

PARLEMENT  
DE LA  
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2002-2003

---

20 MAI 2003

---

PROJET DE DECRET

MODIFIANT LE DECRET DU 14 JUILLET 1997 PORTANT ORGANISATION  
DE LA PROMOTION DE LA SANTE EN COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

---

## EXPOSE DES MOTIFS

---

Les compétences de la Communauté française en matière de santé sont définies par les lois spéciales des 8 août 1980 et 8 août 1988, et par le décret du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française.

Le décret de 1993 maintient comme compétence essentielle à la Communauté française en matière de santé l'éducation sanitaire et les activités et services de médecine préventive.

Depuis les lois de réformes institutionnelles, les concepts dont il est question ont sensiblement évolué. Si la prévention s'appuie sur le cours naturel de la maladie, la promotion de la santé se donne comme ambition de travailler sur les facteurs déterminants de la santé — biologiques, mais aussi sociaux, culturels et environnementaux — en développant des stratégies, tant d'intervention sur les comportements individuels comme l'éducation pour la santé, que sur l'environnement socio-politique en favorisant les actions législatives en faveur de la santé, l'action communautaire ou encore l'action sur les milieux de vie.

C'est ainsi que la prévention se déclinera en prévention primaire si l'intervention a lieu avant l'émergence de la symptomatologie, secondaire s'il s'agit de rechercher des signes avant-coureurs de la maladie (c'est le cadre du dépistage), tertiaire si l'objectif est de prévenir les complications et quaternaire si elle vise à empêcher les rechutes.

Actuellement, à côté d'un décret récent organisant la promotion de la santé (décret du 14 juillet 1997), un certain nombre de matières de médecine préventive font l'objet de subventions, soit sur base réglementaire (c'est le cas pour la tuberculose et le dépistage des maladies métaboliques), soit sur base facultative (le dépistage des cancers, la vaccination).

La pratique quotidienne montre que le cadre législatif est actuellement insuffisant pour prendre en compte, de façon harmonieuse et pertinente, et la médecine préventive et la promotion de la santé. En effet, si les matières peuvent être semblables, les approches s'appuient sur des logiques différentes, bien que complémentaires.

### La médecine préventive

Si depuis 1997, la promotion de la santé bénéficie d'un cadre décretaal qui définit le

concept, organise ses modalités de programmation (programme quinquennal), agrée des structures pour son développement (centres locaux de promotion de la santé), agrée des services d'appui méthodologique (services communautaires) et finance des programmes d'action et de recherche, la prévention médicale reste le fait de dispositifs épars, segmentés, non finalisés par une politique coordonnée.

La récente expérience de mise en place d'un programme concerté de dépistage du cancer du sein montre bien la nécessité de disposer d'un cadre législatif pour soutenir ce mode d'organisation. Il s'agit en outre d'articuler les différents programmes de médecine préventive entre eux, mais aussi de les articuler avec les démarches d'éducation et de promotion de la santé.

En effet, un consensus se dégage progressivement dans la communauté scientifique pour s'accorder sur la pertinence de certaines démarches de médecine préventive et en confirmer le bénéfice pour la santé et la qualité de vie de la population.

Actuellement, il s'agit des dépistages précoces et organisés des cancers du sein et du col de l'utérus, de la prévention du diabète sucré et des facteurs de risque cardio-vasculaire comme l'hypertension, le tabac, le cholestérol, la sédentarité et le surpoids. La tuberculose mérite également un dépistage spécifique, non généralisé, mais visant des groupes de populations particulièrement vulnérables.

La Communauté se doit de disposer d'un cadre décretaal permettant de prendre en compte ces programmes.

L'économie des propositions de modifications vise à organiser les conditions d'une politique coordonnée de médecine préventive en Communauté française, d'en déterminer les priorités et les programmes, d'en agréer les structures et les acteurs de développement et d'en organiser les modalités d'évaluation.

Des modalités particulières d'application seront fixées pour chacun des programmes, en veillant à appliquer les principes de « médecine basée sur les preuves » et de « promotion de la santé basée sur les preuves » (*evidence based health promotion*) et le principe de subsidiarité, afin de déployer les pratiques de prévention les plus proches de la population. Ceci se fera en particulier à travers l'action des médecins généralistes et des autres professionnels de la santé et de l'aide sociale (services de l'Office de la nais-

sance et de l'enfance et de la promotion de la santé à l'école), mais aussi des autres intervenants du secteur ambulatoire, en optimisant les structures logistiques au bénéfice de plusieurs programmes.

La décision du Gouvernement de la Communauté française d'inscrire dans les budgets de refinancement (Plan d'action pour la charte d'avenir) des montants significatifs pour permettre le développement de ces programmes de médecine préventive et de prévention (cancer du col, maladies cardio-vasculaires, sida et vie sexuelle et affective) apportera les moyens nouveaux nécessaires pour appliquer les nouvelles dispositions de ce projet de décret.

Enfin, les propositions qui vous sont soumises cherchent à étendre le cadre conceptuel du décret du 14 juillet 97, qui paraît un référentiel plus que jamais pertinent, et à renforcer la cohérence des diverses matières de santé. Un même souci a présidé à la réforme de l'inspection médicale scolaire vers la promotion de la santé à l'école, et le contrôle médico-sportif vers la promotion de la santé dans le sport.

Aujourd'hui, y articuler le champ de la médecine préventive permettra de décliner un certain nombre de programmes en agréant et subventionnant leurs intervenants, comme c'est le cas pour le programme de dépistage du cancer du sein.

Une première proposition est faite de développer ces services suivant une offre horizontale et de proximité: le secteur ambulatoire (généralistes, paramédicaux, structures publiques de prévention comme l'ONE et la PSE) est capable de gérer cette offre dès lors que des moyens financiers, mais aussi d'accompagnement, sont dégagés.

Des centres de référence spécifiques apporteront l'expertise nécessaire.

La seconde proposition vise à réduire l'espace entre les pôles de conseil et d'avis (le Conseil supérieur de promotion de la santé et ses commissions), le pôle d'expertise (services communautaires de promotion de la santé) et les organes décentralisés de la politique de la Communauté française (centres locaux de promotion de la santé).

Cette dynamique de concertation renforcée devrait, en outre, veiller à l'articulation entre les programmes de médecine préventive et de promotion de la santé. En effet, nombre des activités d'éducation pour la santé est commun à ces deux champs.

Enfin, à travers la concertation, c'est la participation des différents acteurs du dispositif au pilotage du programme et à sa déclinaison en objectifs stratégiques et opérationnels qui est recherchée.

## COMMENTAIRE DES ARTICLES

---

### Article 1<sup>er</sup>

Cet article complète l'article 1<sup>er</sup> du décret, qui donne une définition du concept de promotion de la santé, qui inclut les concepts de prévention et de médecine préventive, tels que définis aux alinéas 2 et 3.

Qu'elle soit primaire, secondaire ou tertiaire, il est bien entendu que la prévention visée par le présent décret concerne la prévention collective et organisée, seule de compétence communautaire. La prévention individuelle reste une compétence fédérale.

Par ailleurs, une définition du « système d'informations sanitaires » est également utile.

### Article 2

Le paragraphe 1<sup>er</sup> de cet article modifie le § 2 de l'article 2, en prévoyant que l'ancien plan communautaire annuel sera remplacé par un plan communautaire opérationnel, qui comprend les objectifs opérationnels dont les éléments de mise en œuvre pourront être déclinés sur une ou plusieurs années. En effet, la planification peut se faire sur des périodes différentes, en fonction des problèmes et des objectifs poursuivis. La durée maximale du plan communautaire opérationnel est la même que celle du programme quinquennal.

Sont concertés, pour l'élaboration concrète du plan, les professionnels des différents secteurs de la promotion de la santé (vie sexuelle et affective, assuétudes, médecine préventive, santé à l'école, vaccinations ...).

Ce paragraphe intègre également les programmes de médecine préventive dans ce plan, qui ne concernait auparavant que les programmes de promotion.

Le paragraphe 2 de cet article insère un nouveau § 3, qui prévoit un nouvel outil d'information pour les intervenants et d'évaluation pour le programme et le plan: le système d'informations sanitaires (SIS).

Les opérateurs visés dans ce paragraphe sont tous les acteurs susceptibles de mettre en œuvre des programmes de promotion de la santé ou de médecine préventive.

### Article 3

Cet article vise à mettre en concordance la nouvelle terminologie utilisée pour le « plan communautaire opérationnel ».

### Article 4

Cet article précise les différentes missions qui devront être remplies par les services du Gouvernement, afin de coordonner au mieux les activités des différentes structures mises en place par le décret, coordination qui permettra le développement d'une cohérence dans l'élaboration du programme quinquennal et dans la mise en œuvre du plan communautaire opérationnel.

A cette fin, les services du Gouvernement seront chargés d'organiser la concertation entre et avec les différentes structures.

### Article 5

La suppression du Conseil scientifique et éthique (ancien chapitre IIbis) entraîne la nécessité d'intégrer une nouvelle dimension aux avis du Conseil supérieur, qui devra être particulièrement attentif aux questions éthiques lors de ses remises d'avis. Il a d'ailleurs été constaté que cette dimension éthique a été de plus en plus prise en compte dans les travaux du Conseil supérieur depuis 1997.

### Article 6

La composition du Conseil supérieur est légèrement modifiée, en fonction de ses nouvelles attributions et de la volonté de mettre en lien la promotion de la santé en général avec les deux décrets spécifiques pris en la matière: le décret relatif à la promotion de la santé à l'école et celui relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française. De nouveaux points 12, 13, 14, 15 et 16 (à l'alinéa 1<sup>er</sup>) intègrent ces nouvelles données.

Le point 5 de l'alinéa 1<sup>er</sup> est modifié pour assurer une représentation plus importante du secteur du sida.

Le point 10 de l'alinéa 1<sup>er</sup> est modifié, puisque le secteur de l'inspection médicale scolaire est représenté spécifiquement par un membre de la commission de promotion de la santé à l'école.

L'alinéa 2 est modifié pour ouvrir le Conseil supérieur à des membres émanant d'autres secteurs représentatifs de la société civile. Parmi ces membres ou parmi les membres compétents en promotion de la santé, certains doivent être

issus des secteurs de l'éducation permanente, de la santé environnementale ou de l'aide aux publics fragilisés. Par public fragilisé, on entend des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable, et des différences de cultures, tels que précisés à l'article 17, alinéa 2.

L'alinéa 3 est complété, afin que le fonctionnaire dirigeant l'administration de la santé, ou son représentant, assiste aux séances avec voix consultative, et non plus avec voix délibérative, d'où la suppression du point 3 de l'alinéa 1<sup>er</sup>.

#### Article 7

Cet article prévoit la suppression du chapitre *IIbis*. Ce chapitre concernait le Conseil scientifique et éthique et le Conseil consultatif de prévention du sida. Cette suppression permet de transférer au Conseil supérieur l'entièreté de la compétence d'avis en matière de promotion de la santé et de médecine préventive, et d'intégrer ces thématiques dans une vision globale de promotion de la santé.

#### Article 8

Cet article adapte le rôle des services communautaires aux nouvelles structures du décret.

#### Article 9

Cet article adapte également le rôle des services communautaires aux nouvelles structures.

#### Article 10

Le paragraphe 1<sup>er</sup> prévoit au point 1 une mise en œuvre annuelle des objectifs du programme d'actions des CLPS.

Les points 3 et 4 élargissent les missions des CLPS, sur base de l'évolution de leur travail sur le terrain et du développement de leur expertise locale.

Par ailleurs, la mission de recueil de données épidémiologiques est supprimée, cette mission étant remplie par d'autres structures plus spécifiques (observatoires, médecine scolaire, centres de référence).

Les missions nouvellement définies doivent permettre une mise en œuvre des objectifs et stratégies prioritaires en promotion de la santé.

Le paragraphe 2 adapte la collaboration des CLPS aux nouvelles structures du décret.

#### Article 11

Le paragraphe 1<sup>er</sup> adapte la terminologie aux nouvelles structures de l'Etat.

Le paragraphe 2 laisse au comité de concertation l'initiative des réunions, et propose un minimum de trois réunions annuelles, au lieu de deux, étant donné la nouvelle mission que ce comité devra remplir.

#### Article 12

Le point 5 de cet article adapte le texte à la nouvelle terminologie utilisée par le décret du 21 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école.

Il intègre également l'obligation d'avoir un représentant de l'Office de la naissance et de l'enfance comme membre de l'association.

#### Article 13

Cet article modifie l'article 16, alinéa 1<sup>er</sup>, afin de distinguer les programmes de médecine préventive, visés au nouvel article *17bis*, des programmes d'action et de recherche visés à l'article 16, qui concernent la promotion de la santé, à l'exception de la médecine préventive, puisqu'un nouveau cadre décretaal spécifique est instauré pour les programmes de médecine préventive.

#### Article 14

Cet article insère un nouveau chapitre dans le décret, intitulé « Des programmes de médecine préventive ».

#### Article 15

Le paragraphe 1<sup>er</sup> permet au Gouvernement de fixer des programmes de médecine préventive.

Ces programmes pourront être construits, selon leurs particularités, sur un modèle de même type que le programme mis en place pour la prévention du cancer du sein, en principe sous le pilotage d'un centre de référence. À titre exceptionnel, selon la nature du programme, cette mission pourrait être confiée à l'administration.

Selon les objectifs proposés dans le plan communautaire opérationnel, différents types de programmes de médecine préventive pourraient être mis en place: dépistage des cancers du sein et du col de l'utérus, dépistage du risque cardio-vasculaire global, dépistage du sida et

des MST, dépistage de la tuberculose, dépistage des maladies métaboliques, vaccination.

Le paragraphe 2 prévoit la mise en place de ces programmes, par des intervenants ayant un lien de proximité avec la population.

Le paragraphe 3 permet d'associer les CLPS à la mise en place de certains programmes.

Le paragraphe 4 prévoit les mesures d'exécution de l'article.

#### Article 16

Le paragraphe 1<sup>er</sup> permet au Gouvernement d'agréer et subventionner des centres de référence pour encadrer les programmes visés à l'article précédent. Ces centres pourront piloter un ou plusieurs programmes différents.

Par ailleurs, le Gouvernement peut également agréer et subventionner des personnes de droit public ou privé pour réaliser pratiquement ces programmes.

Selon les cas, le Gouvernement pourra également prévoir de subventionner ces personnes de droit public ou privé agréées; en effet, certaines de celles-ci seront simplement agréées, mais non subventionnées lorsqu'elles seront financées par d'autres sources, comme l'INAMI.

Les paragraphes 2, 3 et 4 donnent délégation au Gouvernement pour fixer la procédure et les conditions d'agrément et de retrait d'agrément, ainsi que les conditions d'octroi de subvention.

#### Article 17

Cet article abroge les mesures transitoires qui avaient été prises pour l'entrée en vigueur du décret en 1997, et qui n'ont plus de raison d'être.

#### Article 18

Cet article fixe la date d'entrée en vigueur du décret.

## PROJET DE DECRET

### MODIFIANT LE DECRET DU 14 JUILLET 1997 PORTANT ORGANISATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE EN COMMUNAUTE FRANÇAISE

Le Gouvernement de la Communauté française,

Sur proposition de la ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé,

Après délibération,

#### ARRETE:

La ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé est chargée d'introduire auprès du Parlement de la Communauté française le projet de décret dont la teneur suit:

#### Article 1<sup>er</sup>

L'article 1<sup>er</sup> est complété par les trois alinéas suivants:

« Par prévention, il faut entendre les processus qui permettent d'intervenir avant l'apparition de la maladie pour la prévention primaire, d'en détecter les premiers signes pour la prévention secondaire ou d'en prévenir les complications ou les rechutes pour la prévention tertiaire. La prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé.

Par médecine préventive, il faut entendre les méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave et durable pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille.

Par système d'informations sanitaires (SIS), il faut entendre l'ensemble de composantes et de procédures organisées dans le but de fournir des données utiles, d'une part, à la prise de décision en santé et à l'évaluation des politiques, stratégies et programmes mis en œuvre, d'autre part, à la participation et à l'éclairage des acteurs de

santé et de la population aux politiques et actions de santé. »

#### Art. 2

§ 1<sup>er</sup>. Le paragraphe 2 de l'article 2 est modifié comme suit:

« Dans un délai de 12 à 18 mois après fixation du programme quinquennal visé au § 1<sup>er</sup>, le Gouvernement arrête un plan communautaire opérationnel de promotion de la santé, ci-après dénommé « plan communautaire opérationnel », s'inscrivant dans le cadre de ce programme quinquennal et définissant:

1<sup>o</sup> les objectifs opérationnels prioritaires retenus pour la durée du plan en matière de promotion de la santé, y compris de médecine préventive;

2<sup>o</sup> les stratégies et méthodes à développer pour assurer la mise en œuvre et l'évaluation de ces objectifs prioritaires et opérationnels, les programmes de promotion de la santé, y compris de médecine préventive, les structures d'appui permanentes utiles, les programmes de formations, les outils d'informations et les campagnes de communication à mettre en œuvre, les axes de développement et de soutien aux politiques locales et aux actions communautaires de santé;

3<sup>o</sup> les publics-cibles à intégrer dans les programmes et actions prioritaires.

Le plan communautaire opérationnel est défini en concertation avec les intervenants concernés. »

§ 2. Un nouveau § 3, rédigé comme suit, est inséré au même article:

« Un système d'informations sanitaires, comportant l'identification et la coordination des sources de données, le choix et le suivi d'indicateurs de santé, l'analyse d'information et la mise à disposition de l'information auprès des décideurs, des professionnels de santé et de la population, est mis en place en relais avec les opérateurs concernés. »

#### Art. 3

Aux articles 4, § 1<sup>er</sup>, 11, alinéa 1<sup>er</sup>, 13, alinéa 1<sup>er</sup>, et 17, alinéa 1<sup>er</sup>, les mots « plan commu-

nautaire de promotion de la santé » sont remplacés par les mots « plan communautaire opérationnel ».

#### Art. 4

Un nouvel article 3*bis*, rédigé comme suit, est inséré dans le chapitre 1<sup>er</sup>:

« Art. 3*bis*. — Les services du Gouvernement ayant la santé dans leurs attributions, ci-après dénommés l'administration, ont pour missions d'organiser la concertation avec les structures et équipes actives en promotion de la santé, y compris en médecine préventive, en s'appuyant sur l'expertise du Conseil supérieur de promotion de la santé, des centres locaux de promotion de la santé, des services communautaires, des centres de référence et sur les données du système d'informations sanitaires, pour :

1<sup>o</sup> développer une dynamique efficiente et participative entre les acteurs;

2<sup>o</sup> développer une cohérence des activités en promotion de la santé, y compris en médecine préventive;

3<sup>o</sup> mettre en place le plan communautaire opérationnel. »

#### Art. 5

L'article 4, paragraphe 1<sup>er</sup>, point 4, est modifié comme suit:

« 4. de donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur toute question relative à la promotion de la santé, y compris la médecine préventive; de veiller particulièrement à instruire les questions d'éthique relatives à la promotion de la santé, y compris la médecine préventive. »

#### Art. 6

§ 1<sup>er</sup>. Le point 3 de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 5 est supprimé.

§ 2. Les points 5 et 10 de l'alinéa 1<sup>er</sup> du même article sont modifiés comme suit:

« 5. deux membres choisis par le Gouvernement en raison de leur compétence particulière dans le domaine de la prévention du sida; »

« 10. deux membres choisis par le Gouvernement en raison de leur compétence particulière respectivement dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et de la prévention des assuétudes; ».

§ 3. L'alinéa 1<sup>er</sup> du même article est complété comme suit:

« 12. un membre représentant les services communautaires de promotion de la santé;

13. un membre représentant les centres de référence visés à l'article 17*ter*;

14. deux membres représentant les associations d'usagers du système de santé;

15. un membre représentant la commission de promotion de la santé à l'école;

16. un membre représentant la commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport. »

§ 4. L'alinéa 2 du même article est modifié comme suit:

« Le Gouvernement peut aussi nommer trois membres qu'il choisit en raison de leur compétence ou de leur action particulière en promotion de la santé, ainsi que trois membres de la société civile qu'il choisit en fonction de leur compétence dans d'autres secteurs et de l'intérêt manifesté pour la promotion de la santé. Les secteurs de l'éducation permanente, de la santé environnementale, de l'aide aux publics fragilisés, sont au moins représentés par l'un de ces six membres. »

§ 5. L'alinéa 3 du même article est complété comme suit:

« Le fonctionnaire général dirigeant de l'administration, ou l'agent qu'il désigne, assiste aux séances avec voix consultative. Il peut se faire assister d'un ou plusieurs fonctionnaires. »

#### Art. 7

Le chapitre II*bis* et l'article 8*bis* sont supprimés.

#### Art. 8

L'article 9 est modifié comme suit:

« Art. 9. — Les Services communautaires de promotion de la santé (SCPS) sont des organismes ou services qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de recherche ou d'évaluation, au Conseil supérieur de promotion de la santé, à l'administration, aux Centres locaux de promotion de la santé, au système d'informations sanitaires et aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive. »

#### Art. 9

§ 1<sup>er</sup>. L'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 10 est modifié comme suit:

« Les Services communautaires de promotion de la santé sont agréés pour cinq ans, par le

Gouvernement, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Le Gouvernement définit les missions spécifiques qui leur sont confiées dans le cadre de l'exécution du programme quinquennal et du plan communautaire opérationnel, leur contribution permanente spécifique, les conditions d'utilisation des subventions qui leur sont accordées dans les limites des crédits budgétaires, pendant la période d'agrément, les justifications exigées et les délais dans lesquels ces justifications doivent être produites.»

§ 2. L'alinéa 4 du même article est complété comme suit:

«Le président du Conseil supérieur de promotion de la santé est invité avec voix consultative aux séances du comité de concertation.»

§ 3. Un nouvel alinéa 5, rédigé comme suit, est inséré dans le même article:

«Les services communautaires travaillent en collaboration avec l'administration, les centres locaux de promotion de la santé et les centres de référence.»

#### Art. 10

§ 1<sup>er</sup>. Les points 1, 3 et 4 de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 11 sont modifiés comme suit:

«1. d'élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, décliné en objectifs annuels; ce programme est soumis à l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé et à l'approbation du Gouvernement, dans les délais que celui-ci détermine;»

«3. d'apporter une aide méthodologique aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, et de mettre à leur disposition les ressources disponibles en matière de promotion de la santé et de prévention, notamment en documentation, formation, outils d'information et expertise;»

«4. d'initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé.»

§ 2. L'alinéa 2 du même article est modifié comme suit:

«Les Centres locaux de promotion de la santé travaillent en collaboration avec l'administration, les Services communautaires de

promotion de la santé et les centres de référence.»

#### Art. 11

§ 1<sup>er</sup>. L'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 12 est modifié comme suit:

«Un centre local de promotion de la santé est agréé par le Gouvernement sur le territoire de la Région de Bruxelles-capitale, et dans chacun des arrondissements ou groupes d'arrondissement suivants: Nivelles, Ath — Tournai — Mouscron — Comines, Charleroi — Thuin, Mons — Soignies, Huy — Waremme, Liège, Verviers, Namur — Dinant — Philippeville, Arlon — Bastogne — Marche en Famenne — Neufchâteau — Virton.»

§ 2. La première phrase de l'alinéa 3 de l'article 12 est modifiée comme suit:

«Le comité de concertation se réunit d'initiative au moins trois fois par an.»

#### Art. 12

Le point 5 de l'article 13 est modifié comme suit:

«Deux représentants des services ou centres compétents en matière de promotion de la santé à l'école et un représentant de l'Office de la naissance et de l'enfance doivent être membres de l'association.»

#### Art. 13

A l'article 16, alinéa 1<sup>er</sup>, première phrase, les mots « , à l'exclusion des programmes de médecine préventive visés au chapitre *Vbis* » sont insérés après les mots « à vocation locale ou communautaire ».

#### Art. 14

Un nouveau chapitre *Vbis* est inséré, intitulé « Des programmes de médecine préventive ».

#### Art. 15

Un nouvel article *17bis*, rédigé comme suit, est inséré dans le chapitre *Vbis*:

«Art. *17bis*. — § 1<sup>er</sup>. Le Gouvernement fixe, sur base du programme quinquennal et après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, des programmes de médecine préventive à vocation communautaire.

Ces programmes correspondent aux objectifs du plan communautaire opérationnel. Ils sont présentés sous forme d'un protocole.

Ils sont pilotés par un centre de référence. Le Gouvernement peut décider que certains programmes sont pilotés par l'administration. Par pilotage, on entend le fait de veiller à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive, à savoir la programmation des actions de médecine préventive, l'enregistrement des données, le suivi des actions et l'évaluation du protocole.

En application des principes de « la médecine basée sur les preuves » et de « la promotion de la santé basée sur les preuves » et du principe de subsidiarité, ces programmes se fondent sur les preuves de pertinence et d'efficacité, l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population.

§ 2. Ces programmes sont, dans la mesure du possible, réalisés par les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes, en collaboration avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les services et centres de promotion de la santé à l'école, les pédiatres, et plus généralement le secteur ambulatoire et les services de proximité d'aide aux personnes.

Dans l'élaboration de ces programmes, il est en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et des différences de cultures.

§ 3. Les CLPS peuvent être associés à la mise en place de ces programmes.

§ 4. Le Gouvernement fixe les modalités d'exécution de cet article.»

#### Art. 16

Un nouvel article 17ter, rédigé comme suit, est inséré dans le chapitre Vbis:

« Art. 17ter. — § 1er. Le Gouvernement peut agréer et subventionner des centres de référence pour assurer la mission visée à l'article 17bis, § 1er, alinéa 3. Dans le cadre de cette mission, ces centres de référence contribuent au système d'informations sanitaires et développent une exper-

tise scientifique, la concertation avec les acteurs et la coordination avec les établissements et les personnes de droit public et privé visées à l'alinéa 2.

Le Gouvernement peut également agréer et subventionner des établissements ou des personnes de droit public ou privé, pour assurer la mission visée à l'article 17bis, § 2. Dans le cadre de cette mission, ces établissements ou personnes de droit public ou privé réalisent les actes de dépistage et les autres interventions de médecine préventive prévues dans le protocole visé à l'article 17bis, § 1er, alinéa 2.

§ 2. Le Gouvernement fixe la procédure et les conditions d'agrément des structures visées au § 1er, ainsi que les modalités de recours.

Les conditions d'agrément portent notamment sur l'appareillage et les conditions techniques, les qualifications du personnel, les critères de qualité pour la réalisation des programmes.

§ 3. Le Gouvernement fixe les conditions d'octroi des subventions aux structures visées au § 1er.

§ 4. Le Gouvernement détermine les conditions de retrait d'agrément ou de suspension de la liquidation des subventions, ainsi que les modalités de recours.»

#### Art. 17

Le chapitre VI et les articles 18, 19, 20 et 22 sont abrogés.

#### Art. 18

Le Gouvernement fixe la date d'entrée en vigueur du présent décret.

Bruxelles, le 15 mai 2003.

Par le Gouvernement de la Communauté française,

*La ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé,*

N. MARECHAL.

## AVANT-PROJET DE DECRET

### MODIFIANT LE DECRET DU 14 JUILLET 1997 PORTANT ORGANISATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE EN COMMUNAUTE FRANÇAISE

Le Gouvernement de la Communauté française,

Sur proposition de la ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé,

Après délibération,

#### ARRETE:

La ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé est chargée d'introduire auprès du Parlement de la Communauté française le projet de décret dont la teneur suit:

#### Article 1<sup>er</sup>

L'article 1<sup>er</sup> est complété par les trois alinéas suivants:

«Par prévention, il faut entendre les processus qui permettent d'intervenir avant l'apparition de la maladie pour la prévention primaire, d'en détecter les premiers signes pour la prévention secondaire ou d'en prévenir les complications ou les rechutes pour la prévention tertiaire. La prévention fait partie intégrante de la promotion de la santé.

Par médecine préventive, il faut entendre les méthodes de prévention conformes aux dispositions légales régissant l'exercice des soins de santé et les modalités d'organisation des services de santé, pour contribuer à éviter les affections morbides ou pour découvrir le plus rapidement possible, dans la population, ceux de ses membres qui sont réceptifs ou atteints d'une de ces affections, dont l'existence constitue un risque de détérioration grave et durable pour l'état de santé du malade lui-même, parfois aussi un risque de propagation de la maladie à l'entourage du malade, et enfin souvent un risque de dégradation de la situation matérielle et sociale du malade et de sa famille.

Par système d'informations sanitaires (SIS), il faut entendre l'ensemble de composantes et de procédures organisées dans le but de fournir des données utiles, d'une part, à la prise de décision en santé et à l'évaluation des politiques, stratégies et programmes mis en œuvre, d'autre part, à la participation et à l'éclairage des acteurs de santé et de la population aux politiques et actions de santé.»

#### Art. 2

§ 1<sup>er</sup>. Le paragraphe 2 de l'article 2 est modifié comme suit:

«Dans un délai de 12 à 18 mois après fixation du programme quinquennal visé au § 1<sup>er</sup>, le Gouvernement

arrête un plan communautaire opérationnel de promotion de la santé, ci-après dénommé «plan communautaire opérationnel», s'inscrivant dans le cadre de ce programme quinquennal et définissant:

1° les objectifs opérationnels prioritaires retenus pour la durée du plan en matière de promotion de la santé, y compris de médecine préventive;

2° les stratégies et méthodes à développer pour assurer la mise en œuvre et l'évaluation de ces objectifs prioritaires et opérationnels, les programmes de promotion de la santé, et de médecine préventive, les structures d'appui permanentes utiles, les programmes de formations, les outils d'informations et les campagnes de communication à mettre en œuvre, les axes de développement et de soutien aux politiques locales et aux actions communautaires de santé;

3° les publics-cibles à intégrer dans les programmes et actions prioritaires.

Le plan communautaire opérationnel est défini en concertation avec les intervenants concernés.»

§ 2. Un nouveau § 3, rédigé comme suit, est inséré au même article:

«Un système d'informations sanitaires, comportant l'identification et la coordination des sources de données, le choix et le suivi d'indicateurs de santé, l'analyse d'information et la mise à disposition de l'information auprès des décideurs, des professionnels de santé et de la population, est mis en place en relais avec les opérateurs concernés.»

#### Art. 3

Aux articles 4, § 1<sup>er</sup>, 10, alinéa 1<sup>er</sup>, 11, alinéa 1<sup>er</sup>, 13, alinéa 1<sup>er</sup>, et 17, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret et dans l'arrêté d'application du 17 juillet 1997, les mots «plan communautaire de promotion de la santé» sont remplacés par les mots «plan communautaire opérationnel».

#### Art. 4

Un nouvel article 3bis, rédigé comme suit, est inséré dans le chapitre 1<sup>er</sup>:

«Art. 3bis. — Les services du Gouvernement ayant la santé dans leurs attributions, ci-après dénommés l'administration, ont pour missions d'organiser la concer-

tation avec les structures et équipes actives en promotion de la santé, et en médecine préventive, en s'appuyant sur l'expertise du Conseil supérieur de promotion de la santé, des centres locaux de promotion de la santé, des services communautaires, des centres de référence et sur les données du système d'informations sanitaires, pour :

1<sup>o</sup> développer une dynamique efficiente et participative entre les acteurs;

2<sup>o</sup> développer une cohérence des activités en promotion de la santé, y compris en médecine préventive;

3<sup>o</sup> mettre en place le plan communautaire opérationnel.»

#### Art. 5

L'article 4, paragraphe 1<sup>er</sup>, point 4, est modifié comme suit :

« 4. de donner au Gouvernement, soit d'initiative, soit à sa demande, des avis sur toute question relative à la promotion de la santé, y compris la médecine préventive; de veiller particulièrement à instruire les questions d'éthique relatives à la promotion de la santé, y compris la médecine préventive.»

#### Art. 6

§ 1<sup>er</sup>. Le point 3 de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 5 est supprimé.

§ 2. Les points 5 et 10 de l'alinéa 1<sup>er</sup> du même article sont modifiés comme suit :

« 5. deux membres représentant le secteur du sida; »

« 10. deux membres choisis par le Gouvernement en raison de leur compétence particulière respectivement dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et de la prévention des assuétudes; ».

§ 3. L'alinéa 1<sup>er</sup> du même article est complété comme suit :

« 12. un membre représentant les services communautaires de promotion de la santé;

13. un membre représentant les centres de référence visés à l'article 17<sup>ter</sup>;

14. deux membres représentant les associations d'usagers;

15. un membre représentant la commission de promotion de la santé à l'école;

16. un membre représentant la commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport.»

§ 4. L'alinéa 2 du même article est modifié comme suit :

« Le Gouvernement peut aussi nommer trois membres qu'il choisit en raison de leur compétence ou de leur action particulière en promotion de la santé, ainsi que trois membres de la société civile qu'il choisit en fonction de leur compétence dans d'autres secteurs. Les secteurs de l'éducation permanente, de la santé environnementale, de l'aide aux publics fragilisés, sont au moins représentés par l'un de ces six membres.»

§ 5. L'alinéa 3 du même article est complété comme suit :

« Le fonctionnaire général dirigeant de l'administration, ou son représentant, assiste aux séances avec voix consultative. Il peut se faire assister d'un ou plusieurs fonctionnaires.»

#### Art. 7

Le chapitre IIbis et l'article 8bis sont supprimés.

#### Art. 8

L'article 9 est modifié comme suit :

« Art. 9. — Les Services communautaires de promotion de la santé (SCPS) sont des organismes ou services qui ont pour mission d'apporter une assistance logistique et méthodologique permanente en matière de formation, de documentation, de communication, de recherche ou d'évaluation, au Conseil supérieur de promotion de la santé, à l'administration, aux Centres locaux de promotion de la santé, au système d'informations sanitaires et aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive.»

#### Art. 9

§ 1<sup>er</sup>. L'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 10 est modifié comme suit :

« Les Services communautaires de promotion de la santé sont agréés pour cinq ans, par le Gouvernement, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Le Gouvernement définit les missions spécifiques qui leur sont confiées dans le cadre de l'exécution du programme quinquennal et du plan communautaire opérationnel, leur contribution permanente spécifique, les conditions d'utilisation des subventions qui leur sont accordées dans les limites des crédits budgétaires, pendant la période d'agrément, les justifications exigées et les délais dans lesquels ces justifications doivent être produites.»

§ 2. L'alinéa 4 du même article est complété comme suit :

« Le président du Conseil supérieur de promotion de la santé est invité avec voix consultative aux séances du comité de concertation.»

§ 3. Un nouvel alinéa 5, rédigé comme suit, est inséré dans le même article:

« Les services communautaires travaillent en collaboration avec l'administration, les centres locaux de promotion de la santé et les centres de référence. »

#### Art. 10

§ 1<sup>er</sup>. Les points 1, 3 et 4 de l'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 11 sont modifiés comme suit:

« 1. d'élaborer un programme d'actions coordonnées pluriannuel, décliné en objectifs annuels; ce programme est soumis à l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé et à l'approbation du Gouvernement, dans les délais que celui-ci détermine; »

« 3. d'apporter une aide méthodologique aux organismes ou personnes qui développent des actions de terrain dans le domaine de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive, et de mettre à leur disposition les ressources disponibles en matière de promotion de la santé et de prévention, notamment en documentation, formation, outils d'information et expertise; »

« 4. d'initier au niveau de leur ressort territorial des dynamiques qui encouragent le développement de partenariats, l'intersectorialité et la participation communautaire, et qui permettent de définir des priorités d'actions spécifiques pour les politiques locales de santé, en particulier par la réalisation des Conférences locales de promotion de la santé. »

§ 2. L'alinéa 2 du même article est modifié comme suit:

« Les Centres locaux de promotion de la santé travaillent en collaboration avec l'administration, les Services communautaires de promotion de la santé et les centres de référence. »

#### Art. 11

§ 1<sup>er</sup>. L'alinéa 1<sup>er</sup> de l'article 12 est modifié comme suit:

« Un centre local de promotion de la santé est agréé par le Gouvernement sur le territoire de la Région de Bruxelles-capitale, et dans chacun des arrondissements ou groupes d'arrondissement suivants: Nivelles, Ath — Tournai — Mouscron — Comines, Charleroi — Thuin, Mons — Soignies, Huy — Wareme, Liège, Verviers, Namur — Dinant — Philippeville, Arlon — Bastogne — Marche en Famenne — Neufchâteau — Virton. »

§ 2. La première phrase de l'alinéa 3 de l'article 12 est modifiée comme suit:

« Le comité de concertation se réunit d'initiative au moins trois fois par an. »

#### Art. 12

Le point 5 de l'article 13 est modifié comme suit:

« Deux représentants des services ou centres compétents en matière de promotion de la santé à l'école et un représentant de l'Office de la naissance et de l'enfance doivent être membres de l'association. »

#### Art. 13

Un nouveau chapitre *Vbis* est inséré, intitulé « Des programmes de médecine préventive ».

#### Art. 14

Un nouvel article *17bis*, rédigé comme suit, est inséré dans le chapitre *Vbis*:

« Art. *17bis*. — § 1<sup>er</sup>. Le Gouvernement peut, sur avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, approuver des programmes de médecine préventive à vocation communautaire.

Ces programmes correspondent aux objectifs du plan communautaire opérationnel. Ils sont pilotés par un centre de référence. Le Gouvernement peut décider que certains programmes sont pilotés par l'administration.

En application des principes de « la médecine basée sur les preuves » et de « la promotion de la santé basée sur les preuves » et du principe de subsidiarité, ces programmes se fondent sur les preuves de pertinence et d'efficacité, l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population.

§ 2. Ces programmes sont, dans la mesure du possible, gérés par les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes, et mis en place en collaboration avec l'Office de la naissance et de l'enfance, les services et centres de promotion de la santé à l'école, les pédiatres, et plus généralement le secteur ambulatoire et les services de proximité d'aide aux personnes.

Dans l'élaboration de ces programmes, il est en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et des différences de cultures.

§ 3. Les CLPS peuvent être associés à la mise en place de ces programmes.

§ 4. Le Gouvernement fixe les modalités d'exécution de cet article. »

#### Art. 15

Un nouvel article *17ter*, rédigé comme suit, est inséré dans le chapitre *Vbis*:

« Art. *17ter*. — § 1<sup>er</sup>. Le Gouvernement peut agréer et subventionner des centres de référence pour assurer la

programmation et l'évaluation des établissements ou des personnes de droit public ou privé visés à l'alinéa suivant. Par centre de référence, il faut entendre un lieu d'expertise scientifique, de concertation avec les acteurs, de coordination avec les établissements et les personnes de droit public et privé visées ci-dessus, et de contribution au système d'informations sanitaires. Le Gouvernement peut également agréer et subventionner des établissements ou des personnes de droit public ou privé pour la réalisation des programmes visés à l'article 17*bis*.

§ 2. Le Gouvernement fixe la procédure et les conditions d'agrément des structures visées au § 1<sup>er</sup>, ainsi que les modalités de recours.

Les conditions d'agrément portent notamment sur l'appareillage et les conditions techniques, les qualifications du personnel, les critères de qualité pour la réalisation des programmes.

§ 3. Le Gouvernement fixe les conditions d'octroi des subventions aux structures visées au § 1<sup>er</sup>.

§ 4. Le Gouvernement détermine les conditions de retrait d'agrément ou de suspension de la liquidation des subventions, ainsi que les modalités de recours.»

Art. 16

Le chapitre VI et les articles 18, 19, 20 et 22 sont abrogés.

Art. 17

Le Gouvernement fixe la date d'entrée en vigueur du présent décret.

Bruxelles, le

Par le Gouvernement de la Communauté française,

*La ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé,*

N. MARECHAL.

## AVIS 35.188/4

### DE LA SECTION DE LEGISLATION DU CONSEIL D'ETAT

Le CONSEIL D'ETAT, section de législation, quatrième chambre, saisi par la ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé de la Communauté française, le 31 mars 2003, d'une demande d'avis, dans un délai ne dépassant pas un mois, sur un avant-projet de décret « modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française », a donné le 28 avril 2003 l'avis suivant:

#### OBSERVATIONS GENERALES

1. L'avant-projet de décret tend à modifier le décret du 14 juillet 1997, qui, comme l'indique son intitulé, a pour objet d'organiser la promotion de la santé.

La volonté des auteurs du texte est de faire en sorte que le décret du 14 juillet 1997 couvre, non seulement la promotion de la santé, mais aussi la médecine préventive.

A lire un certain nombre des dispositions à l'examen, il semble que, pour les auteurs de l'avant-projet, la notion de médecine préventive est comprise dans celle de la promotion de la santé (1).

D'autres dispositions font mention de ces deux notions côte à côte sans faire apparaître, au moins expressément, que la première serait incluse dans la seconde (2).

Quant à l'exposé des motifs, il fait état de ce que, « si les matières peuvent être semblables, les approches s'appuient sur des logiques différentes, bien que complémentaires ».

La définition de la promotion de la santé que donne le texte actuel de l'article 1<sup>er</sup> du décret du 14 juillet 1997, et celle de la médecine préventive qui résulte de la disposition qui, selon l'avant-projet, est appelée à former l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 3, de ce décret, sont rédigées en des termes qui ne permettent pas davantage de déterminer avec suffisamment de certitude les liens et les différences qui existeraient entre les deux notions.

Il importe à ce sujet de rappeler que, dans son avis sur l'avant-projet devenu le décret du 14 juillet 1997, la section de législation du Conseil d'Etat avait souligné l'imprécision de la définition de la promotion de la santé que donne le texte actuel de l'article 1<sup>er</sup>, première phrase, de ce décret; elle avait également indiqué que la définition donnée de la promotion de la santé était « à ce point imprécise qu'il est impossible de vérifier si le texte en projet relève pleinement,

comme l'affirme l'exposé des motifs, des compétences qui sont celles de la Communauté française, au titre de la politique de la Santé, dans les matières de l'éducation sanitaire et des activités et services de médecine préventive (3) » (4).

L'incertitude qui résulte de l'avant-projet de décret à propos des liens et des différences entre les notions de promotion de la santé et de médecine préventive, conduit à accentuer l'imprécision relevée dans cet avis de la section de législation.

Bien plus, en insérant dans le décret du 14 juillet 1997 des dispositions dont il résulte que la notion de médecine préventive, qui contribue à déterminer les contours de la compétence de la Communauté française, est distincte de celle de promotion de la santé, et en étant rédigé, en certaines de ses dispositions, en des termes qui peuvent donner à penser que la notion de promotion de la santé est plus large que celle de la médecine préventive, l'avant-projet de décret expose encore plus nettement la Communauté française à méconnaître ses compétences.

Le texte sera revu en conséquence.

2. L'avant-projet de décret insère dans le décret du 14 juillet 1997 un chapitre *Vbis*, intitulé « Des programmes de médecine préventive ».

Ce chapitre doit être fondamentalement revu, pour les raisons suivantes:

*a)* La section de législation se demande ce qui, en substance, distingue les programmes de médecine préventive envisagés des programmes d'action ou de recherche visés au chapitre V du décret du 14 juillet 1997.

*b)* S'il ressort de l'article 17*bis*, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, en projet, que le Gouvernement approuve les programmes de médecine préventive, le texte ne permet pas de discerner qui établit ces programmes.

*c)* L'article 17*bis* en projet fait mention du « pilotage », de la « gestion » et de la « mise en place » des programmes de médecine préventive.

Il est en défaut de déterminer ce que recouvrent exactement ces diverses notions et ce qui, le cas échéant, les distingue.

Concernant la « gestion » des programmes, il importe encore de souligner le caractère largement indéterminé de

(1) Voir ainsi les dispositions suivantes en projet du décret du 14 juillet 1997: l'article 1<sup>er</sup>, alinéa 2, seconde phrase; l'article 2, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>; l'article 3*bis*, 2<sup>o</sup>; l'article 4, § 1<sup>er</sup>, 4; l'article 9; et l'article 11, alinéa 1<sup>er</sup>, 3.

(2) Voir ainsi les dispositions suivantes en projet du décret du 14 juillet 1997: l'article 2, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, 2<sup>o</sup>; et la phrase introductive de l'article 3*bis*.

(3) Article 5, § 1<sup>er</sup>, 1, 2<sup>o</sup>, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, et article 3, 6<sup>o</sup>, des décrets des 19 et 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française.

(4) Avis 25.290/9, donné le 25 septembre 1996 (Doc. Cons. Comm. franç., Sess. 1996-1997, n<sup>o</sup> 127/1, p. 16).

la règle, formulée par l'article 17bis, § 2, alinéa 1<sup>er</sup>, en projet, selon laquelle « ces programmes sont, dans la mesure du possible, gérés par les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes ».

d) L'article 17ter, § 1<sup>er</sup>, en projet ne permet pas de discerner le rôle respectif des « centres de référence » et des « établissements ou personnes de droit public ou privé » que vise le texte.

e) Les habilitations que donnent au Gouvernement les paragraphes 2 à 4 de l'article 17ter en projet sont excessivement larges.

## OBSERVATIONS PARTICULIÈRES

### Dispositif

#### Article 2

1. La disposition appelée à remplacer l'article 2, § 2, du décret du 14 juillet 1997 appelle les observations suivantes :

a) Il conviendrait de déterminer la durée de validité — à tout le moins la durée de validité maximale — du plan communautaire opérationnel de promotion de la santé.

b) Dans l'alinéa 2, le texte doit préciser qui sont les « intervenants concernés ».

2. Le texte appelé à former l'article 2, § 3, du décret du 14 juillet 1997 doit déterminer qui met en place le système d'informations sanitaires et qui le gère. Il doit aussi préciser qui sont les « opérateurs concernés ».

#### Art. 3

1. L'article 9 de l'avant-projet remplaçant totalement l'article 10, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 14 juillet 1997, la modification partielle de cette dernière disposition, qu'envisage le texte à l'examen, n'a pas de raison d'être.

2. C'est au Gouvernement, et non pas au législateur, qu'il incombe d'apporter les modifications envisagées à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 17 juillet 1997 fixant la date d'entrée en vigueur du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, et certaines mesures de son exécution.

#### Art. 4

La section de législation n'aperçoit pas quelle est la portée exacte de la disposition envisagée, pour l'application du décret du 14 juillet 1997.

#### Art. 6

1. La disposition par laquelle il est envisagé de remplacer l'article 5, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, du décret du 14 juillet 1997 manque de précision.

De deux choses l'une :

a) ou bien le législateur identifie, dans « le secteur du sida », des institutions qu'il souhaite voir représentées au sein du Conseil supérieur de promotion de la santé ;

b) ou bien il abroge le 5<sup>o</sup> de l'article 5, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret du 14 juillet 1997, et il modifie le 10<sup>o</sup> du même alinéa de manière à prévoir que deux membres du Conseil supérieur de promotion de la santé sont choisis par le Gouvernement en raison de leur compétence particulière dans le domaine de la prévention du sida.

2. Dans la disposition appelée à former l'article 5, alinéa 1<sup>er</sup>, 14<sup>o</sup>, du décret du 14 juillet 1997, le texte doit préciser quelles sont les « associations d'usagers » visées.

3. La disposition par laquelle il est envisagé de remplacer l'article 5, alinéa 2, du décret du 14 juillet 1997 appelle les observations suivantes :

a) Compte tenu de ce que prévoit la seconde phrase, n'y a-t-il pas lieu, dans la première phrase, de remplacer les mots « peut aussi nommer » par le mot « nomme » ?

b) Le texte de la première phrase doit préciser les critères sur la base desquels seront désignés les « membres de la société civile (choisis) en fonction de leur compétence dans d'autres secteurs » que la promotion de la santé.

c) Dans la seconde phrase, il convient de préciser ce qu'il y a lieu d'entendre par les mots « l'aide aux publics fragilisés ».

4. A l'article 5, alinéa 3, en projet, plutôt que d'écrire « ou son représentant » à propos du fonctionnaire général dirigeant, il y a lieu d'écrire « ou l'agent qu'il désigne ».

La chambre était composée de :

Mme M.-L. WILLOT-THOMAS, président de chambre ;

MM. P. LIENARDY, P. VANDERNOOT, conseillers d'Etat ;

Mme C. GIGOT, greffier.

Le rapport a été présenté par M. B. JADOT, premier auditeur chef de section. La note du Bureau de coordination a été rédigée par M. R. WIMMER, référendaire adjoint.

Le Greffier,

Le Président,

C. GIGOT.

M.-L. WILLOT-THOMAS.