

PARLEMENT
DE LA
COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 2001-2002

20 NOVEMBRE 2001

PROJET DE DECRET

RELATIF A LA PROMOTION DE LA SANTE A L'ECOLE (1)

RAPPORT

PRESENTE AU NOM DE LA COMMISSION DE L'EDUCATION
PAR MME **MONIQUE VLAMINCK-MOREAU**

(1) Voir Doc. n° 208 (2001-2002) n°s 1 et 2.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission de l'Éducation a examiné au cours de ses réunions des 12 novembre 2001, 19 novembre 2001 et 20 novembre 2001 (1) le projet de décret relatif à la promotion de la santé à l'école.

I. EXPOSE DE MME LA MINISTRE MARECHAL

L'Inspection médicale scolaire (IMS) est toujours organisée par une loi datant de 1964. Ce texte est dépassé par rapport aux pratiques socio-médicales d'aujourd'hui, limitant trop souvent les équipes à un strict travail technique d'examens médicaux.

De plus, la façon dont la loi s'applique, par ses arrêtés, freine les équipes qui voudraient justement adapter leurs interventions et développer des missions complémentaires à celles du dépistage.

Mme la ministre a rencontré un secteur démotivé, blessé par la fin abrupte de l'expérience de rénovation et désireux de rénover son outil en profondeur pour y remettre du sens. Ce qu'elle a essayé de faire avec le secteur.

En repartant de ce qui existe, Mme la ministre pense que cela permettra évidemment de mieux saisir les évolutions et les modifications.

L'IMS est obligatoire et gratuite. C'est donc un « service public universel », appliqué du fondamental jusqu'au supérieur non universitaire.

(1) Ont participé aux travaux de la commission:

Mme Bertouille (Présidente), MM. Fontaine, Huart, Neven, Mme Pary-Mille, MM. Bailly, Daif, Dupont, Léonard, Doukeridis, Lahssaini, Mme Vlamincq-Moreau (rapporteuse), M. Charlier, Mme Corbisier-Hagon et M. Séneca.

Ont assisté aux travaux de la commission:

M. Galand, Mme Molenberg, M. Smeets: membres du Parlement;

M. Demotte, ministre de la Culture, du Budget, de la Fonction publique, de la Jeunesse et des Sports;

M. Hazette, ministre de l'Enseignement secondaire et de l'Enseignement spécial;

Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé;

Mme Poupé, collaboratrice au cabinet de M. le ministre Demotte;

MM. Dessy et Marnette, collaborateurs au cabinet de M. le ministre Hazette;

Mme Bertrand, attachée au cabinet de Mme la ministre Maréchal;

M. Liénard, expert du groupe PRL-FDF-MCC

M. Dumongh, expert du groupe PS;

Mme Leprince, experte du groupe PS;

Mme Wattiaux, experte du groupe PSC.

Les missions définies en 1964 étaient:

— pour les élèves, le dépistage des déficiences physiques et mentales;

— pour les élèves et les membres du personnel, le dépistage, la prophylaxie et les mesures de prévention contre les maladies transmissibles;

— la collaboration à l'établissement de statistiques concernant l'état de santé et de morbidité en âge scolaire (elle reviendra sur cette question du recueil des données);

— la promotion de conditions favorables d'hygiène générale et de salubrité des bâtiments, des installations et du matériel scolaire.

Outre les examens médicaux de base, des examens spécifiques peuvent être réalisés lorsque les risques particuliers existent, lorsque qu'un danger spécifique apparaît ou pour des élèves socialement défavorisés.

Mme la ministre propose de passer en revue les points essentiels de ce projet de décret.

Le subventionnement

Il était prévu à l'acte réalisé. Il fut ensuite en partie forfaitarisé par l'octroi d'une subvention traitement accordée à la première infirmière, sur base d'un nombre de 4 200 examens par an.

Mais le subventionnement à l'acte a toujours subsisté en ce qui concerne le médecin.

Ce type de subventionnement par acte a eu un effet pervers: seul l'acte médical étant subventionné, peu de place a été laissée aux autres missions.

En outre, le contrôle nécessaire par l'Administration de la subvention-traitement, du nombre d'examens et du nombre d'examens sélectifs, prenait un temps énorme, créait une tension dans les relations entre l'administration et les équipes, et ne passait plus le cap de l'Inspection des finances, laquelle estimait ne pas disposer des justifications nécessaires lui permettant d'évaluer si les engagements budgétaires sollicités correspondaient à des besoins réels et démontrés.

Cela lui a posé problème deux ans de suite et l'a contraint de passer au Gouvernement, retardant encore les délais de subventionnement.

L'établissement de statistiques

Il s'agit ici de la récolte des données. Cette mission était pratiquement impossible à rencontrer, toutes les équipes n'étant pas informatisées et celles qui l'étaient ne développant pas de méthode standardisée de recueil. Il est donc impossible de disposer au niveau de la Commu-

nauté française de données permettant de contribuer à une politique globale de la santé en faveur des jeunes. Il est aussi impossible pour les équipes IMS d'avoir une perception globale des problématiques rencontrées par les enfants et les jeunes afin d'adapter leurs interventions.

L'expérience de rénovation

Ce fut une expérience très intéressante, mais la situation fut assez surréaliste, puisqu'après 23 ans, sans évaluation, on a mis fin à cette expérience! De 1975 à 1998, une fonction de coordination a été créée au sein des centres IMS. Une subvention fut accordée pour un médecin coordonnateur, en rapport avec le nombre d'examens réalisés par le centre. Le nombre d'examens nécessaires pour l'obtention de la subvention-traitement passa à 3 500/an. Il y avait donc là du temps récupéré pour l'infirmière.

Cette modification avait pour objectifs:

- d'entamer un travail d'amélioration du recueil des données épidémiologiques;
- d'introduire la dimension «éducation à la santé» au sein des écoles.

Cette expérience a été stoppée sans qu'aucune évaluation soit faite et en retirant une part du budget IMS, 20 millions, pour l'attribuer à celui de la Promotion de la santé (décret de 1997). Il est inutile de préciser combien ce fut dévalorisant pour les équipes et les partenaires de terrain.

On en est donc revenu aux dispositions de la loi de 1964 et à la réalisation de visites médicales à la chaîne. Cette situation ne permet pas d'assurer le suivi et le recentrage sur les besoins réels de la population scolaire de chaque centre, ni de répondre aux sollicitations multiples des directions, enseignants, familles et élèves.

L'agrément

Les centres IMS (c'est-à-dire les locaux) et les équipes devaient être réagréés chaque année. De plus, chaque modification au sein d'une équipe nécessitait également un arrêté. En bref, pas moins de 300 arrêtés par an étaient nécessaires au fonctionnement des IMS!

Le budget

Le budget attribué aux missions de l'IMS est stable ces dernières années: 584 millions en 1999 et 2000, 580 millions en 2001.

Mme la ministre voudrait insister quelques minutes sur la méthode de travail qu'elle et son cabinet ont suivie.

Dès le début de l'année 2000, elle a lancé un travail en table ronde, réunissant dans une concertation sectorielle l'ensemble des acteurs de l'IMS (infirmières et infirmiers, médecins, pouvoirs organisateurs, syndicats, administration de la Santé, administration de l'Enseignement).

A partir de la question «Quelle médecine scolaire voulons-nous?», les problématiques des missions, de la restructuration des activités, de la simplification administrative et de l'organisation informatisée du recueil des statistiques ont été abordées. L'objectif était de dégager le plus de consensus possible sur ces différents points.

Parallèlement, une étude a été réalisée par l'ULB (Ecole de santé publique) sur la faisabilité de l'informatisation des données sanitaires par les centres IMS. Ces résultats ont nourri les travaux de la table ronde.

En décembre, Mme la ministre a exposé à ces différents intervenants du secteur une première note d'orientation à laquelle ils ont encore pu réagir avant qu'elle ne soit envoyée au Gouvernement.

Plus traditionnellement, le texte a évidemment été envoyé à la concertation syndicale.

En ce qui concerne le contenu de la réforme, Mme Maréchal l'a évoqué précédemment, l'IMS travaillait dans l'esprit d'une époque où le dépistage et la lutte contre les maladies infectieuses étaient les centres d'intérêt. Un regard hygiéniste.

Ce travail a été indispensable et le reste en partie. Mais médecine ne veut plus dire uniquement biologie et physiologie. On prend désormais en compte des facteurs déterminants de la santé (ces facteurs peuvent être culturels, sociaux, affectifs, environnementaux ...) et on travaille différemment avec le bénéficiaire des soins, dans un sens plus participatif. Enfin, on travaille en intersectorialité, en ayant recours à d'autres intervenants.

L'IMS doit, elle aussi, intégrer ces facteurs et travailler dans une logique de bien-être.

L'école étant un lieu où les enfants passent une grande partie de leur journée, parfois plus qu'avec leurs parents, elle doit devenir elle-même un lieu qui génère de la santé.

Il s'agit donc de renforcer des déterminants positifs de la santé en milieu scolaire ce qui nous fait parler d'Ecole en santé. Pour réaliser cet objectif, on va réorienter les missions du secteur.

Elle tient à mettre en évidence la cohérence qu'apporte ce texte relatif au secteur de l'Inspection médicale scolaire par rapport au décret de 1997 relatif à la promotion de la santé.

Mme Maréchal a déjà cherché cette cohérence en travaillant sur le décret « Sport en santé » et « Lutte contre le dopage ».

Il faut considérer le décret de 1997 comme décret cadre, définissant la philosophie et les objectifs des méthodes développées en Communauté française sur le champ de ses compétences en santé.

Chaque thématique doit intégrer cette philosophie et ces objectifs, et cela doit se traduire dans les textes.

Le premier objectif de ce projet de décret est donc cette réorientation. Il s'agit d'un objectif de fond. Le deuxième objectif, c'est celui de la simplification de la gestion et de l'administration et fonctionnement des équipes. C'est un objectif de forme. En effet, il faut sortir de la situation courtelinesque décrite tout à l'heure.

Les missions

Les missions à remplir par les équipes seront donc plus larges que celles de surveillance médicale. Elles devront contribuer à un dispositif de promotion active de la santé des jeunes, en collaboration avec les autres acteurs susceptibles d'une intervention dans ce sens: la population scolaire, le corps enseignant, les pouvoirs organisateurs et les centres PMS, mais aussi les parents et les intervenants extérieurs comme les médecins généralistes, les pédiatres, les centres de santé mentale, les associations spécialisées ...

Les nouvelles missions sont les suivantes:

- la promotion de la santé dans l'école et la promotion d'un environnement favorable à la santé à l'école (mission qui était déjà en partie décrite en 1964);

- le suivi de la santé globale des enfants, de la maternelle à la fin du secondaire, en lien avec les autres intervenants socio-sanitaires et avec le milieu familial (ici aussi, la mission existe depuis 1964, mais elle est élargie);

- la prophylaxie des maladies transmissibles (ici, rien n'est modifié);

- la contribution à une politique et à des stratégies de promotion de la santé des jeunes, en contribuant à un recueil et à une gestion des informations en la matière.

On le constate, ces missions intègrent complètement les objectifs de la loi de 1964, en leur donnant une perspective plus globale en rapport avec l'évolution du concept de santé, en les intégrant à l'action du milieu (l'école), en maintenant absolument le dépistage des troubles de croissance, de développement et d'apprentissage, en articulant la démarche avec le milieu familial et avec les autres acteurs suscepti-

bles d'intervenir sur la santé des jeunes, en dégageant des informations susceptibles d'apporter une meilleure continuité et une meilleure compréhension des problématiques de santé des jeunes.

L'appellation des équipes est modifiée, parallèlement à ces nouvelles missions

Il faut avouer que le terme « Inspection médicale scolaire » était terriblement technique et rébarbatif. On les appellera désormais équipes de « Promotion de la santé à l'école » (Équipes PSE).

En quoi va consister concrètement la mission « promotion de la santé à l'école ? »

La communauté scolaire, l'équipe PSE et le centre PMS devront convenir d'un projet santé, lequel fera partie intégrante du projet d'établissement. Ce projet sera nourri par les recueils de données et d'analyse des besoins perçus par l'équipe et les animateurs de la communauté scolaire.

Une souplesse sera laissée aux établissements pour choisir ce projet santé. Les problématiques ne sont pas les mêmes selon qu'on traite une population d'âge primaire ou secondaire. Les problématiques ne sont pas non plus les mêmes si on se trouve au fin fond du Hainaut ou à Arlon, ou dans un quartier de Liège.

Si une souplesse est laissée aux établissements, des recommandations seront néanmoins émises. On peut penser par exemple aux problématiques de l'alimentation ou du sommeil pour les plus petits ou à des problématiques assuétudes, relations sexuelles et affectives, ... pour les élèves plus âgés.

Le projet santé veillera à articuler les besoins et les ressources disponibles en matière d'éducation à la santé.

Les bilans de santé

Il s'agit ici des examens médicaux de base et des examens spécifiques. C'est un arrêté du Gouvernement qui déterminera le nombre de bilans de santé auxquels chaque élève devra être soumis sur l'ensemble de sa scolarité. Ces bilans seront répartis sur les trois cycles (fondamental pré-scolaire, fondamental primaire et secondaire).

Le texte prévoit un programme entre cinq et huit bilans obligatoires au cours de la scolarité, ce qui devrait assurer une surveillance de base adéquate. Un examen en maternelle, trois en primaire et trois dans le secondaire paraissent un

schéma optimal. Cinq est donc un socle minimal.

La ministre n'a pas improvisé ces chiffres évidemment: ils sont le résultat des travaux en table ronde et de concertation avec des spécialistes en médecine, pédiatrie, inspection médicale scolaire. La fréquence et le contenu en sont pertinents. L'objectif est bien de continuer de rencontrer les priorités dans le dépistage, l'évaluation de la croissance et du développement et d'assurer la qualité des examens. Il y a donc réadaptation de la fréquence des examens, ce qui permet de libérer du temps pour des suivis de proximité, pour un travail plus éducatif et pour une articulation avec les intervenants extérieurs à l'école et les familles.

En plus de ces bilans obligatoires, d'autres bilans pourront être organisés pour certains élèves nécessitant un suivi particulier. Ainsi les primo arrivants bénéficieront automatiquement de cette possibilité. On l'a envisagée aussi pour l'enseignement spécial, mais comme une potentialité, cet enseignement offrant déjà plus de possibilités de suivi médical que l'enseignement ordinaire. Les élèves en situation sociale défavorisée ou présentant des problèmes spécifiques de santé seront également touchés par ces bilans spécifiques.

Elle reviendra à ces élèves en situation sociale défavorisée.

Les actes médicaux comprennent aussi la vaccination. C'est le Gouvernement qui décidera quels vaccins seront proposés gratuitement et l'âge auquel ils seront proposés, en lien avec la politique vaccinale de la Communauté.

Le subventionnement

Cette question n'est pas anodine, car elle permettra une gestion plus souple pour les équipes et pour l'administration. Il s'agit donc ici à nouveau d'une modification de forme. Mais sur le fond, la réforme vise aussi un objectif d'équité sociale plus grand.

Pour inciter les équipes à travailler dans le sens du décret et à accorder autant d'attention à toutes les missions prévues par celui-ci, le système de subventionnement des équipes est modifié. On passe d'une subvention à l'acte à une subvention forfaitaire par élève pris en charge.

La base, c'est une subvention forfaitaire allouée par élève inscrit dans l'école qui a signé une convention avec l'équipe PSE.

En plus de cette subvention de base, un complément de subvention forfaitaire sociale est alloué par élève résidant dans des quartiers classés sous un certain seuil de pauvreté (seuil fixé

sur base des dernières statistiques disponibles en matière de santé, de revenu moyen par habitant, de niveau de diplôme et de classification des statuts professionnels).

Le forfait par élève sera donc modulé en fonction du statut social de l'élève de manière à donner davantage de moyens pour la prise en charge de ceux qui en ont le plus besoin. Il y a là un objectif de plus grande équité sociale qui permettra de développer un suivi plus intense avec des élèves pour qui la PSE reste souvent le seul aspect possible à un suivi socio-médical.

Le principe de respect de la vie privée sera évidemment rencontré lors de la mise en œuvre de ce mécanisme de discrimination positive lié à la situation de l'élève. Les équipes ne recevront pas des listes nominatives où seraient pointés les élèves en discrimination positive. Il faut éviter la stigmatisation.

Les équipes seront donc informées du nombre d'enfants en discrimination positive au sein de l'établissement (ces élèves étant définis comme tel individuellement). Il revient à la responsabilité des membres de l'équipe de «repérer» les enfants nécessitant un suivi complémentaire.

Le forfait servira à couvrir l'ensemble des frais de personnel et de fonctionnement nécessaires pour rencontrer toutes les missions.

Mise en œuvre de la mission «environnement scolaire favorable»

Cette disposition existait déjà dans la loi de 1964 mais il faut dépasser l'approche hygiéniste pour traiter l'environnement dans un sens plus large;

La qualité de l'environnement physique a une influence sur les comportements des élèves et une fonction éducative. On entend par environnement physique les bâtiments en général mais plus particulièrement les classes (luminosité, sièges, bruit, ...), les cantines, les salles de réunion, les cours de récréation, les sanitaires.

Ce travail ne sera pas systématique, et relève de l'avis, du conseil ou de la recommandation. Il sera pertinent de lier cette mission au projet d'école retenu. Ainsi, dans un établissement qui aurait fait le choix de travailler sur l'alimentation, la mission «environnement scolaire» pourrait s'attacher plus particulièrement à la cantine et aux cuisines.

Recueil et gestion des données sanitaires et administratives

Pour établir des priorités d'action, tant au niveau d'une politique globale en Communauté

française pour la santé des jeunes que pour avoir un outil pour définir des besoins locaux en rapport avec la communauté éducative et scolaire, une gestion des informations sanitaires gagnera à s'appuyer sur un recueil standardisé des données et des méthodes d'examen et sur un traitement informatique commun.

Un budget spécifique dans le budget PSE est prévu pendant trois ans afin d'équiper les centres de façon standardisée. Une phase-pilote doit permettre de valider ce dispositif. Une sélection d'indicateurs pertinents sera enregistrée sur un logiciel commun mis à disposition des centres pilotes dans un premier temps. L'extension du système sera fonction de l'évaluation de cette phase expérimentale (33 centres se sont déjà portés volontaires). L'utilisation des nouveaux outils sera facilitée par un programme de formation destiné au personnel.

Le matériel informatique permettra également de traiter plus efficacement les informations administratives et de gestion et de les transmettre plus rapidement à l'administration mais aussi à la population scolaire et aux parents.

La formation du personnel

C'est un facteur déterminant de la réforme des pratiques du secteur et de la réussite de son orientation vers la promotion de la santé des jeunes à l'école. Cela demande un accompagnement conceptuel et technique qui doit être programmé conjointement à la mise en œuvre de la nouvelle législation.

Un programme de formation est en voie de finalisation. Dans une phase transitoire, un programme plus important sera mis en place pendant 2 ans; ensuite, le personnel suivra une formation continuée.

De plus, ce programme de formation bénéficiera aussi aux membres des centres PMS remplissant les missions PSE dans l'enseignement subventionné par la Communauté française, durant la période transitoire.

Agrément et fonctionnement des équipes

Il faut sortir du système actuel, fastidieux. L'agrément portera désormais sur l'équipe, et sur l'équipe seulement, à condition qu'elle fonctionne dans un lieu répondant à certaines conditions. Un premier agrément sera établi pour une durée de 1 an. Il sera ensuite prorogé pour une période de 5 ans si l'évaluation de son fonctionnement au regard des missions est positif.

L'agrément ne porte pas sur le personnel: la gestion du personnel est de la responsabilité du pouvoir organisateur, qui communique les changements à l'administration. C'est au PO de

mettre en place le personnel nécessaire à la réalisation de sa mission à l'égard de la population scolaire en charge.

Le nombre minimum d'élèves sous tutelle (actuellement 4 000) n'est plus en soi un critère d'agrément. Il faudra éventuellement envisager un nombre minimum sous lequel l'investissement logistique et une mise en place d'une équipe sont contre-performants. Mais le risque est quasi nul. En effet, il faut un nombre minimal de personnel (un mi-temps médecin et un équivalent temps plein infirmière) disponible, cela nécessite d'avoir un certain nombre d'élèves et donc un certain nombre de forfaits par élève.

Une convention sera contractualisée entre les établissements scolaires et les PSE, convention qui confirme la durée et les termes d'un projet de santé pour la population scolaire concernée. Elle devrait s'étaler sur une période minimale de 3 ans pour assurer une certaine continuité et une permanence des actions.

Rapports de l'équipe PSE avec les autres acteurs de la santé des enfants et des jeunes

Des articulations devront être développées avec tous les intervenants déterminants dans la promotion de la santé des jeunes à l'école. Outre le projet d'école déjà évoqué plus haut, on peut citer:

- les divers professionnels qui interviennent pendant le parcours scolaire pour un travail d'information et d'éducation à la santé (toxicomanie, sida, vie sexuelle, alimentation): leurs interventions s'inscriront plus utilement encore dans une démarche plus planifiée et concertée;

- les professionnels de la santé hors de l'école: la continuité avec le médecin de famille sera organisée en transmettant systématiquement les informations et résultats des examens; des réunions de coordination pourront être proposées non seulement aux médecins généralistes, mais aussi aux centres de santé mentale, de planning familial, d'aide aux toxicomanes, de médiation familiale ou d'autres intervenants utiles;

- les parents: la communication des résultats sera systématique et qualitativement adaptée; le rôle de l'équipe PSE sera explicité dans un premier contact-entretien en maternelle, ou à défaut en première primaire, et la contribution des parents sera activement sollicitée à cette occasion pour compléter le recueil des données sanitaires de leurs enfants.

Les rapports PSE-PMS

Une distinction est faite dans les textes entre les centres et les équipes. En effet, dans l'ensei-

gnement organisé par la Communauté française, les missions visées par ce texte sont remplies par les centres psycho-médico-sociaux, agréés par le ministre Pierre Hazette, et qui exercent à la fois les missions PMS et les missions IMS relevant de la loi de 1964. Il y a eu fusion des deux outils.

Par contre, dans l'enseignement subventionné par la Communauté française, les centres PMS n'exercent que les missions PMS. Les missions IMS relevant de la loi de 1964 sont exercées par des équipes agréées par le ministre ayant la Santé dans ses attributions.

Ce nouveau décret sera donc applicable dans son entièreté pour l'enseignement subventionné par la Communauté française. En ce qui concerne l'enseignement qu'elle organise, la partie subvention et modalités d'agrément ne sera donc pas applicable, mais bien les missions.

Fallait-il fusionner ces 2 types d'équipe?

La question de savoir s'il fallait fusionner ces 2 types d'équipe a déjà été posée dans le passé, et on sait qu'à chaque fois, cela a bloqué toute possibilité d'évolution sur le dossier IMS. Il est apparu qu'à ce stade, une fusion IMS-PMS dans l'enseignement subventionné paraissait tout à fait prématurée. La situation du secteur IMS nécessitait d'abord une remise en état, une actualisation et une dynamisation avant d'envisager un projet de fusion.

On pourra peut-être dans l'avenir mesurer le bénéfice d'une fusion par rapport à une coordination efficace des structures existantes. Pour l'instant, c'est bien l'articulation des missions et des collaborations à établir entre les deux équipes qui ont retenu l'attention de la ministre.

La question de l'enseignement supérieur

Mme Maréchal a indiqué que le nouveau projet de décret traitait de l'enseignement du fondamental jusqu'au secondaire. Ce décret n'organise donc pas les missions PSE dans l'enseignement supérieur non universitaire. Cela ne signifie pas pour autant qu'on ait omis ce niveau d'intervention.

Aujourd'hui l'intervention IMS dans le supérieur non universitaire est centrée sur les examens obligatoires. L'efficacité de ces bilans de santé est très aléatoire, les étudiants ne se présentant la plupart qu'après plusieurs rappels, pour faire valider leur situation administrative.

Les objectifs du décret s'adaptent assez mal à la nature des populations et des établissements scolaires. Ce sont des populations très différentes, il n'est donc pas évident d'appliquer dans le supérieur ce qui sera développé dans le fonda-

mental et dans le secondaire. Deux illustrations de cette difficulté: il n'y a pas de projet d'école dans le supérieur; on peut difficilement envisager pour des élèves majeurs la contrainte des examens obligatoires.

Par contre il est évident qu'il est utile que la mission promotion de la santé soit développée dans ce type d'enseignement (abus de médicaments, d'alcool, toxicomanies, relations sexuelles, sida, suicide, bien-être, ...) via des campagnes d'information collective et des possibilités de suivis plus individuels. Il y a une demande des étudiants en ce sens, cela a été confirmé par les équipes qui travaillent dans le supérieur.

Un autre texte sera donc créé en ce qui concerne la PSE dans le supérieur non universitaire. Les dispositions relatives à la création d'un texte décretaal propre à ce niveau sont déjà travaillées en concertation avec la ministre compétente et arriveront dans les semaines à venir.

Enfin, des dispositions doivent être prises avec la ministre de l'Emploi en ce qui concerne la problématique des étudiants stagiaires (dans le cadre de l'application de la loi du 4 août 1966 relative à la protection du bien-être des travailleurs). Des discussions sont actuellement en cours, et la situation évolue bien. Le résultat devra compléter la réflexion sur les réponses à apporter aux besoins de la population fréquentant l'enseignement supérieur.

Emploi et budget

Aucune perte d'emploi globale n'est à attendre de cette réforme, le même nombre d'élèves étant pris en charge et la diminution du nombre d'examens étant compensée par le développement de nouvelles missions.

De plus, le budget reste inchangé. On ne peut aujourd'hui amener de moyens nouveaux au secteur, situation budgétaire de la Communauté française oblige. Mais il n'y a pas non plus de diminution des moyens. A partir de 2004, les perspectives s'éclaireront pour ce secteur comme pour les autres.

Période transitoire

L'objectif de Mme la ministre est de rendre ce texte opérant pour la rentrée scolaire 2002-2003. Evidemment il trouvera à s'appliquer par étapes. Il ne faut pas brusquer les équipes, il ne faut pas non plus improviser sur les missions promotion de la santé. Ainsi, la première année rendra effective la diminution du nombre d'examens. Cela permettra aux équipes de s'habituer à la transition, de préparer leur projet santé en collaboration avec tous les intervenants

scolaires. Dans le même temps, les formations à la promotion de la santé seront mises sur pied ainsi que l'expérience-pilote de recueil des données et la formation qui l'accompagne.

C'est donc en 2003-2004 que ce décret pourra être développé dans son entièreté.

En ce qui concerne l'enseignement supérieur, la période transitoire prévoit son maintien en 2001-2002. Le décret qui organisera la PSE à ce niveau sera également prêt pour la rentrée 2002-2003.

Des équipes IMS pratiquent déjà aujourd'hui des actions « promotion de la santé ». Elles ont activé le budget général santé ou reçoivent un complément de leur pouvoir organisateur pour œuvrer en ce sens. Le bilan est évident : cela fonctionne et les travailleurs y trouvent beaucoup de satisfaction. Les formations dispensées mettront en valeur les résultats de ces expériences.

Comme d'habitude — mais c'est la première fois que Mme Maréchal présente un projet de décret à cette commission — elle est ouverte aux amendements du Parlement.

Tout ce qui pourrait améliorer le texte, sa lisibilité et sa clarté, ou préciser une formulation ou un objectif, est bienvenu.

Elle remercie les membres de la commission pour leur attention.

II. DISCUSSION GENERALE

Mme Corbisier-Hagon tient d'abord à remercier Mme Maréchal pour la présentation minutieuse et fouillée de ce projet de décret pour lequel elle posera une série de questions générales permettant d'éclaircir certains points.

Cette commissaire a bien entendu la ministre en ce qui concerne son souci honorable d'ouvrir le dialogue et sa disposition à accepter des amendements.

Mme Corbisier-Hagon pense, d'autre part, qu'il faut éviter de prêter le flanc aux critiques et cela particulièrement en ce qui concerne les remarques du Conseil d'Etat.

Elle rappelle, comme l'a souligné Mme Maréchal, que l'Inspection médicale scolaire n'avait pas été réformée depuis mars 1964 malgré des expériences qui ont duré 23 ans et qui n'ont jamais été évaluées; ce qui est regrettable car l'évaluation est un point positif.

Mme Corbisier-Hagon souhaite savoir s'il existe une comparaison de dépenses au niveau financier entre l'IMS telle qu'elle était organisée en mars 1964 pour les centres qui ne s'étaient pas renouvelés ou inscrits dans l'expérience et les centres qui se sont inscrits dans l'expérience de

renovation, comparaison qui nous informerait également sur la projection de ce qui nous est fourni aujourd'hui.

En ce qui concerne les 20 millions destinés à la promotion de la santé, ceux-ci sont-ils utilisés par les centres IMS et comment sont-ils inscrits dans ce budget? Dans le cas où la démarche n'aurait pas été faite, Mme Corbisier-Hagon souhaiterait en connaître les raisons.

Quand on aborde les définitions à l'article 1, Mme Corbisier-Hagon partage l'opinion de la ministre dans son exposé pour dire que le mot « centre » était difficilement définissable autrement puisque le décret s'adresse à la fois au subventionné et à la Communauté française.

Toutefois, cette commissaire se pose des questions sur la différenciation entre « équipes » et « centres ». En effet, par « équipes » on entend les personnes alors qu'un « centre » est plus une personnalité juridique. Ne faudrait-il pas avoir une démarche plus précise quant à la définition.

En ce qui concerne l'aspect social, Mme Corbisier-Hagon pense que la santé y est fortement liée. Or, on ne cite nulle part le personnel social. Mme Corbisier-Hagon souhaiterait connaître les motifs de cette démarche. S'agit-il d'un oubli, d'une volonté délibérée ou cela est-il repris dans un autre terme?

Concernant la subvention à l'acte, Mme Corbisier-Hagon a entendu la ministre parler du côté pervers du mécanisme. Si on ne subventionne plus à l'acte et que l'on instaure un mécanisme de forfait, elle se demande comment il va être procédé au comptage exact et au taux minimal. Même si l'on instaure des normes minimales d'encadrement, il n'est pas tenu compte de la grandeur du centre, ni du nombre d'élèves sous tutelle.

Mme Corbisier-Hagon remarque que la somme de 16 euros pour la subvention forfaitaire ne figurait pas dans l'avant-projet. Elle s'interroge sur les origines de ce chiffre. Proviennent-ils d'une concertation avec le secteur? Actuellement, Mme Corbisier-Hagon observe que les centres reçoivent plus. Or, le budget restera inchangé. Cette situation crée des craintes dans les centres scolaires, notamment parce qu'ils n'ont pas reçu leurs subventions en temps utile. Par ailleurs, cette problématique ne rencontre pas l'ancienneté du personnel ni les indexations.

Mme Corbisier-Hagon a entendu la ministre parler des discriminations positives. S'il est exact qu'elle y est à première vue favorable, cela suscite néanmoins des questions. Se pose notamment la question de savoir si on ne met pas d'étiquette sur l'élève, comment l'administration va-t-elle pouvoir gérer le problème, d'autant plus que cette notion de discrimination

positive au sens de la législation scolaire n'est pas présente dans certaines régions de Wallonie mais qu'il y existe néanmoins des problèmes de santé publique. Elle cite pour exemple l'arrondissement de Thuin.

Mme Corbisier-Hagon s'interroge sur la manière de rencontrer cette problématique tout en protégeant la vie privée. Elle veut en effet être sûre que des gens ne passent pas à travers les mailles du filet.

Cette commissaire souhaite avoir des explications par rapport à l'absence de définition des fédérations de promotion de la santé à l'école.

Concernant les missions des IMS, Mme Corbisier-Hagon pense qu'en les numérotant, on peut sous-entendre qu'il existe une hiérarchisation de celles-ci. S'il n'existe pas de hiérarchisation, il faut pouvoir le dire.

Mme Corbisier-Hagon observe que le nombre de bilans figure entre 5 et 8 avec un chiffre idéal fixé par la ministre à 7. Toutefois, en ce qui concerne les autres bilans, rien n'est précisé. Quels seront les critères du Gouvernement pour fixer ces nouveaux bilans?

A la lecture de l'article 6, on note une référence aux centres vaccinateurs, Mme Corbisier-Hagon souhaite savoir si les centres de santé sont obligatoirement des centres vaccinateurs. Y aura-t-il par ailleurs des liaisons avec les consultations de l'ONE par exemple? Mme Corbisier-Hagon pense en effet que nous manquons de liaisons entre les consultations et les IMS. A partir de ce constat, Mme Corbisier-Hagon partirait plus volontiers vers une collaboration-obligation IMS-PMS. Il faudrait en effet augmenter cette collaboration.

Mme Corbisier-Hagon souhaite également connaître ce que la ministre entend par formation.

Elle a également entendu la ministre parler de stabilité de l'emploi par rapport aux inquiétudes formulées. Toutefois, Mme Corbisier-Hagon remarque que rien n'est inscrit concernant le maintien de l'emploi alors que les assistants sociaux n'ont pas de statut dans les IMS par exemple.

Enfin, pour conclure son intervention, Mme Corbisier-Hagon souhaite savoir ce qu'il en est de la coordination qui peut être élargie avec tous les intervenants.

M. Galand se réjouit du dépôt de ce projet de décret pour sa qualité et sa pertinence. Selon lui, il s'inscrit pleinement dans une logique de promotion de la santé en milieu scolaire et de santé publique en général.

Cette logique doit articuler les différentes interventions de la Communauté française (ONE, médecine scolaire, médecine du travail).

Ce projet est imprégné d'une même philosophie qui de plus en plus imprègne l'ensemble des politiques de promotion de la santé en Communauté française.

M. Galand remarque que ce projet de décret lève enfin l'ambiguïté qui était un handicap pour l'IMS, à savoir, la suppression de ce terme inspection car ce rôle revenait à l'administration et non aux équipes médicales qui agissent plus en tant que conseiller.

Il lui semble que la dénomination choisie est valable car le projet a aussi ce côté positif qui indique que c'est l'école comme telle qui doit être une école en santé. En effet, on imagine mal, par exemple, devoir s'occuper des lunettes des enfants sans veiller à avoir un bon éclairage dans les classes. Le contraire serait pour ce commissaire incohérent.

M. Galand estime qu'un progrès important repose sur le fait qu'il faut que les multiples intervenants soient en contact avec l'équipe de médecine scolaire.

Ce projet de décret s'inscrit également, selon lui, dans la durée notamment grâce au carnet de santé et aux liens qui peuvent être noués avec le médecin de famille.

M. Galand pense que la logique des discriminations positives suit des critères scientifiques; ce mécanisme obligeant et renforçant la responsabilité des écoles et équipes sans stigmatiser la situation.

Ce commissaire souhaite savoir, en ce qui concerne les données sanitaires, si celles qui concernent la qualité sanitaire du milieu scolaire (bâtiments, cantine, éclairage, etc.) seront également récoltées.

Il se réjouit particulièrement du souci de la ministre concernant la formation des équipes.

M. Galand estime qu'il ne faut pas trop hiérarchiser les missions, auquel cas ce serait annihiler la logique moderne de santé publique basée sur la complémentarité et l'interaction.

Ce commissaire réinsiste encore pour que la médecine scolaire sorte de ces centres, de ces bureaux pour connaître *de visu* la qualité ergonomique, la qualité de santé des classes ou celle de l'alimentation en milieu scolaire.

M. Bailly tient également à remercier la ministre pour son exposé complet.

Il tient à mettre en évidence que l'étude préparatoire à ce projet a pris un an et demi de travail, ce qui montre à suffisance que cette mission n'était pas simple.

M. Bailly se dit bien informé que la santé à l'école n'est qu'une partie de la santé publique, ce qui mériterait certainement un approfondis-

sement de la réflexion. Prenant l'exemple de la surdité, M. Bailly s'inquiète de voir apparaître de nouvelles formes de maladies dont les conséquences sociales (coût des appareils) peuvent être considérables.

Ce commissaire est certain que personne ne doute qu'il faille redéployer le rôle de l'inspection médicale scolaire.

M. Bailly pense que ce projet de décret est ambitieux à plusieurs titres. Il aborde de profondes modifications des missions qui étaient réservées à l'IMS. Il place davantage la santé à l'école dans un aspect global. De nombreuses missions environnementales ont été ajoutées avec cependant un manque de moyens. Enfin, M. Bailly observe que la ministre revoit en profondeur le système de fonctionnement.

Au delà de cela, d'autres points peuvent être interpellants.

M. Bailly pense notamment au fait que l'obligation de promotion de la santé concerne d'autres secteurs comme par exemple les associations de parents.

Par contre, il craint qu'une réorientation ne mette en place une prépondérance des actions environnementales, laissant de côté la santé elle-même. A ce sujet, il pense à la qualité des bâtiments scolaires qui incombe aussi à d'autres ministères.

Pour plusieurs motifs, M. Bailly pense qu'il serait utile de disposer d'un avis de la commission de la Santé, pour voir la portée de ce projet de décret dans la santé en général.

Mme Molenberg remercie également la ministre pour son exposé concernant ce projet de décret qui représente une avancée intéressante par rapport à la loi de 1964.

Cette commissaire se pose des questions sur les définitions et notamment la notion « d'équipes » qui paraît introduire un flou entre centres et équipes. Ne serait-il pas opportun de trouver un nom précis, elle pense notamment à unité ou service, afin de pouvoir identifier clairement cette structure.

Mme Molenberg serait intéressée d'entendre la ministre sur la problématique de la coordination médicale en cas de gros problèmes et propose qu'elle soit intitulée dans le décret.

Enfin Mme Molenberg souhaite également avoir des éclaircissements en ce qui concerne le financement ordinaire du montant de 650 francs. Si ce montant devait être augmenté dans le futur, ne serait-il pas plus intéressant de le fixer dans un arrêté?

En ce qui concerne le forfait social, Mme Molenberg le trouve particulier et souhaiterait des explications complémentaires dans la

mesure où les actions collectives s'adressent à tous.

M. Fontaine tient également à remercier Mme Maréchal pour son exposé très complet.

Il est convaincu que la santé à l'école est un élément de la santé globale et qu'il s'agit de la mise en chantier d'un projet ambitieux.

M. Fontaine se demande par rapport à l'article 2 pourquoi le suivi médical des élèves se trouve en deuxième rang.

En ce qui concerne la coordination, M. Fontaine se demande comment l'on va pouvoir coordonner. Qui va organiser ces coordinations et quel est le rôle que le PMS va pouvoir jouer puisqu'il n'a pas un rôle prépondérant?

M. Fontaine, par rapport à la formation et à l'article 33, se demande qui va la financer et quel est le nombre de jours prévus.

Tout en reconnaissant le caractère ambitieux de ce projet, M. Fontaine s'interroge sur son financement.

M. Smeets voudrait répondre à la proposition de M. Bailly en ce qui concerne la consultation de la commission de la Santé. Il tient à souligner que ce projet de décret est la prolongation du concept mis en place par Laurette Onkelinx. Ce n'est pas quelque chose de révolutionnaire. Il propose au groupe socialiste de faire participer à cette commission des membres de la commission de la Santé.

Mme la Présidente rappelle l'article 18, § 4, du règlement et la nécessité pour la Présidente du Parlement de devoir soumettre la question à l'Assemblée, auquel cas cela retarderait les travaux.

M. Neven voudrait souligner que la médecine à l'école est un projet capital dans la mesure où c'est le seul moment où tout le monde est placé à égalité.

Paradoxalement, dans les pouvoirs organisateurs, on connaît peu le fonctionnement des IMS car seules les grandes villes et les provinces en ont. Les communes en ont peu et elles ont recours aux provinces ou à des asbl libres, si bien que le fonctionnement est peu connu.

Au Conseil de l'enseignement des communes et provinces, on s'est préoccupé rapidement de la question. Des remarques peuvent être formulées. On ne peut pas obliger les associations de parents à prendre part et, d'autre part, on note une résurgence de maladies comme la tuberculose et la méningite et face à ce constat, ce commissaire se demande s'il ne faudrait pas imposer une vaccination.

Mme Maréchal tient à rappeler qu'au moment de la constitution des commissions en

1999, le Parlement a exprimé le souhait que l'Inspection médicale scolaire figure dans les attributions de la commission de l'Éducation. C'est un choix que le Parlement doit assumer.

En réponse à Mme Corbisier concernant sa question relative à une étude sur le coût des centres — selon qu'ils s'étaient engagés dans la rénovation ou non — Mme Maréchal précise qu'il n'y en a pas eu. On sait que ces équipes « en rénovation » coûtaient plus cher. Selon la ministre, le calcul qui aurait dû être fait n'était pas mathématique mais devait plutôt porter sur la qualité du travail. Il faut savoir que cette expérience s'est développée sans base légale et que l'on se retrouve actuellement dans une phase de réadaptation du nombre d'examens.

Mme la ministre tient à rappeler que c'est en 1998 que les 20 millions évoqués par Mme Corbisier ont été retirés. Cependant, elle peut confirmer que beaucoup d'équipes n'ont pas activé ce budget promotion de la santé soit parce que certaines équipes, démotivées, ronronnent et vivent sur leurs pratiques sans se remettre en question, soit parce que le pouvoir organisateur ne créait pas les conditions favorables pour développer un tel projet sans décret. Si les pouvoirs organisateurs n'ont pas envie, il est délicat de faire bouger les équipes. Dès lors, ce projet de décret a cet avantage nouveau que désormais une obligation est fixée.

En ce qui concerne la différence entre les « centres » et les « équipes », Mme Maréchal précise que quand elle a parlé de centres, il s'agissait de centres IMS au terme de la loi de 1964 alors que les « équipes » ne sont pas des lieux répondant à des conditions mais des groupes de personnes qui remplissent les missions.

Ces termes s'expliquent également à cause des difficultés de définir les centres PMS de la Communauté française et du subventionné et les équipes de promotion de la santé. En effet, nous devons être en mesure de retrouver les trois types de structure.

En ce qui concerne les déterminants sociaux, Mme la ministre reconnaît que ce sont des facteurs importants de la qualité de la vie et de l'état de santé de chacun. C'est d'ailleurs l'objectif essentiel de la promotion de la santé que de travailler sur ces déterminants.

Néanmoins, il faut pouvoir bien faire la différence entre le réseau d'enseignement de la Communauté française, où il y a dans les équipes fusionnées du personnel social provenant de l'ancien PMS et l'enseignement subventionné où chacun a son rôle — et c'est le PMS qui a la fonction sociale principale — même s'il est inscrit dans le décret qu'ils doivent travailler ensemble. La mission première de l'équipe PSE, elle, s'exerce dans le champ sanitaire.

La promotion de la santé a également un regard social sur la santé mais cherche à travailler en multisectorialité.

Concernant le calcul du forfait, Mme Maréchal précise que plusieurs critères ont été pris en considération : le nombre d'examens, les frais de fonctionnement, la nécessité du personnel et son encadrement ainsi que le budget mis à disposition de cette compétence.

Un taux minimal d'encadrement se rencontrera tout seul car il faut pouvoir financer les rémunérations de l'équipe de base. C'est incontournable.

Mme Maréchal ne pense pas, comme l'ont exprimé certains membres, que ce sera moins pour les équipes de façon globale.

Elle tient à rappeler qu'elle doit garder des moyens pour le calcul du forfait social et il y aura certainement un glissement de moyens de certaines équipes vers d'autres. C'est là le résultat de l'application d'un principe d'équité sociale : une base identique pour tous, un plus pour ceux qui en ont besoin.

Par rapport à ce forfait social, Mme Maréchal précise qu'il faut distinguer les actions de promotion de la santé qui sont davantage collectives et, d'autre part, tous les examens qui peuvent être de base, spécifiques ou complémentaires.

Ce forfait social pourrait être utilisé en partie pour la promotion de la santé mais il l'est surtout pour faire un suivi plus spécifique des élèves.

Le fait de réadapter le niveau d'examen pour tous permet de redistribuer les moyens.

Le forfait social n'est pas alloué à un poste promotion de la santé.

En ce qui concerne les remarques relatives à l'article 2 et la hiérarchisation des missions, Mme Maréchal rappelle néanmoins que la durée des prestations affectées à ces missions « du suivi médical » peut être inférieure à 70 %. La façon dont M. Galand l'a exprimé est la bonne, à savoir qu'il n'y a pas de hiérarchisation. Toutes ces missions sont en effet complémentaires et forment un tout.

En réponse à Mme Molenberg concernant sa question relative au financement, il est évident que si l'on peut d'ici 2 ou 3 ans récupérer des moyens et augmenter le seuil du forfait de base, il s'avérera plus intéressant de le laisser davantage plus ouvert qu'il ne l'est dans le texte.

Mme la ministre souligne que les deux premières années vont servir à évaluer le système. Il est clair qu'elle a travaillé en collaboration avec l'administration tant sur la discrimination positive que sur les forfaits.

Elle souhaite également, en ce qui concerne l'utilisation du budget, pouvoir rectifier le tir si nécessaire, ce qui impliquera une évaluation.

Relativement au subventionnement, Mme Maréchal confirme que la situation s'est améliorée cette année. Elle se normalise et ce sera dorénavant plus simple car l'informatisation et la standardisation vont simplifier la vie à ce sujet.

En ce qui concerne le personnel, le personnel anciennement IMS fait partie de l'accord non marchand et va rentrer dans ce champ d'application.

Concernant les discriminations positives, Mme Maréchal rappelle qu'elle a beaucoup travaillé avec l'administration de l'Enseignement sur base d'études universitaires. La ministre utilise dès lors les mêmes données de base statistiques que celles utilisées pour la définition des écoles en discrimination positive. Toutefois, elle ne les utilise pas de la même façon et ne détermine pas qu'un établissement est dans un cadre global de discrimination positive. Elle rappelle qu'elle travaille élève par élève en individualisant. Il n'y aura dès lors pas d'école en discrimination positive en terme de promotion de la santé. Ce mécanisme implique une responsabilisation des équipes PSE qui devront utiliser ces moyens complémentaires au bénéfice des enfants qui en ont besoin.

Mme Maréchal insiste sur le fait que le nombre d'exams prévus n'est pas improvisé. Il est le fruit d'un travail de collaboration avec les pédiatres, les universités et les spécialistes IMS.

Ce travail a permis de déterminer les socles minimal et maximal. Il s'agit bien d'un consensus scientifique. Précédemment par rapport à la situation existante dans la majorité des pays européens, nous étions dans une situation « de luxe ». Le souci de la ministre est de s'attaquer aux problématiques les plus aiguës.

A la question relative aux fédérations de promotion de la santé, Mme Maréchal souligne qu'il s'agit des milieux associatifs organisés en fédération au sein du secteur promotion de la santé.

Concernant les bilans, Mme Maréchal rappelle qu'ils ont été travaillés sur base d'un consensus, le principe de vaccination ne sera pas plus obligatoire demain qu'hier.

Par contre, le lien avec la consultation ONE lui tient très à cœur car elle estime important de pouvoir bénéficier des données récoltées par l'ONE.

Relativement à l'apparition de nouvelles maladies (surdité, diabète, allergie), Mme Maréchal pense que des études précises sur ce phénomène auront un poids dans les négociations

entre fédéral et Communautés concernant les nouvelles interventions INAMI.

En ce qui concerne les liens avec les centres PMS, Mme Maréchal, à la lecture de l'article 5, alinéa 2, estime, en synthèse, qu'ils vont devoir mener ensemble le projet d' cole-santé. Elle tient également à rappeler que les familles participent aux Conseils de participation. Il n'existe pas de contrainte mais elles peuvent participer. Il en va de même avec les différentes associations.

Le projet de décret permet aux efforts, hier éparpillés, de s'additionner et aux acteurs de pouvoir travailler ensemble sur un même objectif.

En réponse à M. Galand sur sa question visant les données relatives à l'environnement scolaire, la ministre pense qu'il faut être raisonnable. L' quipe PSE doit en effet aborder ces points dans le projet santé mais il n'y a pas de systématisation de récoltes de données.   cet égard, elle renvoie à la loi sur le bien-être des travailleurs et au délégué chargé de cette mission au sein de l'établissement scolaire.

Concernant la formation, un programme est prévu et il a été préparé avec les partenaires. Pour la formation continue, M. Hazette présentera un décret pour les centres PMS. En ce qui concerne le personnel infirmier et les médecins responsables d'équipe, cette formation est prévue à l'article 18 du projet.

Tout le personnel doit pouvoir bénéficier d'une formation accélérée. Celle-ci sera prise en charge par son budget. Pour le subventionnement, un nombre de jours minimum et maximum a été fixé.

Cette formation va se centrer sur la promotion de la santé. Il s'agit d'un travail en concertation qui ne peut s'improviser. Elle informera les parlementaires sur le contenu de cette formation plus en détail à la prochaine séance de travail.

En ce qui concerne l'emploi, Mme la ministre rappelle qu'il est difficile de gérer des données concernant des personnes qu'elle n'engage pas et qui dépendent d'un pouvoir organisateur.

Elle a rencontré récemment une Association professionnelle du terrain. Celle-ci est demandeuse de décret même si elle a une inquiétude quand ses membres voient qu'ils vont dépendre davantage du pouvoir organisateur.

L'article 17 prévoit un minimum de 40 heures de travail par mois et donc pour les médecins. Ces derniers vont devoir s'impliquer davantage. Sur le terrain, c'est le personnel infirmier qui va surtout développer le contact.

En terme de prophylaxie, rien n'est changé et il subsiste des actions pénales conséquentes pour le médecin ou le pouvoir organisateur qui ne respecteraient pas le décret à cet égard.

Concernant l'avis de l'Union des villes et communes, Mme Maréchal pense avoir toujours eu autour de la table des représentants des provinces et des communes. Mais elle rencontrera l'Union dans les jours qui viennent pour entendre ses remarques.

Relativement au financement ordinaire, Mme Maréchal précise qu'il y a eu une concertation concernant le mode de financement avec tout le terrain concerné mais la fixation du montant reste une priorité du Gouvernement.

Concernant la coordination médicale, Mme Maréchal souligne qu'elle est interne pour le projet santé à l'école. Le temps dont disposent les équipes doit permettre une circulation plus systématique.

Mme Corbisier-Hagon se demande s'il ne faudrait pas la définir dans le décret.

Mme Maréchal pense qu'elle est déjà bien présente notamment à la lecture de l'article 26 qui est une obligation incontournable.

Mme Molenberg pense que cette coordination médicale n'est pas claire si elle n'est pas inscrite dans le texte.

Mme Maréchal, quant à la question de la coordination dans le cadre de la prophylaxie, précise que la responsabilité incombe au médecin de l'équipe de promotion de la santé à l'école. Il y a également dans les sanctions pénales une responsabilité pour le chef d'établissement scolaire qui ne répond pas aux injonctions du médecin. L'important sur le terrain est la coordination entre ces deux personnes. Elle estime que ce serait fastidieux de préciser les choses dans le décret maladie par maladie. Des circulaires précisent au cas par cas comment les choses se font.

En ce qui concerne le budget de la formation, Mme la ministre rappelle qu'il y a une période transitoire de 2 ans puis une formation continue PMS-PSE, chacun de leur côté. Cette formation est financée pendant la période transitoire par le budget de l'IMS au sein duquel on a pu dégager des moyens et pour la formation et pour l'informatisation. Il faut noter qu'il s'agit toutefois d'allocations de base différentes de celles relatives au fonctionnement des équipes PSE.

M. Neven rappelle que lors de son intervention précédente, il avait regretté que le contact avec le Conseil de l'enseignement n'ait pu être pris par Mme la ministre. S'il est vrai que ce conseil a un lien étroit avec l'Union des villes et

communes, il n'en reste pas moins que c'est un organe à part entière.

M. Neven souhaiterait exprimer ses inquiétudes en ce qui concerne les bilans obligatoires fixés au minimum à 5 et au maximum à 8. Compte tenu de l'absence d'études épidémiologiques, il est difficile d'accepter une diminution aussi importante de ces examens médicaux.

M. Neven pense en outre que tous les bilans obligatoires doivent être effectués par le médecin lui-même ou du moins sous sa responsabilité.

M. Neven observe que l'IMS est chargé également de la promotion d'un environnement favorable à la santé. Or, cette matière relève également de la médecine du travail, ce qui pourrait poser problème car on risque de voir le pouvoir organisateur en difficulté. Dès lors, M. Neven ne souhaite pas que ces textes soient soumis pour avis au Conseil de participation.

Concernant la subvention forfaitaire par élève, M. Neven la juge insuffisante, ce qui pourrait notamment faire craindre la diminution de la qualité des services.

Ce commissaire souhaite également obtenir une précision sur la perte de temps consacré au travail administratif.

Pour conclure, M. Neven voudrait insister sur l'importance du strict respect d'égalité des élèves et plus particulièrement entre les zones rurales et les zones urbaines.

M. Daïf souhaiterait poser trois questions à Mme la ministre.

La première question concerne le nombre de bilans obligatoires fixé à 7. Ce commissaire rappelle que certaines écoles accueillent des primo-arrivants, des gens provenant de filières mal loties d'un point de vue sanitaire. Pour ces personnes, M. Daïf demande s'il ne faudrait pas prévoir un renforcement de visites par rapport à la norme.

La deuxième question de M. Daïf est relative à la politique vaccinale que le Gouvernement a dans ses attributions. Il souhaiterait obtenir quelques précisions sur son contenu.

Enfin, la dernière question de M. Daïf porte sur l'allocation allouée au matériel informatique et plus précisément sur le matériel médical qui au fil du temps devient moins performant. M. Daïf souhaite savoir si Mme la ministre a prévu une allocation de renouvellement de ce matériel.

L'intervention de M. Bailly se fera en trois points.

A la lecture de l'article 5, M. Bailly observe que celui-ci fait référence au fait que les

programmes de promotion seraient réalisés après avis du Conseil de participation et du pouvoir organisateur ou son délégué, par le personnel de l'équipe et le personnel du centre psycho-médico-social. M. Bailly pense que cette conjonction « et » pose problème. Bien qu'il soit d'accord qu'il y ait une collaboration, la coordination pourrait créer problème. En effet, quand on n'explicité pas qui est responsable en premier lieu de la coordination, on risque de voir un des partenaires attendre indéfiniment que l'autre commence, ce qui peut créer des difficultés d'application.

M. Bailly souhaite que l'on précise ce point ou du moins que l'on détermine les règles qui permettent de préciser que le coordinateur responsable est soit l'IMS soit le PMS.

La deuxième remarque de M. Bailly a trait à tout ce qui concerne l'environnement plus large. M. Bailly est heureux de constater que l'IMS, comme par le passé, va s'intéresser au bien-être des enfants en ce qui concerne l'environnement large de la santé et notamment les actions relatives aux installations.

M. Bailly, concernant ce point, observe toutefois que quelqu'un en plus va s'occuper d'un problème ou du moins d'une question dont s'occupe quelqu'un d'autre. En effet, en principe, le pouvoir organisateur en a la responsabilité et doit le gérer en bon père de famille. Cela mis à part, nous avons l'inspection cantonale du subventionné, qui lorsqu'elle vérifie le bien-fondé des subventions accordées aux écoles, a pour mission également de vérifier si l'article 24 du Pacte scolaire est bien appliqué.

M. Bailly remarque également que le Fonds des bâtiments scolaires a en charge de vérifier si ces subventions sont bien utilisées dans le cadre du projet qui lui a été soumis et s'il n'y a pas de détournement de subventions.

Enfin, il y a un quatrième intervenant en la personne du conseiller en prévention du pouvoir organisateur qui a pour mission de voir ce qui va ou non en égard au personnel employé.

Selon M. Bailly, il y a une pléthore d'intervenants en cette matière.

La deuxième remarque concernant l'environnement large de la santé vise le destinataire des observations. M. Bailly rappelle que ces observations n'ont pas de devoir de contrainte, qu'elles sont en outre adressées au conseiller en prévention et que dès lors elles ne concernent pas les élèves.

Enfin, M. Bailly se demande sur quelle base sont examinées la salubrité et l'hygiène d'un bâtiment scolaire. C'est complexe en ce sens que le texte de 1932 concernant cette matière est tout à fait obsolète.

Ce commissaire estime qu'un nouveau décret qualifiant les normes minimales d'hygiène et de salubrité serait nécessaire.

Pour conclure son intervention, M. Bailly observe que toute une série d'idées fort généreuses vont être mises sur le chantier sans véritable contrôle démocratique. Ce commissaire pense notamment à tout ce qui concerne la prévention de la santé, la vie affective et sexuelle, la prévention du sida.

M. Bailly s'interroge sur l'autorité qui va déterminer un tel programme et qui va en avoir le contrôle.

M. Léonard souhaite poser des questions de compréhension.

Dans l'article 5, alinéa 2, il est question des établissements scolaires subventionnés. M. Léonard voudrait avoir des éclaircissements sur cette hiérarchie, sur la question de savoir qui est auteur et acteur entre le projet-santé, qui fait ce projet-santé, à qui est-il soumis, où sont vraiment élaborés les programmes de promotion de la santé qui en découlent même comme test de travail.

M. Léonard, par rapport à cet alinéa 2 de l'article 5, souhaite savoir qui initie quoi, qui contrôle quoi et qui fait quoi. Cela paraît à ce commissaire relativement important et dans ce cadre-là, il souhaite connaître l'implication de l'équipe éducative.

La seconde question de M. Léonard concerne les contacts de proximité. Auparavant, ces contacts permettaient de connaître à l'intérieur du secret médical les problèmes de santé de certains enfants.

La transmission des constats se fait au médecin traitant ou aux parents mais ne se fait pas vis-à-vis des enseignants alors qu'ils sont les premières personnes à pouvoir utiliser l'espace le mieux possible.

M. Léonard se demande si l'on ne pourrait pas ébaucher une solution en ce sens sans que le médecin traitant puisse donner d'ordre à l'enseignant mais où les difficultés de communication seraient écartées.

M. Léonard pense qu'il faut être très prudent en ce qui concerne l'ouverture vers d'autres partenaires.

M. Galand pense que l'on doit s'inspirer de la législation relative au bien-être du travail. Citant deux exemples concrets, M. Galand estime qu'il faut renforcer le fait que le médecin scolaire est le médecin de l'école, qui joue pleinement le rôle d'interface entre, d'une part, les familles et le médecin traitant et, d'autre part, les enseignants et les directions d'établissements.

Mme Bertouille souhaite avoir des éclaircissements de Mme la ministre concernant le carnet ONE. Le contenu de ce carnet va-t-il être modifié et adapté? Sera-t-il élaboré en collaboration avec les services de Mme la ministre et comment tiendra-t-il compte du secret médical?

Par ailleurs, ce carnet étant distribué à un maximum d'enfants, Mme Bertouille souhaite savoir si Mme la ministre prendra en charge une partie de son impression.

Mme Maréchal en réponse à M. Neven concernant le contact avec l'Union des villes et des provinces, tout en faisant son *mea culpa*, tient à souligner qu'elle ne pratique jamais avec les interlocuteurs scolaires en matière de santé et de social.

S'il est vrai qu'ont été invités autour de la table des représentants des pouvoirs organisateurs, il est aussi exact qu'une telle rencontre n'a pas été strictement fixée avec l'Union des villes et des communes; ces projets relevant du champ sanitaire.

Mme Maréchal se réjouit toutefois que cette rencontre ait pu avoir lieu.

En ce qui concerne le nombre d'examens, Mme la ministre tient à préciser que cette question a été étudiée très sérieusement avec les spécialistes de manière à assurer un plancher minimal de qualité qui puisse être offert à tous.

Mme la ministre veut absolument que soit faite la distinction entre le travail de prophylaxie et le travail des bilans. En effet, le travail de prophylaxie est tout à fait différent. Citant comme exemple le problème des méningites, Mme Maréchal tient à rappeler que rien n'a été changé à ce niveau-là. Selon la ministre, il n'est pas temps de baisser la garde face à l'apparition de nouvelles maladies.

Concernant la question de savoir si le médecin doit réaliser tous les bilans, Mme Maréchal précise qu'une telle démarche nécessiterait une augmentation de plus de 200 millions de son budget.

La plupart des bilans, de par leur nature, sont réalisés par les médecins. Ce point sera précisé dans les arrêtés. Par contre, d'autres bilans peuvent être réalisés par les infirmières sans que cela ne pose problème (vue, analyse d'urine).

Mme Maréchal tient à rappeler que ce nombre minimal d'examens est offert à tous, ce qui constitue le principe d'égalité.

A côté de cela, on poursuit aussi un objectif d'équité sociale par rapport aux enfants qui n'ont pas d'autre accès au secteur médico-social.

Pour ceux-là, restent les possibilités d'examens spécifiques ainsi que le forfait social;

forfait social qui peut vraiment permettre un suivi plus précis de l'enfant et de sa famille. Dans le cadre des primo-arrivants, ce forfait social est prévu d'office. Il s'agit de l'article 24 du projet de décret.

Concernant l'environnement favorable, celui-ci est également pris en compte dans le cadre de la médecine du travail et de la loi sur la protection du bien-être du travailleur. On n'ajoute pas un intervenant de plus puisque la loi de 1964 disait déjà que l'équipe s'occupait de salubrité et d'hygiène. On sait tous qu'elle n'y arrivait pas puisque son travail était largement occupé par les bilans et la prophylaxie nécessaire. Ces missions existaient déjà mais n'étaient pas accomplies. Il ne s'agit dès lors pas d'une révolution du secteur mais bien d'une adaptation. De nouvelles missions n'ont pas été ajoutées.

M. Galand tient à rappeler que la loi sur le bien-être des travailleurs ne s'adresse qu'aux adultes sous contrat d'emploi et ne concerne pas légalement l'environnement des élèves. La logique dès lors est que le service PSE puisse donner des conseils aux pouvoirs organisateurs par rapport aux priorités à prendre en compte dans l'aménagement des locaux scolaires, en matière de santé. On n'est pas uniquement dans un cadre de salubrité mais aussi de santé globale à l'école.

Dès lors, en fonction du projet-santé, il est possible de travailler sur l'environnement par ce projet-santé. Pour ce faire, il est indispensable de convaincre les équipes qu'il s'agit d'un travail intéressant qui nécessite une bonne connaissance du milieu et du cadre scolaire et donc une présence épisodique de l'équipe dans l'école.

Mme Maréchal tient à rappeler que 70 % du travail sont destinés aux bilans divers et 30 % aux autres missions.

Concernant la subvention forfaitaire par élève, Mme Maréchal rappelle qu'il n'y a pas d'élargissement de missions. Il y a rétablissement d'un niveau à 70 % pour les examens et récupération de 30 % du temps de travail pour les autres missions. Donc, il y a un équilibre et le mode de subvention va permettre aux équipes de se détacher de l'obligation de faire de l'acte médical pour être subventionnées.

En ce qui concerne la diminution du boulot administratif, c'est un point fondamental qui nécessite une simplification sur le mode de subventionnement et une informatisation du service. Une trentaine d'équipes qui se sont portées candidates rentreront dans le projet-pilote la première année.

Mme Maréchal précise que la stricte égalité des élèves doit être assurée. Par ailleurs, elle ne pense pas que les zones rurales seront défavorisées.

Concernant les vaccins, Mme Maréchal souligne qu'elle essaye actuellement de mettre les textes en concordance puisque la Communauté française est chargée des campagnes de vaccination. Pour rappel, seul le vaccin pour la polio est obligatoire. Les autres sont conseillés avec notamment la gratuité pour 6 d'entre eux. Enfin, d'autres vaccins sont conseillés et en partie financés par l'INAMI.

La plupart de ces vaccins se font dans les premières années de la vie avec quelques rappels qui peuvent être faits soit dans les IMS, soit par le pédiatre ou le médecin traitant.

En ce qui concerne le matériel informatique, la ministre confirme qu'un article budgétaire y est réservé; quant au renouvellement du matériel médical, il doit se faire, comme auparavant, sur le budget général affecté aux équipes.

Relativement à la coordination, Mme Maréchal pense que celle-ci tend à faire mieux fonctionner des champs qui auparavant fonctionnaient de manière éparse. L'équipe PSE est l'équipe qui se charge de la coordination en cette matière.

En réponse à M. Léonard sur la hiérarchie entre le décret-santé et le programme, Mme la ministre précise que les besoins et les ressources doivent être pris en considération. L'équipe PSE doit coordonner les interventions. Elle rappelle que le projet est défini au sein de l'établissement. Il n'y a aucune obligation pour les enseignants et c'est au pouvoir organisateur à estimer les ressources.

En ce qui concerne le secret médical, Mme Maréchal souligne que la transmission se fait vers le médecin de famille et il faut faire la distinction avec ce qui peut se régler au sein de l'école.

M. Galand tient à rappeler que les règles du secret médical sont déjà fixées.

M. Léonard ne demande pas une prise de risque dans la rédaction du décret.

En réponse à Mme la présidente, la ministre précise que le carnet de l'enfant, prolongé jusqu'à 12 ans, a déjà été testé et distribué à une série d'équipes IMS. Elle subsidiera donc ce projet en 2000, mais pour l'avenir l'ONE devra prendre ces frais sur son budget.

Enfin, l'article 9 ne cite pas clairement le carnet mais la ministre renvoie aux commentaires qui y font référence.

Mme la ministre attend actuellement le rapport d'évaluation.

Enfin, Mme la ministre, en réponse à la question de Mme Corbisier-Hagon, présente les

grandes lignes des programmes de formation, notamment sur l'aspect promotion de la santé.

La discussion générale est close.

III. DISCUSSION DES ARTICLES

Article 1^{er}

M. Charlier souhaite déposer deux amendements.

L'amendement n° 1 vise à lever une ambiguïté. Il est libellé comme suit :

« A l'article 1^{er}, remplacer le 3° par les termes suivants :

« 3° Centre PSE : le Centre de promotion de la santé à l'école, centre subventionné exerçant les missions prévues par le présent décret dans les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française; »

Justification : Sur le plan juridique la définition de la notion d'équipe (article 1^{er}, 2°) est trop restrictive et ambiguë. La notion d'équipe est utilisée à la fois comme quasi synonyme de « centre » ou pour désigner les seul(e)s professionnel(le)s. Cette ambiguïté doit être levée.

Il s'agit dès lors de donner une nouvelle définition du centre.

L'amendement n° 2 vise à rappeler la définition du pouvoir organisateur. Il est libellé comme suit :

« A l'article 1^{er} ajouter un 7° rédigé comme suit :

« 7° Pouvoir organisateur : la personne de droit privé ou public qui organise les missions prévues par le présent décret dans les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française; »

Justification : Vu que le pouvoir organisateur se voit confier un rôle spécifique par décret, il faut également en définir la notion.

En effet, il paraît utile de reconfirmer cette définition.

Mme Molenberg souhaite également déposer un amendement à l'article 1^{er}. Il s'agit de l'amendement n° 9. Il est libellé comme suit :

« A l'article 1^{er}, remplacer le 2° par la disposition suivante :

« 2° service : le service de promotion de la santé à l'école exerçant les missions prévues par le présent décret dans les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française ».

Justification : Le mot « équipe » paraît trop imprécis et se rencontre dans des champs

d'activité extrêmement divers. On lui préfère l'appellation « service » mieux adaptée à un groupe de professionnels auquel sont confiées des missions pouvant être qualifiées de « service public fonctionnel ».

Mme la ministre remarque que les soucis de M. Charlier et de Mme Molenberg sont identiques. Elle aurait plutôt tendance à accepter la définition de service puisque le centre est pour sa part déjà défini. Le terme « service » crédibilise davantage que le terme « centre ».

Concernant le deuxième amendement du groupe PSC, Mme la ministre le trouve superfétatoire mais elle ne s'y opposera pas.

M. Léonard voudrait rappeler qu'à l'occasion de l'analyse d'autres projets de décret, il faut faire attention que quand on définit un terme, en l'occurrence pouvoir organisateur, de bien le définir de la même manière que ce qu'on l'a déjà défini par des décrets antérieurs. Il n'est pas sûr que la définition proposée par M. Charlier corresponde à celle figurant dans le décret-missions.

Mme la ministre précise que dans le cas qui nous concerne, il s'agit du pouvoir organisateur du service, à ne pas confondre avec celui des établissements scolaires. De plus, il organise les services prévus par le présent décret et non les missions qui sont, elles, définies et organisées par la Communauté.

Suite aux réponses de Mme la ministre, M. Charlier dépose un amendement n° 11 libellé comme suit :

« A l'article 1^{er} : Modification de la définition de pouvoir organisateur : « la personne de droit privé ou public qui organise les services visés au 2° de l'article 1^{er} du présent décret dans les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française. » »

Toutefois, par rapport à cet amendement n° 11, il faut tenir compte des remarques formulées par le Conseil d'Etat.

M. Charlier propose dès lors de déposer un amendement n° 28 libellé comme suit :

« A l'article 1^{er} rajouter un 7° rédigé comme suit :

« 7° Pouvoir organisateur : personne de droit public ou personne morale de droit privé qui organise les services visés au 2° du présent article. »

Justification : Vu que le pouvoir organisateur se voit confier un rôle spécifique par décret, il faut également en définir la notion.

L'amendement n° 1 est retiré.

L'amendement n° 2 est retiré.

L'amendement n° 9 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 28 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 11 est retiré.

L'article 1^{er} tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

Article 2

Un amendement n° 3 est déposé par MM. Charlier et Séneca. Il est libellé comme suit :

« Modification de l'article 2, 2° :

« le suivi médical des élèves, qui comprend les bilans de santé individuels et leur suivi ainsi que la politique de vaccination, tel que précisé à l'article 6 ». »

Justification : L'article 2 définit les missions de la promotion de la santé à l'école. Il précise même ce qu'il faut entendre par « suivi médical » : bilans de santé et vaccination. Le suivi du bilan de santé n'est pas prévu alors qu'il est pourtant essentiel.

M. Charlier pense, en effet, qu'il faut faire attention à la suite donnée aux interventions de santé.

Mme la ministre ne voit aucun problème par rapport à cet amendement puisqu'il correspond aux objectifs poursuivis.

M. Bailly remarque que le mot suivi se retrouve à deux reprises dans la même phrase. Il propose de remplacer le deuxième par suite.

M. Galand estime que le terme « suite » n'est pas juste puisqu'il comprend le traitement alors que le bilan de santé comprend le suivi. Ce serait suffisant.

Sur base de ces différentes remarques, Mme Maréchal propose plutôt de modifier l'article 6.

L'amendement n° 3 est retiré.

L'article 2 est adopté à l'unanimité.

Article 3

A la lecture de cet article, M. Charlier observe qu'il est aussi question d'enseignement spécial et des CEFA. Pour l'enseignement spécial, M. Charlier pense qu'il serait intéressant de maintenir un examen une année sur deux. Qu'en est-il des spécificités des CEFA ?

En ce qui concerne l'enseignement spécial, la ministre pense que cet enseignement comprend déjà un complément médical et de suivi.

En ce qui concerne les CEFA, ce forfait social va trouver à s'adapter. Il est vrai que ce

sont des élèves susceptibles de disposer de ce complément de forfait.

L'article 3 est adopté à l'unanimité.

Article 4

Cet article n'appelle pas de commentaires particuliers. Il est adopté à l'unanimité.

Article 5

Mme Molenberg se pose des questions quant à l'application du troisième alinéa, § 1^{er}, de cet article.

Cette disposition trouve-t-elle sa place dans le décret dans la mesure où c'est une énumération non limitative. Ne faudrait-il pas prévoir que le Gouvernement puisse de façon plus concrète définir les programmes en question.

Mme la ministre précise qu'elle veut laisser une forme de souplesse à chaque établissement selon leurs propres spécificités. Des recommandations seront adressées aux établissements.

M. Lahssaini propose un amendement technique en ajoutant le terme «notamment».

Mme Maréchal tient à souligner que le Conseil d'Etat n'est pas tendre avec ce terme.

M. Léonard tient à rappeler qu'il s'agit d'un décret qui a force obligatoire. Pour ce commissaire, cette liste est exhaustive.

M. Galand se pose la question de savoir s'il ne serait pas mieux de dire: «des problèmes de santé mentale et d'assuétude» et remplacer «SIDA» par «maladies sexuellement transmissibles». Il souhaite savoir si «domestique» comprend aussi l'école.

La ministre confirme que oui.

M. Neven se demande s'il s'agit d'une liste exhaustive ou non.

M. Léonard est d'avis de dire que le Gouvernement détermine des recommandations.

M. Bailly souhaite formaliser les remarques de la ministre dans le cadre de la discussion générale en introduisant un amendement n° 10 libellé comme suit:

«A l'article 5, ajouter à la fin du 2^e alinéa les termes suivants:

«et sont coordonnés par le médecin responsable du service de promotion de la santé à l'école».

Toutefois, M. Bailly accepte que l'on supprime les termes «de promotion de la santé à l'école», le «service» étant défini comme tel à l'article 1^{er}.

Mme la ministre rencontre l'avis de M. Bailly. Elle tient à rappeler néanmoins que le médecin est présent 40 heures par mois. Elle propose plutôt qu'on utilise l'expression «sous la responsabilité du».

Un amendement est introduit en ce sens. Il s'agit de l'amendement n° 15 libellé comme suit:

«Supprimer les mots «par le».

Insérer après le mot «coordonnées», les termes «sous la responsabilité du».

Mme Molenberg se demandait s'il n'était pas mieux de l'intégrer dans l'article 17.

Mme Maréchal pense qu'il est plus difficile d'indiquer «sous sa responsabilité» dans le cadre de l'article 17.

Un amendement n° 12 est déposé par MM. Galand, Neven, Bailly et Mme Molenberg. Il est libellé comme suit:

«A l'article 5, § 1^{er}, 3^e alinéa:

Modifier la formulation «les problèmes d'assuétudes, de santé mentale», de la façon suivante «les problèmes de santé mentale et d'assuétude».

Modifier la formulation «prévention du sida» par «prévention des maladies sexuellement transmissibles».

Un amendement n° 14 est déposé par Mme Vlamincx et M. Bailly. Il est libellé comme suit:

«A l'article 5, ajouter à la fin du 3^e alinéa au § 1^{er}, les termes:

«Le Gouvernement peut fixer d'autres programmes en fonction de l'évolution du plan quinquennal de promotion de la santé.»

Un amendement n° 16 est déposé par MM. Galand, Bailly, Charlier, Léonard et Neven. Il est libellé comme suit:

«A l'article 5, § 2, 2^e alinéa, ajouter après les termes «ses observations», les termes «au directeur d'établissement scolaire pour ceux qui sont organisés par la Communauté française et au pouvoir organisateur pour ceux qui sont subventionnés par la Communauté française et».

Mme la ministre propose par rapport à cet amendement de reprendre la formule qui s'impose par rapport aux différents pouvoirs organisateurs.

Un amendement n° 30 est déposé par Mme Vlamincx, MM. Neveu et Léonard. Il est libellé comme suit:

«A l'article 5, § 2, 2^e alinéa, ajouter après les termes «ses observations», les termes «au pouvoir organisateur de l'établissement d'ensei-

gnement subventionné ou au directeur d'établissement scolaire organisé par la Communauté française. Il les transmet également » ».

L'amendement n° 15 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 10 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 12 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 14 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 16 est retiré.

L'amendement n° 30 est adopté à l'unanimité.

L'article 5 est adopté à l'unanimité.

Article 6

M. Charlier souhaite savoir si cet article vise l'enseignement supérieur. Ce commissaire se demande par ailleurs comment on va faire coexister ces deux législations jusqu'au moment où Mme la ministre aura retiré cet enseignement du PSE. Le deuxième problème que rencontre M. Charlier est lié au nombre des bilans avec pour minimum 5 et pour maximum 8. Il ne voit pas comment on va opérer un choix. La ministre ne devrait-elle pas dire qu'à chaque changement de cycle, il y a une obligation de faire un examen?

Quand on questionne les gens de terrain, ceux-ci répondent que les 8 bilans n'étaient pas exagérés. Il peut concevoir sur base d'une étude scientifique que ça l'est mais il souhaite savoir comment on va pouvoir fixer ce nombre.

Mme Maréchal précise que par rapport au bilan, c'est le Gouvernement qui détermine la fréquence et les modalités et tous les centres devront pratiquer de la même façon. On va organiser un cursus identique pour chaque enfant. Le projet est de fixer un examen dans le fondamental, trois dans le primaire et trois dans le secondaire. Il est paru intéressant toutefois à Mme Maréchal de fixer un plancher et un plafond. Ce sera déterminé par arrêté.

M. Charlier trouve qu'il serait important de dire que ce sera autant de bilans. Il trouve dangereux de laisser des imprécisions dans un texte décretal.

Mme Molenberg souhaite obtenir des précisions quant au paragraphe 2. Les bilans supplémentaires spécifiques s'entendent-ils bien comme étant des bilans qui peuvent être individuels ou collectifs? La ministre confirme cette interprétation. Concernant le nombre de bilans, Mme Molenberg aurait préféré qu'on fixe seulement un minima mais plus élevé.

Mme Maréchal précise que ces plafonds et planchers ont été discutés avec des spécialistes. Ouvrir la porte aux maxima freinerait la possibilité de développer 30 % d'autres missions qui paraissent importantes à rencontrer.

Un amendement n° 4 est déposé par MM. Charlier et Séneca. Il est libellé comme suit:

« Modification de l'article 6, § 1^{er}, comme suit:

« Les bilans obligatoires de santé individuels et leur suivi ainsi que la politique de vaccination des élèves sont réalisés, sous la responsabilité du médecin, selon les fréquences et les modalités fixées par le Gouvernement, sur avis de la Commission visée au chapitre IV » ».

Suite aux discussions de l'article 2, un amendement n° 13 est déposé par MM. Charlier et Séneca. Il est libellé comme suit:

« Sous-amendement à l'amendement n° 4 modifiant l'article 6, § 1^{er}, déposé par MM. Charlier et Séneca:

« Les bilans obligatoires de santé individuels des élèves, qui comprennent l'examen médical et son suivi ainsi que la politique de vaccination sont réalisés, sous la responsabilité du médecin, selon les fréquences et les modalités fixées par le Gouvernement, sur avis de la commission visée au chapitre IV. »

Il s'agit d'intégrer la notion du suivi de l'examen médical.

L'amendement n° 13 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 4 est adopté à l'unanimité.

L'article 6 est adopté par 11 voix et 1 abstention.

Article 7

Cet article n'appelle pas de commentaires particuliers.

Il est adopté à l'unanimité.

Article 8

Cet article n'appelle pas de commentaires particuliers.

Il est adopté à l'unanimité.

Article 9

Mme Molenberg dépose un amendement n° 17 libellé comme suit:

« A l'article 9, ajouter après les mots « les parents », les mots suivants « ou la personne

investie de l'autorité parentale, s'il est mineur ou par l'élève s'il est majeur aux médecins du service ou aux médecins des centres.»

Cet amendement permet d'élargir le champ des personnes qui peuvent transmettre des données individuelles.

Mme Maréchal pense qu'il faut adapter ces termes en fonction de ceux utilisés en matière d'aide à la jeunesse.

Un amendement est déposé en ce sens. Il s'agit de l'amendement n° 25 libellé comme suit :

« Modifier l'article 9 comme suit :

« Le Gouvernement fixe les modalités selon lesquelles les données individuelles relatives à la santé des élèves sont transmises aux services ou au personnel des centres par les parents, par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur. »

Adapter le texte du projet en conséquence, et remplacer à l'article 13, § 1^{er}, § 2 et § 3, alinéas 1^{er} et 2, les termes « parents ou tuteurs des élèves mineurs » par les termes « parents ou personne ou institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique. »

L'amendement n° 17 est retiré.

L'amendement n° 25 est adopté à l'unanimité.

L'article 9 est adopté à l'unanimité.

Article 10

Cet article n'appelle pas de commentaires particuliers.

Il est adopté à l'unanimité.

Article 11

M. Charlier souhaite connaître les moyens budgétaires prévus par Mme la ministre pour cette formation continuée.

Mme la ministre précise que cet article touche à la formation continuée habituelle. Durant la période transitoire de mise en application du décret, est prévue une formation plus intense pour laquelle on a neutralisé un budget. Le personnel des centres PMS en disposera aussi durant cette période et cela sur le budget de la ministre Maréchal.

Cet article est adopté à l'unanimité.

Article 12

Mme Molenberg fait état d'une remarque du Conseil d'Etat qui lui semble pertinente et qui n'a pas été rencontrée. Celui-ci rappelle qu'il convient de préciser quelles sont les mesures individuelles ou générales d'ordre prophylactique qui peuvent être décidées par le médecin. Notamment, le pouvoir de décision reconnu au médecin par le paragraphe 1^{er} est bien plus large que la possibilité de recours ouverte au paragraphe 2. Il en résulte que, pour certaines décisions, aucun recours ne serait possible.

La ministre estime que cette remarque a été en partie rencontrée.

En ce qui concerne la prophylaxie, Mme Maréchal rappelle que cette question a déjà été abordée. Il est impossible d'inscrire dans un décret quelles sont les mesures à mettre sur pied en fonction des maladies à affronter. C'est l'objet des circulaires et des informations via les centres de santé de la Communauté française.

Concernant la seconde partie, Mme Maréchal précise que par rapport à une recommandation de vaccination, on ne peut pas obliger les parents de suivre cette recommandation. Le recours ne peut dès lors être ouvert que contre une décision d'exclusion de l'école.

L'article 12 est adopté à l'unanimité.

Article 13

Mme Molenberg souhaite apporter une remarque au § 3, 2^e alinéa, de cet article. Elle se demande s'il ne faudrait pas prévoir l'accord des parents ou du tuteur.

Mme Maréchal pense que généralement, ce sont les parents qui ont communiqué les coordonnées du médecin traitant. Dès lors, c'est qu'ils acceptent la circulation des informations. Dans le cas contraire, il n'y a pas de coordination.

Mme Molenberg, suite à ces réflexions, propose de déposer un amendement n° 18 libellé comme suit :

« A l'article 13, ajouter après les mots « médecin traitant » les mots « désigné par les parents ou la personne investie de l'autorité parentale, s'il est mineur, ou par l'élève s'il est majeur. »

Mme Maréchal souhaite sur ce point qu'il soit tenu compte de l'avis du juriste de l'aide à la jeunesse.

Mmes Vlamincx, Molenberg, MM. Neven et Léonard déposent un amendement n° 26 libellé comme suit :

« A l'article 13, § 3, alinéa 2, modifier cet alinéa comme suit :

« Il communique ces conclusions au médecin traitant désigné par les parents, par la personne

ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur, lorsqu'un suivi particulier est nécessaire ou lorsque les personnes visées ci-dessus en ont fait la demande.»

L'amendement n° 18 est retiré.

L'amendement n° 26 est adopté à l'unanimité.

L'article 13 est adopté à l'unanimité.

Article 14

Mme Molenberg dépose un amendement n° 7 libellé comme suit:

« L'article 14 est remplacé par la disposition suivante:

« Au plus tard le 1^{er} novembre de chaque année, l'établissement scolaire adresse au service ou au centre visé à l'article 13, § 1^{er}:

— la liste des élèves inscrits dans l'établissement à la date du 1^{er} octobre;

— la liste des élèves soumis à l'obligation du bilan de santé individuel visé à l'article 6. »

Justification: La communication de ces deux listes, plutôt que de la seule liste des élèves soumis à l'obligation du bilan de santé, peut permettre l'accomplissement plus efficace des missions de santé, par exemple, en offrant la possibilité à un service ou centre qui aurait diagnostiqué telle pathologie chez un élève soumis à l'obligation, d'appeler le frère ou la sœur de celui-ci, inscrit(e) dans le même établissement mais non soumis à l'obligation au cours de la même année.

Mme Maréchal n'y voit aucune objection pour autant que l'on préserve la date du 1^{er} novembre afin de faciliter le travail des administrations.

Par ailleurs, il est préférable de numéroter les points plutôt que de mettre des tirets.

C'est le souhait du Conseil d'Etat.

Un amendement est déposé en ce sens. Il s'agit de l'amendement n° 29. Il est libellé comme suit:

« L'article 14 est remplacé par la disposition suivante:

« Au plus tard le 1^{er} novembre de chaque année, l'établissement scolaire adresse au service ou au centre visé à l'article 13, § 1^{er}:

1° la liste des élèves inscrits dans l'établissement à la date du 1^{er} octobre;

2° la liste des élèves soumis à l'obligation du bilan de santé individuel visé à l'article 6. »

Justification: La communication de ces deux listes, plutôt que de la seule liste des élèves soumis à l'obligation du bilan de santé, peut permettre l'accomplissement plus efficace des missions de santé, par exemple en offrant la possibilité à un service ou centre qui aurait diagnostiqué telle pathologie chez un élève soumis à l'obligation, d'appeler le frère ou la sœur de celui-ci, inscrit(e) dans le même établissement mais non soumis à l'obligation au cours de la même année.

L'amendement n° 7 est retiré.

L'amendement n° 29 est adopté à l'unanimité.

L'article 14 est adopté à l'unanimité.

Article 15

Cet article n'appelle pas de commentaires particuliers.

Il est adopté à l'unanimité.

Article 16

M. Charlier se demande comment la ministre va prendre en charge l'équipement des locaux.

La ministre précise que ces équipes ont déjà un équipement. Ce qui va être modifié, c'est le matériel informatique mais c'est la Communauté qui offrira et le matériel et le logiciel.

M. Charlier se demande si ces équipes perdent leur agrégation, qu'en sera-t-il de la gestion du personnel.

Mme Maréchal rappelle que le personnel est géré par le pouvoir organisateur et non par la Communauté française.

L'article 16 est adopté à l'unanimité.

Article 17

M. Charlier souhaite savoir ce qu'il en est du statut des médecins et quelles sont les réflexions de la ministre.

Mme Maréchal précise qu'en table ronde ce n'est pas une question qui a retenu leur attention et il ne s'agit pas d'une revendication.

M. Charlier dépose un amendement n° 5 libellé comme suit:

« A l'article 17, § 1^{er}, rajouter à la fin de la première phrase « et social. »

Justification: Une compétence sociale doit être maintenue.

Cet amendement vise à prendre en compte le volet social.

Mme Maréchal s'oppose à cet amendement en ce sens qu'au sein d'un établissement, il y a un service PMS qui a un travail sur le volet social. Mme Maréchal pense que chacun doit avoir sa compétence et son excellence même s'ils sont amenés à travailler ensemble.

En ce qui concerne le personnel infirmier, les infirmières sociales font partie du personnel qualifié. En ce qui concerne le personnel actuellement en place, une disposition transitoire est prévue pour qu'il puisse continuer à exercer, même s'il ne répond pas aux qualifications requises.

M. Charlier se dit très perplexe, quand on parle de synergie sur cette manière de voir les choses présentées comme tel. Le gros problème concerne le statut. En effet, tant qu'il y aura un statut pour les PMS et non pour les IMS, la différenciation de statut entre les personnels sera renforcée. Il se posera toujours un problème dans la gestion des deux structures.

Mme Maréchal souligne que les équipes de Bruxelles-ville travaillent ensemble sans être fusionnées dans un esprit de promotion de la santé. Et cela fonctionne.

La formation leur servira également à apprendre le partenariat, partenariat qui n'est pas évident.

Mme Maréchal pense que cela apparaissait dans l'exposé des motifs.

M. Galand est tout à fait d'accord avec Mme la ministre. Il pense en effet qu'il vaut mieux des infirmières à sensibilité sociale dans une équipe PSE. Il faut veiller à ce que les problèmes sociaux ne soient pas comme aspirés dans l'école mais autant que faire ce peut traités par un centre social en dehors de l'école.

L'amendement n° 5 est retiré.

L'article 17 est adopté à l'unanimité.

Article 18

Cet article n'appelle pas de commentaires particuliers.

Il est adopté à l'unanimité.

Article 19

M. Léonard pense que la formulation du 1^{er} alinéa n'est pas claire. Il souligne que dans le subventionné, l'établissement scolaire ne choisira jamais un IMS, c'est le pouvoir organisateur qui le choisira. En outre, établir une convention avec un établissement scolaire lui paraît difficile.

Il ne voit pas comment un établissement scolaire va pouvoir signer une convention.

La ministre précise qu'à partir du moment où l'on dit établissement scolaire, c'est l'organe de cet établissement scolaire qui est habilité à signer cette convention et donc le pouvoir organisateur.

Un amendement n° 19 est déposé en ce sens. Il est libellé comme suit :

« A l'article 19 du projet, premier alinéa : remplacer les mots « doit établir avec chaque établissement scolaire » par les mots « doit établir avec chaque pouvoir organisateur d'établissement scolaire ».

Justification : Précision juridique et factuelle.

M. Léonard se demande si la convention-cadre ne devrait pas également contenir ce dont on fait référence à l'article 10, c'est-à-dire des intervenants extérieurs à l'équipe mais qui pourraient collaborer avec l'équipe dans l'exercice de leur mission.

Mme Maréchal précise qu'une équipe ne peut amener tout à coup une association dans une classe sans en avoir prévenu l'établissement scolaire. Pour confirmer ses propos, elle s'en réfère à l'article 5, § 1^{er}, alinéa 2, et à l'article 19.

M. Léonard précise que le pouvoir d'avis est parfois le pouvoir de faire du vent.

Si les délégués du pouvoir organisateur au Conseil de participation remettent un avis négatif, cela veut-il dire que l'on recommence un nouveau projet ?

Mme la ministre précise que c'est bien le service PSE et le centre PMS qui élaborent le projet-santé, après avis du Conseil de participation et du pouvoir organisateur ou de son délégué. La convention devra intégrer le projet-santé. A cette occasion, le projet-santé pourrait être mis en question par le pouvoir organisateur. Néanmoins, celui-ci doit disposer d'un service PSE dans les délais requis.

Un amendement n° 20 est déposé par MM. Léonard, Neven, Seneca et Mme Vlamincx. Il est libellé comme suit :

« A l'article 19, alinéa 1^{er}, insérer les termes « le pouvoir organisateur de » entre les mots « avec » et « chaque ». »

Un amendement n° 21 est déposé par l'ensemble des groupes. Il est libellé comme suit :

« A l'article 19 du projet, troisième alinéa, remplacer les mots « celle-ci ne peut être inférieure à une année scolaire », par les mots « celle-ci ne peut être inférieure à trois années scolaires ». »

Justification: La longévité de la convention doit être plus importante que prévue dans le texte initial.

M. Neven rappelle que dans la discussion générale, il avait été dit que la convention ne pouvait être inférieure à 3 ans.

L'amendement n° 19 est retiré.

L'amendement n° 20 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 21 est adopté à l'unanimité.

L'article 19 est adopté à l'unanimité.

Article 20

Cet article n'appelle pas de commentaires particuliers.

Il est adopté à l'unanimité.

Article 21

M. Charlier rappelle que pour les bilans, la ministre a fixé un chiffre peu précis (entre 5 et 8) alors que dans ce cas-ci, le chiffre de 650 francs est tout à fait précis. Il dépose un amendement n° 6 libellé comme suit:

« A l'article 21, § 1^{er}, ajouter un alinéa 3, rédigé comme suit:

« Le Gouvernement fixe le montant de l'indemnité forfaitaire, indexée et adaptée en fonction du personnel. »

Il estime que ce n'est pas le but d'un texte décretaal d'établir un montant.

Retirer ce montant ne satisferait M. Charlier qu'à moitié. Il aimerait, en effet, savoir si le montant qui figurera dans l'arrêté tiendra compte de tous les paramètres liés à la gestion quels qu'ils soient. Il pense notamment à l'augmentation de l'âge. Plus le personnel est âgé, plus il coûte cher. On risque de voir le pouvoir organisateur opérer son choix vers des personnes plus jeunes et tenter « d'éliminer » des personnes plus âgées.

Mme Maréchal rappelle que ce chiffre avait été indiqué suite aux remarques formulées par le Conseil d'Etat.

Fixer ce chiffre est paralysant. Il faut donner la possibilité d'adapter le tir après un ou deux ans de fonctionnement. Le refinancement de la Communauté française pourrait aussi amener de nouveaux moyens au secteur.

Elle rejoint l'amendement n° 8 déposé par Mme Molenberg et libellé comme suit:

« A l'article 21, § 1^{er}, remplacer le deuxième alinéa par la disposition suivante:

« La subvention forfaitaire visée à l'alinéa précédent est fixée par le Gouvernement. »

Justification: Le montant de la subvention variera avec le temps, en particulier lors des premières années d'application du système du forfait, période de « réglage » ou « d'ajustement ».

Il convient d'éviter une modification trop fréquente du texte décretaal et de confier cette détermination au Gouvernement, lieu des arbitrages budgétaires.

En ce qui concerne le personnel, il y a deux difficultés. Mme Maréchal précise, d'une part, que les moyens donnés aux équipes correspondent à un forfait par enfant et que, d'autre part, elle ne subsidie pas du personnel mais bien des missions.

M. Charlier estime que ce problème sera pendant tant que le statut n'aura pas été réglé. M. Charlier remarque que Mme Maréchal a parlé de motivation des équipes. Or, selon lui, la motivation, c'est prendre en compte aussi ce paramètre-là. Il observe que, par cette non-prise en charge, Mme la ministre crée une discrimination entre les membres du personnel, ce qui les pénalise.

Mme Maréchal rappelle que le forfait est une demande des équipes.

Mme Molenberg a toujours des doutes concernant le forfait social. Elle aurait préféré qu'il y ait un forfait ordinaire plus élevé et se passer du forfait social. En effet, certains élèves qui en auraient besoin n'en bénéficieraient pas, parce que statistiquement ce n'est pas leur lieu de résidence qui est concerné.

Mme Maréchal précise qu'en ce qui concerne le forfait social, le calcul se fait tête par tête et l'on transmet aux équipes le nombre d'élèves touchés par ce forfait social individuellement. Le fait que la somme vient globalement à l'équipe et non avec une étiquette sur la tête de chaque élève permet à l'équipe d'adapter. On responsabilise l'équipe par rapport aux moyens qu'elle reçoit.

M. Léonard se demande s'il n'est pas possible que dans une convention-cadre, on puisse prévoir quelque chose.

Mme Maréchal souligne les effets pervers d'une discrimination positive. Elle n'a pas voulu s'aligner complètement sur le système discrimination positive tel que développé dans l'enseignement. Les équipes doivent justifier dans leur

rapport l'utilisation de leur forfait social; c'est-à-dire à quelles fins et sur quel type d'élèves.

M. Léonard a une crainte par rapport au texte de l'article 21 en ce qui concerne la référence à l'étude inter-universitaire.

Il faut savoir que tous les réseaux scolaires ont contesté la fiabilité de cette étude inter-universitaire ou du moins les indicateurs utilisés.

Cette étude, précise la ministre, est de nouveau sur le chantier et une nouvelle version doit nous parvenir.

Mme Molenberg se demande s'il ne faudrait pas dire que ce forfait social est destiné à des bilans de santé.

Mme Maréchal propose de s'en référer au commentaire de l'article 21.

Le forfait social ne peut être destiné uniquement à des bilans de santé.

Une discussion a lieu pour exprimer différemment l'article 21, § 2, alinéa 1^{er}, afin qu'il soit clair que l'attribution du forfait social soit faite dans le respect de la vie privée.

Mme Maréchal se demande si le terme « pour chaque élève » ne donne pas l'impression que l'argent ne peut être utilisé que pour celui qui a ouvert le droit. En remplaçant par le terme « par », on personnalise moins le droit ouvert par enfant.

M. Léonard n'y voit aucune objection et dépose un amendement n° 22 libellé comme suit:

« A l'article 21, § 2, 1^{er} alinéa, remplacer les mots « pour chaque élève » par les mots « par élève ».

Justification: Exprime mieux que les élèves résidant dans les zones reprises dans les statistiques inter-universitaires dont question à l'alinéa suivant ne seront pas nécessairement les seuls à bénéficier du forfait social.

L'amendement n° 6 est retiré.

L'amendement n° 8 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 22 est adopté à l'unanimité.

L'article 21 est adopté par 11 voix et 1 abstention.

Article 22

Cet article n'appelle pas de commentaires, il est adopté à l'unanimité.

Article 23

M. Charlier, à la lecture de cet article, souligne qu'il fixe un montant.

Des chiffres fournis et à l'analyse du budget 2001, on obtient 700 francs par élève et plus précisément 717 francs indexés.

Si on veut répondre à l'article 23, il faut nécessairement tenir compte de ces budgets en dehors du budget social. Dès lors, les 650 francs ne correspondent pas au budget 2001. La notion de bien couvrir l'ensemble est-elle dès lors appropriée?

Mme Maréchal précise qu'il reste un solde à son budget. Il n'y a pas de diminution du budget ni de perte de personnel. Il se pourrait qu'arrive un glissement d'une équipe vers une autre.

Les 650 francs ne comprennent pas le forfait social qui vient en surplus.

Elle rappelle enfin que ce n'est pas la subvention qui doit s'adapter aux centres ou services mais l'inverse.

L'article 23 est adopté à l'unanimité.

Articles 24 et 25

Ces articles n'appellent pas de commentaires. Ils sont adoptés à l'unanimité.

Article 26

M. Charlier observe que l'on parle d'un rapport annuel. Il se demande qui va en être responsable.

La ministre répond qu'il s'agit du médecin responsable d'équipe ou du directeur du centre. Ce point sera de toute manière abordé dans le cadre de la formation.

L'article 26 est adopté à l'unanimité.

Article 27

Cet article n'appelle pas de commentaires. Il est adopté à l'unanimité.

Article 28

Mme Vlamincx dépose un amendement n° 23 libellé comme suit:

« A l'article 28, ajouter un 2^e alinéa:

« Parmi les membres du Bureau, un au moins est membre du Conseil supérieur de promotion de la santé. » »

Justification: Renforcer la cohérence du décret de 1997 relatif à la promotion de la santé.

Conforter la logique transversale de promotion de la santé.

Cet amendement vise à renforcer la cohérence avec le décret de 1997.

Mme Maréchal n'y voit aucune objection.

M. Léonard se demande ce que l'on entend par des fédérations de promotion de la santé à l'école.

Mme Maréchal précise qu'il s'agit de fédérations de pouvoir organisateur d'IMS. Ce sont la FIMS ou l'API. Elles vont changer de nom. Ce seront des fédérations de promotion de la santé à l'école là où c'était aujourd'hui des fédérations d'inspection médicale scolaire.

M. Léonard pense qu'il y a une confusion entre les travailleurs qui travaillent « dans » et le pouvoir organisateur « de ». Ce n'est pas la même chose. En plus, on les retrouve déjà.

Mme Maréchal propose que les parlementaires déposent un amendement en vue de clarifier ce point.

Un amendement n° 24 est déposé en ce sens. Il est libellé comme suit :

« A l'article 28, § 1^{er}, remplacer le 1^o par « des fédérations ou associations de pouvoirs organisateurs de services de promotion de la santé à l'école. » »

M. Léonard veut attirer l'attention des membres sur le fait que l'on n'applique pas un décret par déduction.

L'amendement n° 23 est adopté à l'unanimité.

L'amendement n° 24 est adopté à l'unanimité.

L'article 28 est adopté à l'unanimité.

Article 29

M. Neven remarque que le Conseil d'Etat a observé que rien n'était prévu en ce qui concerne les sanctions des médecins responsables des équipes PSE qui ne rempliraient pas leurs obligations. Pourtant, dans la loi de 1964, elles étaient prévues explicitement.

Mme la ministre précise que dans le texte de l'avant-projet, une série de sanctions pénales avaient été prévues. Celles-ci ont posé problème suivant qu'il s'agissait de l'enseignement de la Communauté ou de l'enseignement subventionné en ce qui concerne les chefs d'établissement. Le Conseil d'Etat a fait plusieurs suggestions et finalement on a trouvé trois méthodes de coercition pour faire respecter le décret. Il y a une sanction pécuniaire prévue à l'article 24, § 2, il y a la disposition prévue à l'article 35.

Enfin, une sanction pénale est prévue uniquement pour les parents qui refusent de soumettre leur enfant au bilan de santé et pour les chefs d'établissements qui ne se conforment pas aux injonctions du médecin scolaire, en ce qui concerne les mesures de prophylaxie générale.

Un amendement n° 27 est déposé. Il est libellé comme suit :

« Insérer à l'article 29, § 1^{er}, après le mot « personnes », les termes « investies de l'autorité parentale ou l'élève majeur. »

En effet, on a parlé de l'harmonisation de l'article 9 et l'article 13 par rapport aux personnes chargées de transmettre les dossiers.

Cette formule permettait de toucher tous les enfants dans leur cadre de vie.

Toutefois, toutes les personnes ne peuvent être poursuivies. C'est l'objet de l'amendement.

Il s'agit d'éviter de pénaliser des personnes qui n'ont pas l'autorité parentale.

L'amendement n° 27 est adopté à l'unanimité.

L'article 29 est adopté à l'unanimité.

Articles 30 et 31

Ces articles n'appellent de commentaires particuliers. Ils sont adoptés à l'unanimité.

Article 32

M. Charlier se demande pourquoi un tel texte n'est pas d'application pour l'enseignement supérieur.

Mme Maréchal précise qu'elle a entamé le travail avec Mme Dupuis pour qu'un texte soit prêt pour la rentrée prochaine.

M. Charlier s'interroge sur cette distinction.

Mme Maréchal s'en réfère aux réponses antérieures à Mme Corbisier-Hagon.

L'article 32 est adopté à l'unanimité.

Articles 33, 34 et 35

Ces articles n'appellent aucun commentaire particulier. Ils sont adoptés à l'unanimité.

Article 36

M. Charlier se demande s'il ne faudrait pas retarder la date d'entrée en vigueur puisqu'il y a une période de formation.

Mme Maréchal précise que chaque arrêté prévoira ou non une période transitoire.

L'article 36 est adopté à l'unanimité.

M. Bailly aurait souhaité obtenir un complément d'informations sur l'article 16.

Les conditions actuelles sont-elles déjà précisées ?

Mme la ministre veut éviter de devoir agréer chaque année les lieux.

M. Léonard, dans la foulée, pense qu'il faut repreciser que souvent les IMS se retournent vers les pouvoirs organisateurs pour trouver les lieux.

Mme Maréchal insiste sur le fait que les exigences ne sont pas augmentées.

VI. VOTE SUR L'ENSEMBLE

L'ensemble du projet de décret est adopté par 11 voix et 1 abstention.

M. Charlier, tout en justifiant son abstention, tient à remercier la ministre pour son esprit d'ouverture. Ses deux abstentions aux articles 6 et 21 ont été justifiées. Ne connaissant pas la position de son groupe, il préfère s'abstenir. Il s'agit dès lors d'un vote de réserve.

Il est fait confiance à la rapporteuse et à la Présidente pour la rédaction du présent rapport à l'unanimité des membres présents.

La rapporteuse,

La Présidente,

M. VLAMINCK-MOREAU. Ch. BERTOUILLE.

TEXTE ADOPTE

CHAPITRE I^{er}

Champ d'application et missions

Article 1^{er}

Au sens du présent décret, on entend par :

1^o promotion de la santé: la promotion de la santé, telle que définie à l'article 1^{er} du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française;

2^o service: le service de promotion de la santé à l'école exerçant les missions prévues par le présent décret dans les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française;

3^o centre: le centre psycho-médico-social de la Communauté française exerçant les missions prévues par le présent décret dans les établissements scolaires de la Communauté française;

4^o centre psycho-médico-social: le centre organisé ou subventionné par la Communauté française, qui a pour mission d'assurer les tâches de guidance définies à l'arrêté royal du 13 août 1962 organique des centres psycho-médico-sociaux;

5^o conseil de participation: le conseil de participation, tel que défini à l'article 69 du décret du 24 juillet 1997 définissant les missions prioritaires de l'enseignement fondamental et de l'enseignement secondaire et organisant les structures propres à les atteindre;

6^o prophylaxie: ensemble des mesures permettant d'éviter l'apparition, le développement et la propagation des maladies transmissibles, à l'exception de toute mesure de vaccination obligatoire;

7^o pouvoir organisateur: personne de droit public ou personne morale de droit privé qui organise les services visés au 2^o du présent article.

Art. 2

La promotion de la santé à l'école consiste en:

1^o la mise en place de programmes de promotion de la santé et de promotion d'un environnement scolaire favorable à la santé, telles que précisées à l'article 5;

2^o le suivi médical des élèves, qui comprend les bilans de santé individuels et la politique de vaccination, tel que précisé à l'article 6;

3^o la prophylaxie et le dépistage des maladies transmissibles, telles que précisées à l'article 7;

4^o l'établissement d'un recueil standardisé de données sanitaires, tel que précisé à l'article 8.

Le Gouvernement fixe la durée minimum des prestations affectées à chacune des actions visées à l'alinéa 1^{er}, 1^o, 2^o et 4^o, de manière à garantir la réalisation de l'ensemble de celles-ci. La durée des prestations affectée aux actions visées à l'alinéa 1^{er}, 2^o, ne peut être inférieure à 70 %.

Art. 3

La promotion de la santé à l'école (PSE) est obligatoire dans tous les établissements d'enseignement fondamental et d'enseignement secondaire ordinaires et spéciaux, ainsi que dans les centres d'éducation et de formation en alternance, organisés ou subventionnés par la Communauté française.

La promotion de la santé à l'école (PSE) est gratuite.

Art. 4

§ 1^{er}. Pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française, la promotion de la santé à l'école (PSE) est exercée dans les centres psycho-médico-sociaux de la Communauté française, par le personnel de ces centres.

§ 2. Pour les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française, la promotion de la santé à l'école (PSE) est exercée par les services agréés selon les dispositions du présent décret.

Toutefois, la mise en place des programmes de promotion de la santé visés à l'article 2, alinéa 1^{er}, 1^o, est une mission remplie par les services agréés et par le personnel des centres psycho-médico-sociaux.

Art. 5

§ 1^{er}. Pour les établissements scolaires organisés par la Communauté française, les

programmes de promotion de la santé sont réalisés en fonction du projet-santé élaboré, après avis du conseil de participation et du chef d'établissement, par le centre psycho-médico-social.

Pour les établissements scolaires subventionnés par la Communauté française, les programmes de promotion de la santé sont réalisés en fonction du projet-santé élaboré, après avis du conseil de participation et du pouvoir organisateur ou de son délégué, par le personnel du service et le personnel du centre psycho-médico-social et sont coordonnés sous la responsabilité du médecin responsable du service.

Les programmes visés aux alinéas précédents peuvent concerner les problèmes de santé mentale et d'assuétude, la prévention des accidents domestiques et de la route, la vie affective et sexuelle, la prévention des maladies sexuellement transmissibles, la prévention des violences et de la maltraitance, la pédiculose, l'alimentation, la santé dans le sport, ou toutes autres problématiques de santé spécifiques à certaines populations scolaires. Le Gouvernement peut fixer d'autres programmes en fonction de l'évolution du plan quinquennal de promotion de la santé.

§ 2. La promotion d'un environnement favorable à la santé nécessite, en collaboration avec l'établissement scolaire, des actions relatives aux installations en général, et plus particulièrement aux classes, aux cantines, aux cours de récréation et aux installations sanitaires.

Le service ou le centre transmet ses observations au pouvoir organisateur de l'établissement d'enseignement subventionné ou au directeur d'établissement scolaire organisé par la Communauté française. Il les transmet également au conseiller en prévention visé à l'article 33 de la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs.

§ 3. Le Gouvernement fixe les modalités d'application de cet article.

Art. 6

§ 1^{er}. Les bilans obligatoires de santé individuels des élèves qui comprennent l'examen médical et son suivi ainsi que la politique de vaccination sont réalisés, sous la responsabilité du médecin, selon les fréquences et les modalités fixées par le Gouvernement, sur avis de la Commission visée au chapitre IV.

Ces fréquences sont fixées à cinq bilans au minimum et huit au maximum sur l'ensemble de la scolarité visée à l'article 3, alinéa 1^{er}.

§ 2. Le Gouvernement prévoit des modalités particulières permettant l'organisation de bilans

de santé supplémentaires spécifiques pour des risques particuliers ou imprévisibles, ou pour renforcer l'égalité des chances en santé.

§ 3. Le Gouvernement fixe la mise en œuvre de la politique vaccinale, en déterminant les types de vaccins proposés gratuitement aux élèves, et l'âge de l'élève ou l'année scolaire auquel ce vaccin est proposé.

Art. 7

Le Gouvernement fixe la liste des maladies transmissibles impliquant la mise en œuvre de mesures de prophylaxie et de dépistage, pour éviter leur propagation dans le milieu scolaire.

Il fixe également les modalités de mise en œuvre des mesures visées à l'alinéa 1^{er}.

Art. 8

L'établissement du recueil standardisé d'informations sanitaires doit contribuer à une définition des besoins locaux en matière de santé et à l'élaboration d'une politique communautaire pour la santé des jeunes.

Le Gouvernement fixe le modèle de ce recueil, ainsi que le contenu des informations sanitaires qui y sont reprises.

Il fixe également les modalités de transfert et de traitement de ces informations, dans le respect des dispositions de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Art. 9

Le Gouvernement fixe les modalités selon lesquelles les données individuelles relatives à la santé des élèves sont transmises aux services ou au personnel des centres par les parents, par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur.

Art. 10

§ 1^{er}. Les services exercent leurs missions en étroite collaboration avec les centres psycho-médico-sociaux compétents.

§ 2. Dans leur mission de suivi médical des élèves, les services et le personnel des centres collaborent avec:

1^o les parents ou le milieu familial de l'élève;

2° les professionnels intervenant dans le cadre de la prise en charge individuelle de la santé des jeunes, et plus particulièrement le médecin généraliste ou le pédiatre.

Dans l'accomplissement de leurs missions, les services ou le personnel des centres organisent la collaboration avec les intervenants suivants :

1° les centres locaux de promotion de la santé;

2° les divers professionnels intervenant dans le domaine de l'information et l'éducation pour la santé; toutefois, les actions de ces intervenants en milieu scolaire doivent résulter d'une concertation avec le service ou le personnel du centre et avec le centre psycho-médico-social, conformément à l'article 5, § 1^{er}.

Ils peuvent également collaborer :

1° avec les services spécialisés d'aide à l'enfance et à la jeunesse;

2° avec les services de prévention et de protection du travail visés par la loi du 4 août 1996 relative au bien-être des travailleurs lors de l'exécution de leur travail.

Art. 11

§ 1^{er}. Les membres du personnel des services et des centres suivent une formation continuée.

§ 2. Le Gouvernement fixe les modalités de coordination du personnel du service ou du centre.

Art. 12

§ 1^{er}. Toutes les mesures individuelles ou générales d'ordre prophylactique à l'égard des élèves sont prises par le médecin du service ou du centre.

Le médecin avertit de ses décisions le directeur de l'établissement. Le médecin du centre avertit également le directeur du centre.

Les décisions du médecin lient les élèves, les parents ou la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, le pouvoir organisateur et le personnel de l'établissement scolaire.

§ 2. Un recours non suspensif est ouvert auprès du médecin-fonctionnaire des services du Gouvernement visé à l'article 25, contre toute décision qui interdit temporairement ou définitivement l'accès de l'établissement à un élève, en raison du risque que présente son état de santé pour l'entourage.

Ce recours peut être introduit par le pouvoir organisateur de l'établissement scolaire, par les parents ou par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur.

Art. 13

§ 1^{er}. L'établissement scolaire est tenu de faire connaître aux parents, à la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou aux élèves majeurs, lors de l'inscription, le service ou le centre auxquels sont confiées les missions de promotion de la santé à l'école (PSE), ainsi que l'existence des sanctions pénales visées à l'article 29, § 1^{er}.

§ 2. S'ils s'opposent au fait que le bilan de santé soit réalisé par le service ou le centre visé au § 1^{er}, les parents, la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou les élèves majeurs, sont tenus de faire procéder au bilan de santé individuel par une autre service agréé ou par un autre centre, selon les modalités déterminées par le Gouvernement.

§ 3. Le médecin du service ou du centre qui procède au bilan de santé individuel communique les conclusions de cet examen aux parents, à la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou à l'élève majeur, dans des termes empruntés autant que possible au langage courant.

Il communique ces conclusions au médecin traitant désigné par les parents, par la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, ou par l'élève majeur, lorsqu'un suivi particulier est nécessaire ou lorsque les personnes visées ci-dessus en ont fait la demande.

Il communique également ces conclusions au personnel médical du centre psycho-médico-social, selon les modalités déterminées par le Gouvernement.

Art. 14

Au plus tard le 1^{er} novembre de chaque année, l'établissement scolaire adresse au service ou au centre visé à l'article 13, § 1^{er} :

1° la liste des élèves, inscrits dans l'établissement à la date du 1^{er} octobre;

2° la liste des élèves soumis à l'obligation du bilan de santé individuel visé à l'article 6.

CHAPITRE II

Conditions, procédure et modalités d'agrément

Art. 15

Le service de promotion de la santé à l'école peut être organisée par une personne de droit public ou une personne morale de droit privé.

Art. 16

Le service doit disposer de locaux permettant l'organisation des bilans de santé visés à l'article 6, répondant aux conditions fixées par le Gouvernement.

Art. 17

§ 1^{er}. Le service est composée de personnel médical, de personnel infirmier et de personnel administratif.

Il comprend au minimum un équivalent mi-temps de personnel médical, et un équivalent temps plein de personnel infirmier.

Le Gouvernement peut fixer des normes minimales d'encadrement.

§ 2. Le personnel visé au § 1^{er} doit répondre aux conditions de qualification suivantes:

1^o personnel médical: diplôme de docteur en médecine;

2^o personnel infirmier: diplôme d'accoucheuse et d'infirmier(ère) gradué(e) délivrés conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 17 août 1957 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse, d'infirmier ou d'infirmière, de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 21 avril 1994 portant fixation des conditions de collation des diplômes d'accoucheuse et d'infirmier(ère) gradué(e), ou du décret du 5 août 1995 fixant l'organisation générale de l'enseignement supérieur en hautes écoles;

3^o personnel administratif: certificat de l'enseignement secondaire supérieur.

La durée minimale des prestations de chaque membre du personnel médical est de quarante heures par mois.

§ 3. Le pouvoir organisateur du service désigne le médecin qui exercera la fonction de responsable d'équipe.

Art. 18

Les membres du personnel infirmier et les médecins responsables de service suivent une

formation continuée, dont la durée est fixée par le Gouvernement, sans cependant pouvoir être inférieure à deux jours et supérieure à dix jours par année scolaire.

Les objectifs de la formation continuée sont:

1^o l'entretien et le développement des compétences nécessaires à l'exercice de la profession;

2^o la prise de recul par rapport à sa pratique et la mise à jour des connaissances et des aptitudes professionnelles dans la fonction exercée;

3^o la capacité de participer à l'élaboration, la mise en œuvre et l'évaluation du projet-santé visé à l'article 5.

Le Gouvernement fixe les programmes de formation continuée.

Il fixe également les modalités de l'organisation de cette formation.

Art. 19

Le pouvoir organisateur du service, en collaboration avec celui-ci, doit établir avec le pouvoir organisateur de chaque établissement scolaire qui l'a choisi pour exercer les missions visées à l'article 2, une convention prévoyant les moyens et la manière de mettre en œuvre ces missions. Le projet-santé visé à l'article 5, § 1^{er}, alinéa 2, fait partie intégrante de la convention.

Le Gouvernement fixe un modèle de convention-cadre, à utiliser par tous les pouvoirs organisateurs du service.

Cette convention-cadre doit au minimum contenir les éléments suivants:

1^o le projet-santé visé à l'article 5;

2^o le lieu où se dérouleront les bilans de santé;

3^o les modalités d'organisation du transport vers le lieu visé au point 2^o;

4^o la composition du service;

5^o les modalités de transmission des informations.

Le Gouvernement fixe également la durée de la convention. Celle-ci ne peut être inférieure à trois années scolaires, et doit être un multiple d'une année scolaire.

Art. 20

§ 1^{er}. Le Gouvernement fixe les procédures d'octroi et de retrait d'agrément des services.

§ 2. Les procédures prévoient, au moins:

1^o les modalités d'introduction de demande d'octroi d'agrément;

2^o les modalités de forme et de délai selon lesquelles doivent être prises les décisions d'octroi, de refus ou de retrait d'agrément;

3^o les modalités et conditions de suspension ou de suppression de l'octroi des subventions;

4^o la possibilité d'introduire un recours contre les décisions de refus ou de retrait d'agrément et contre les décisions de suspension ou de suppression des subventions; les modalités de ce recours, et la possibilité pour le pouvoir organisateur du service d'être entendu lors de ce recours;

5^o la durée des agréments.

Art. 21

§ 1^{er}. Les services bénéficient d'une subvention globale, calculée sur base d'une subvention forfaitaire par élève régulièrement inscrit au 1^{er} octobre dans les établissements scolaires avec lesquels ils ont conclu une convention, conformément à l'article 19.

La subvention forfaitaire visée à l'alinéa précédent est fixée par le Gouvernement.

§ 2. Un forfait social est attribué aux services, en complément de la subvention visée au § 1^{er}, par élève sous tutelle dont le lieu de résidence est classé dans un secteur statistique donnant droit à l'attribution de ce forfait.

Sur base de l'indice socio-économique établi pour chaque secteur statistique par l'étude inter-universitaire visée à l'article 4 du décret du 30 juin 1998 visant à assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale notamment par la mise en œuvre de discriminations positives, le Gouvernement fixe le seuil déterminant les secteurs statistiques à prendre en compte pour l'attribution du forfait social.

Le Gouvernement fixe les montants du forfait social visé aux alinéas 1^{er} et 2. Ce forfait doit représenter 25 % au moins et 50 % au plus de la subvention forfaitaire visée au § 1^{er}, alinéa 1^{er}.

Quel que soit leur lieu de résidence, les élèves primo-arrivants bénéficient automatiquement du forfait social.

§ 3. Le Gouvernement peut fixer un complément de subvention forfaitaire pour les élèves inscrits dans l'enseignement spécial.

Art. 22

Le service bénéficie également d'une subvention octroyée par élève pour l'ensemble des frais de transport exposés soit pour le déplacement du personnel des services, soit pour le déplacement des élèves.

Le Gouvernement fixe le montant de cette subvention, en fonction de la densité de population du lieu de situation de l'établissement scolaire.

Art. 23

Les subventions visées aux articles 21 et 22 servent à couvrir l'ensemble des frais de personnel, d'équipement, de fonctionnement et de transport nécessaires au service pour accomplir ses missions.

Art. 24

§ 1^{er}. Le Gouvernement fixe les modalités de liquidation et de justification des subventions visées au présent chapitre.

§ 2. En cas de non-respect des obligations du présent décret, des sanctions pécuniaires peuvent être prises à l'encontre des pouvoirs organisateurs de service. Ces sanctions consistent en suspension ou retrait de tout ou partie des subventions.

Les sanctions pécuniaires et leurs modalités d'application sont fixées par le Gouvernement, sans préjudice de l'article 20, § 2, 4^o.

CHAPITRE III

Le contrôle

Art. 25

Les fonctionnaires de l'inspection des services du Gouvernement, désignés par celui-ci, ont pour missions :

1^o de veiller à ce que les établissements scolaires, les services, les parents ou la personne ou l'institution à qui la garde de l'élève mineur a été confiée soit par les parents eux-mêmes soit par une autorité publique, les élèves majeurs et les membres du personnel remplissent toutes les obligations qui leur incombent en vertu du présent décret et des arrêtés d'exécution pris en vertu de celui-ci;

2^o de provoquer, s'il y a lieu, un examen prophylactique des élèves, selon les modalités visées à l'article 7, alinéa 2;

3^o de constater les infractions aux dispositions du présent décret ou prises en vertu de celui-ci;

4^o après constatation des infractions, de mettre en œuvre la procédure de sanctions pécuniaires visée à l'article 24, § 2.

Art. 26

Chaque année, les services et les centres envoient à l'administration un rapport annuel, dont le modèle et le contenu sont fixés par le Gouvernement.

CHAPITRE IV

La commission de promotion
de la santé à l'école

Art. 27

§ 1^{er}. Une commission de la promotion de la santé à l'école est instituée.

La commission a pour missions :

1^o de donner au Gouvernement un avis sur tout projet de décret ou d'arrêté organique ou réglementaire relatif à la promotion de la santé à l'école;

2^o de donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur tout problème concernant la promotion de la santé à l'école;

3^o chaque année, avant le 31 mars, de faire rapport au Gouvernement et au Parlement sur son action au cours de l'année écoulée.

§ 2. Il est constitué, au sein de la commission, un bureau chargé de la coordination des travaux.

Le bureau prépare les réunions de la commission, dresse l'ordre du jour et veille à la transmission des avis et du rapport visés au § 1^{er}.

Il se compose du Président, du Vice-Président et de deux membres, choisis par la commission.

§ 3. Les avis de la commission demandés par le Gouvernement doivent être transmis dans un délai ne dépassant pas trente jours.

Ce délai prend cours à la réception de la demande d'avis par le secrétariat de la commission.

Passé ce délai, les avis ne sont plus requis pour qu'une décision puisse être prise valablement par le Gouvernement.

§ 4. La commission ne peut émettre valablement d'avis qu'à la condition que la moitié au moins des membres soit présente.

Si le quorum n'est pas atteint, les membres sont convoqués une nouvelle fois, au plus tard dans les quinze jours qui suivent. Si le quorum n'est à nouveau pas atteint lors de cette séance, la commission siège valablement, quel que soit le nombre de présents.

Les décisions sont prises à la majorité simple. En cas de parité, la voix du Président est prépondérante.

§ 5. La commission arrête son règlement d'ordre intérieur, et le soumet à l'approbation du Gouvernement.

Art. 28

§ 1^{er}. La commission est composée de quinze membres au maximum, nommés par le Gouvernement pour une période de 5 ans renouvelable.

Le Gouvernement fixe la composition de la commission, qui doit comprendre en son sein des représentants :

1^o des fédérations ou associations de pouvoirs organisateurs de services de promotion de la santé à l'école;

2^o des médecins et du personnel infirmier travaillant dans le secteur de la promotion de la santé à l'école (PSE);

3^o du Conseil supérieur de promotion de la santé;

4^o du Conseil supérieur de la guidance psycho-médico-sociale;

5^o de l'enseignement organisé par la Communauté française;

6^o des fédérations de pouvoirs organisateurs de l'enseignement subventionné par la Communauté française;

7^o des fédérations d'associations de parents.

§ 2. Le Gouvernement désigne le Président et le Vice-Président de la commission parmi les membres effectifs. Ces mandats sont incompatibles avec la qualité de fonctionnaire de la Communauté française ou de l'un de ses organismes d'intérêt public.

Parmi les membres du bureau, un au moins est membre du Conseil supérieur de promotion de la santé.

§ 3. En plus des membres visés au paragraphe 1^{er}, le ministre ayant la santé dans ses attributions, ainsi que le ou les ministres ayant l'enseignement fondamental et secondaire, ordinaire ou spécial, dans leurs attributions, sont représentés au sein de la commission, chacun par un membre avec voix consultative.

La direction générale de la santé et la direction générale de l'enseignement obligatoire sont également représentées, chacune par un membre avec voix consultative.

§ 4. Le Gouvernement nomme également, pour chaque membre effectif, un membre

suppléant, aux mêmes conditions que les membres effectifs.

Le membre suppléant ne siège qu'en l'absence du membre effectif.

§ 5. En cas de décès ou de démission d'un membre, son remplaçant est nommé par le Gouvernement, pour achever le mandat de son prédécesseur.

Tout membre qui perd la qualité en raison de laquelle il a été nommé est réputé démissionnaire.

§ 6. Le secrétariat de la commission est assuré par l'administration.

§ 7. Pour l'accomplissement de ses missions, la commission peut inviter des experts, notamment du milieu universitaire, afin de l'éclairer sur certains aspects relatifs à la promotion de la santé à l'école.

§ 8. Le Gouvernement fixe les jetons de présence et les indemnités de déplacement des membres de la commission.

CHAPITRE V

Dispositions pénales

Art. 29

§ 1^{er}. Sont punis d'une amende de vingt-six à deux cents francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois ou d'une de ces peines seulement les personnes investies de l'autorité parentale ou l'élève majeur qui ne se conforment pas aux prescriptions de l'article 13, § 2.

§ 2. Sont punis d'une amende de vingt-six à deux cents francs et d'un emprisonnement de huit jours à six mois ou d'une de ces peines seulement le chef d'établissement scolaire qui ne se conforme pas aux décisions prises en vertu de l'article 12 en matière de prophylaxie générale.

Art. 30

Toutes les dispositions du livre I^{er} du Code pénal, sans exception de son chapitre VII, ni de l'article 85, sont applicables aux infractions prévues par le présent décret ainsi qu'aux infractions aux arrêtés d'exécution pris en vertu de celui-ci.

CHAPITRE VI

Dispositions abrogatoires, transitoires et finales

Art. 31

Sont abrogés à la date fixée par le Gouvernement:

1^o la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire, modifiée par le décret du 5 novembre 1986;

2^o l'arrêté royal du 16 juillet 1964 déterminant la date d'entrée en vigueur des dispositions de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire en ce qui concerne l'enseignement gardien, primaire ou d'un niveau équivalent;

3^o l'arrêté royal du 17 juillet 1964 fixant les conditions et la procédure d'agrément des équipes et des centres d'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 26 janvier et 23 mai 1966, 10 avril 1967, 24 octobre 1969, 22 juin 1970, 27 décembre 1971, 11 décembre 1972, 3 février 1975, 8 avril 1977, et par l'arrêté de l'Exécutif du 5 septembre 1985, en particulier en ce qui concerne l'article 6bis;

4^o l'arrêté royal du 12 octobre 1964 réglant la fréquence et les modalités des examens médicaux et fixant les conditions d'exercice de l'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 8 avril 1965, 22 août 1968, 23 octobre 1969, 11 juillet et 11 décembre 1972, 22 mars 1973, 3 juillet et 10 décembre 1974, 31 janvier 1977, 8 août et 12 septembre 1980, 20 août 1981, et par les arrêtés de l'Exécutif des 29 novembre 1982, 10 juillet 1985, 24 juillet 1986, 27 août 1987, 10 juillet 1991 et 25 juillet 1997;

5^o l'arrêté royal du 22 août 1968 déterminant la date d'entrée en vigueur des dispositions de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire en ce qui concerne l'enseignement moyen, normal, technique et artistique et modifiant l'arrêté royal du 12 octobre 1964 réglant la fréquence et les modalités des examens médicaux et fixant les conditions d'exercice de l'inspection médicale scolaire;

6^o l'arrêté royal du 4 août 1969 fixant l'intervention de l'Etat dans les frais qui, en ce qui concerne l'inspection médicale scolaire, résultent du transport des élèves, modifié par les arrêtés royaux des 31 août 1970 et 13 avril 1971;

7^o l'arrêté royal du 4 août 1969 relatif à l'octroi de subventions aux équipes agréées d'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 24 octobre 1969, 22 juin et 31 août 1970, 1^{er} décembre 1971, 11 décembre 1972, 22 juin 1973, 7 juin et 21 novembre 1974, 3 février et 3 septembre 1975, 15 février 1978, par l'arrêté de l'Exécutif du 10 juillet 1991 et par l'arrêté du Gouvernement du 18 janvier 1994;

8^o l'arrêté royal du 4 août 1969 allouant une subvention traitement au personnel paramédical des équipes agréées d'inspection médicale scolaire, modifié par les arrêtés royaux des 24 octobre 1969, 9 novembre 1971 et 3 juillet 1972;

9^o l'arrêté royal du 16 mai 1980 fixant les modalités d'organisation d'une expérience de rénovation du fonctionnement de certaines équipes d'inspection médicale scolaire en ce qui

concerne les examens médicaux, leur fréquence, les conditions d'exercice de cette inspection, le mode et les conditions d'octroi de subventions.

Art. 32

§ 1^{er}. Les dispositions de la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire, à l'exception du chapitre II, restent d'application pour l'enseignement supérieur non universitaire jusqu'à l'entrée en vigueur d'un décret réformant l'inspection médicale scolaire pour ce niveau d'enseignement.

§ 2. Pour l'application de l'article 17, § 2, sont considérés comme possédant la qualification exigée les membres du personnel qui, à la date d'entrée en vigueur du présent décret, exerçaient effectivement la fonction pour laquelle la qualification est exigée, en vertu des dispositions légales et réglementaires antérieures.

Art. 33

§ 1^{er}. Durant les années scolaires 2002-2003 et 2003-2004, le programme de formation sera approuvé par le Gouvernement.

Des subventions seront octroyées aux opérateurs autorisés à prendre en charge les formations, sur base du programme approuvé conformément à l'alinéa précédent.

§ 2. Aussi longtemps qu'une nouvelle étude interuniversitaire telle que visée à l'article 21,

§ 2, alinéa 2, n'a pas été établie, le Gouvernement fixe le seuil déterminant les secteurs statistiques à prendre en compte pour l'attribution du forfait social visé à l'article 21, § 2, en se basant sur une classification de ces secteurs établie par une étude interuniversitaire sur base de données socio-économiques relatives au logement, au revenu moyen par habitant, au niveau de diplômes et de classification des statuts professionnels, et à la situation familiale.

Art. 34

Dans la réglementation relative aux centres psycho-médico-sociaux, la référence à la loi du 21 mars 1964 sur l'inspection médicale scolaire est remplacée par la référence au présent décret.

Art. 35

L'article 24, § 2, de la loi du 29 mai 1959 modifiant certaines dispositions de la législation de l'enseignement est complété comme suit :

« 2^o *ter*: respecter les dispositions fixées par le décret du ... relatif à la promotion de la santé à l'école. »

Art. 36

Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par le Gouvernement.