-2017, n° B-69/1.

Projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune relative à la reprise des compétences Santé et Aide aux personnes par l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, et modifiant des dispositions diverses, *Doc.*, *Ass. réun. COCOM*, 2018-2019, n° B-157/1

Projet de décret de la Communauté française modifiant le décret du 29 mars 2017 relatif aux études de sciences médicales et dentaires, rapport de commission, *Doc.*, *Parl. Comm. fr.*, 2022-2023, n° 449/3.

Projet d'ordonnance de la Commission communautaire commune portant modification de l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, *Doc.*, Ass. Réun. COCOM, 2022-2023, n° B-150/1.

Projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'adoption et à la mise en œuvre du Plan social santé intégré bruxellois, rapport de commission, *Doc.*, Ass. réun. COCOM, 2023-2024, n° B-157/3.

Projet de décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, *Doc.*, Ass. réun. COCOM, 2023-2024, n° B-173/1.

Commission spéciale chargée d'examiner la gestion de l'épidémie de Covid-19 par la Belgique, rapport, *Doc.*, Ch., 2020-2021, n° 1394/2.

Commission parlementaire chargée de l'Évaluation des réformes de l'État depuis 1970, rapport – Soins de santé, *Doc.*, Ch., 2021-2022, n° 2602/2 et Sén., 2021-2022, n° 280/2.

INAMI, « Les soins de santé dans le cadre de la Réforme de l'État », note déposée dans le cadre de l'audition de l'administrateur général Benoît Collin le 15 octobre 2021 à la commission parlementaire chargée de l'évaluation des réformes de l'État depuis 1970, non publiée.

Agentschap Zorg en Gezondheid, « Evaluatie staatshervorming gezondheidszorg », note déposée dans le cadre de l'audition de l'administrateur général Dirk Dewolf le 15 octobre 2021 à la commission parlementaire chargée de l'évaluation des réformes de l'État depuis 1970, non publiée.

Iriscaire, « Nota aan de gemengde Commissie van senatoren en volksvertegenwoordigers opgericht o de staatshervormingen sinds 1970 te evalueren », note déposée dans le cadre de l'audition de la fonctionnaire dirigeante Tania Dekens le 15 octobre 2021 à la commission parlementaire chargée de l'évaluation des réformes de l'État depuis 1970, non publiée.

3. Jurisprudence et légisprudence

C.A., arrêt n° 33/2001 du 13 mars 2001.

C.C., arrêt n° 11/2009 du 21 janvier 2009.

C.E., avis 21.690/2/V du 16 juillet 1992.

C.E., avis n° 34.339/AV du 29 avril 2003.

C.E., avis n° 36.847/AG et n° 36.848/AG du 20 avril 2004.

C.E., avis n° 41.215/2 du 11 octobre 2006.

C.E., avis n° 53.932/AG du 27 août 2013.

C.E., avis n° 56.826/3 du 19 décembre 2014.

CE, avis n° 59.437/3 du 20 juin 2016.

C.E., avis n° 61.574/2 du 19 juin 2017.

C.E., avis n° 64.944/3 du 24 janvier 2019.

CE, avis n° 72.175/3 du 12 octobre 2022.

C.E., avis n° 71.908 du 27 octobre 2022

C.E., avis n°73285 du 16 juin 2023.

C.E., avis n° 73.972 du 28 septembre 2023.

4. Autres sources

Avis, études et rapports

INAMI, « Géographie de la consommation médicale – Variations dans les dépenses de l’assurance soins de santé en Belgique – Rapport longitudinal 2009-2013 », 15 mai 2015.

Commission de planification – Offre médicale, « Avis formel n° 2016/2 relatif au contingentement des médecins », rendu le 26 avril 2016.

FEDITO BXL, « Rapport sectoriel 2017 », disponible sur https://cbcs.be/wp-content/uploads/2018/08/rapport_sectoriel_toxicomanie_2017.pdf

MISSINNE, S., et LUYTEN, S., « Les médecins généralistes en région bruxelloise: qui sont-ils, où pratiquent-ils et où se situent les potentielles pénuries ? », Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, Bruxelles, Commission communautaire commune, 2018.

Organisation mondiale de la Santé, « Déclaration d’Astana sur les soins de santé primaires », Genève, 2018.

Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, « Tous égaux face à la santé à Bruxelles ? Données récentes et cartographie sur les inégalités sociales de santé », Commission communautaire commune, Bruxelles, 2019.

BOUCKAERT, N., MAERTENS DE NOORDHOUT, C. et VAN DE VOORDE, C., « Performance du système de santé belge : Évaluation de l’équité – Synthèse ». Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre Fédéral d’Expertise des Soins de Santé (KCE). 2020.

Be.Hive, « Un livre blanc de la première ligne francophone », Bruxelles, 2020.

Beleidsplan eerstelijnszone BruZEL 2020-2021, disponible sur <https://www.huisvoorgezondheid.be/wp-content/uploads/2020/01/BeleidsplanBruZEL2020-2021.pdf>

Kenniscentrum WWZ avec Ars Collaborandi, Cahier 15, « Panorama du social et de la santé à Bruxelles », janvier 2021.

ARES, « Avis 2022-15. Programme de cours des médecins sur l’interruption volontaire de grossesse » rendu le 30 juin 2022, disponible sur <https://drive.google.com/file/d/1q6YjFm99qQuJxzufS1cyeDfXR8iOV5KO/view>

Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, « Baromètre social. Rapport bruxellois sur l’état de la pauvreté et des inégalités sociales et de santé. 2023 », Bruxelles, Vivalis.brussels, 2024.

Institut bruxellois de statistique et d’analyse, « Panorama socio-économique 2022. Contexte économique, social et environnemental de la Région de Bruxelles-Capitale », Perspective Brussels, décembre 2022.

« Suivi de la force de travail des médecins : nouveaux éléments et impact COVID-19 pour déterminer les quotas médecins 2029-2033 », Cellule Planification des professions de soins de

santé, Service Professions des soins de santé et pratique professionnelle, DG Soins de santé, SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, 2023.

THUNUS, S., DONNEN, A., CRETEN, A. et WALKER, C., « Melting point: situations de vulnérabilité, accès et recours aux soins de première ligne en Région bruxelloise », Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale, 2023.

Commission nationale d'évaluation de la loi du 15 octobre 2018 relative à l'interruption volontaire de grossesse, « Rapport à l'attention du Parlement. 1^{er} janvier 2020-31 décembre 2021 », 2023.

Comité scientifique en charge de l'évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique, « Étude et évaluation de la loi et de la pratique de l'avortement en Belgique. Rapport académique à la demande de la majorité « Vivaldi » au niveau fédéral », 2023.

Brusano et CBCS, « Rapport sur le travail mené d'octobre 2022 à janvier 2023. Les Ateliers du Changement », 2023.

DE KOCK, C., DEMOULIN, L., FORTUNIER, C., HUSSON, E., MOENS, K. et RACAPÉ, J., « Repenser la première ligne de soins », BSI position papers, n° 4, 2023, disponible sur <https://bsiposition.hypotheses.org/1774>

Commission de planification – Offre médicale, « Avis formel n° 2016/2 relatif au contingentement des médecins », rendu le 18 avril 2023.

Documents politiques

« VIème réforme de l'État. Le transfert des compétences à la COCOF. État des lieux ». Note des services du gouvernement francophone bruxellois, mise à jour au 18 novembre 2014, disponible sur <https://www.parlementfrancophone.brussels/le-parlement/historique/annexes/note-college-cocof-6e-reforme>.

« Projet commun d'organisation des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales », 19 septembre 2013.

« Déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune. Législature 2019-2024 », 18 juillet 2019.

« Pour une Belgique prospère, solidaire et durable », Accord de gouvernement Vivaldi, 30 septembre 2020.

Plan « Droits des femmes » adopté par le gouvernement de la Fédération Wallonie-Bruxelles le 17 septembre 2020, disponible sur http://www.egalite.cfwb.be/index.php?eID=tx_nawsecuredl&u=0&g=0&hash=fba5f84be288ad0d20ffc7c6da00b8b6df5d46fa&file=fileadmin/sites/sdec_III/upload/sdec_III_super_editor/sdec_III_editor/documents/Droits_des_Femmes/Plan_Droits_des_Femmes_2020-2024_FWB.pdf

Contrat de gestion 2021-2023 d'Iriscare, disponible sur <https://www.iriscare.brussels/fr/notre-contrat-de-gestion/>

Plan social santé intégré 2022 de la Commission communautaire commune, disponible sur <https://www.brusselstakescare.be/>

Plan promotion santé 2023-2027 de la Commission communautaire française, disponible sur https://www.ccc-ggc.brussels/sites/default/files/documents/graphics/dossiers/dossier_2019-2_inegalites_sociales_sante.pdf

Entretiens

Sven BOUSSET, directeur des Affaires juridiques d'Iriscare, entretien réalisé le 27 juillet 2023.

Isabelle FONTAINE, directrice des Affaires sociales et de la Santé à l'administration de la COCOF, entretien réalisé le 27 juillet 2023.

Zoé GENOT, députée bruxelloise, entretien réalisé le 1^{er} août 2023.

David HERCOT, conseiller à la cellule social-santé commune aux cabinets du ministre Alain Maron, chargé de l'Action sociale et de la Santé au Collège réuni de la Commission communautaire commune et au Collège de la Commission communautaire française, et de la secrétaire d'État Barbara Trachte, ministre-présidente et chargée de la Promotion de la Santé au Collège de la Commission communautaire française, entretien réalisé le 26 juillet 2023.

Kris MEURANT, directeur du pôle psycho-social (centre de crise) de l'asbl Transit, entretien réalisé le 8 août 2023.

François PERL, directeur du pôle « Acteur social et citoyen » de Solidaris, entretien réalisé le 6 avril 2023.

Miguel ROSAL MARTINS, conseiller à la cellule social-santé commune aux cabinets du ministre Alain Maron, chargé de l'Action sociale et de la Santé au Collège réuni de la Commission communautaire commune et au Collège de la Commission communautaire française, et de la secrétaire d'État Barbara Trachte, ministre-présidente et chargée de la Promotion de la Santé au Collège de la Commission communautaire française, entretien réalisé le 8 août 2023.

Bruno VALKENEERS, porte-parole de l'asbl Transit, entretien réalisé le 8 août 2023.

Olivia VANMECHELEN, medewerker zorg en beleidsondersteuning au Kenniscentrum WWZ, entretien réalisé le 26 juillet 2023.

Presse et événements publics

DE MAESENEER, J., DE MUNCK, P., DE RIDDER, R., GODIN, J.-N., HERMESSE, J., SAS, W., VANDENBROUCKE, F. et VAN PARIJS, P., « En soins de santé, pas de bonne réforme de l'État sans implication des acteurs et des experts », 31 juillet 2020, disponible sur <https://rethinkingbelgium.eu/wp-content/uploads/2020/10/reforme-etat-soins-sante.pdf>

Rethinking Belgium, « Should our federal institutions be modified in order to better address the challenges of health in the 21st century? If so, how? » événement en ligne organisé le 12 novembre 2020, disponible sur <https://rethinkingbelgium.eu/event/een-staatshervorming-voor-betere-gezondheidszorg-une-reforme-de-letat-pour-de-meilleurs-soins-de-sante/>

MESSOUDI, H., « La crise du coronavirus, la faute 'aux neuf ministres de la Santé ?' Des experts pointent plutôt le fédéral et l'absence de leadership », *RTBF*, 18 février 2021, disponible sur <https://www.rtbf.be/article/la-crise-du-coronavirus-la-faute-aux-neuf-ministres-de-la-sante-des-experts-pointent-plutot-le-federal-et-labsence-de-leadership-10700639>

« Défendre le droit à l'avortement, c'est défendre la formation à l'IVG à l'université », carte blanche publiée le 28 septembre 2022 par un collectif de signataires académiques, disponible <https://www.lesoir.be/468047/article/2022-09-28/defendre-le-droit-lavortement-cest-defendre-la-formation-livg-luniversite>

« Le gouvernement bruxellois renforce l'effectivité du droit à l'interruption volontaire de grossesse (IVG) », communiqué de presse du 19 juin 2023 disponible sur <https://maron-trachte.brussels/2023/06/19/sante-le-gouvernement-bruxellois-renforce-leffectivite-du-droit-a-linterruption-volontaire-de-grossesse-ivg/>

RTBF, journal de 8h, le 23 juin 2023, disponible sur <https://auvio.rtbf.be/emission/le-journal-de-8-heures-1092>

BOULET, B., « Plus d'exception à Bruxelles : tous les hôpitaux devront pratiquer l'IVG », disponible sur <https://www.rtbf.be/article/plus-dexception-a-bruxelles-tous-les-hopitaux-devront-pratiquer-livg-11217144>

Ressources en ligne

Site Bruxelles Social <https://social.brussels/>