

---

PARLEMENT  
DE LA  
COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 2002-2003

---

3 JUILLET 2003

---

PROJET DE DECRET

MODIFIANT LE DECRET DU 14 JUILLET 1997  
PORTANT ORGANISATION DE LA PROMOTION DE LA  
SANTÉ EN COMMUNAUTE FRANÇAISE(1)

RAPPORT DE COMMISSION

PRESENTE AU NOM DE LA COMMISSION  
DE LA SANTÉ, DES MATIÈRES SOCIALES, DES SPORTS  
ET DE L'AIDE A LA JEUNESSE  
PAR MME **BERTOUILLE**

---

(1) Voir Doc. n° 415 (2002-2003) n°s 1 et 2.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission de la Santé, des Matières sociales, des Sports et de l'Aide à la jeunesse a examiné au cours de ses réunions des 17 juin 2003 et 3 juillet 2003 (1) le projet de décret modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française.

### I. EXPOSE INTRODUCTIF DE MME MARECHAL, MINISTRE DE L'AIDE A LA JEUNESSE ET DE LA SANTE

La ministre Maréchal cite en premier lieu quelques chiffres confirmés par des études :

— un décès sur 3 est dû à une maladie cardio-vasculaire;

— une femme sur 12 est frappée par le cancer du sein;

— chaque année, 2 500 femmes décèdent du cancer du sein;

— l'obésité touche 5 % des jeunes; 15 % d'entre eux étant en excédent pondéral;

— le diabète touche 4 % de la population totale; la prévalence croît avec l'âge; le diabète de type 2 se développe de plus en plus chez les personnes plus jeunes; environ un diabétique sur deux s'ignore.

Au vu de ces chiffres, la ministre déclare qu'il est temps de développer la prévention tant au niveau fédéral qu'au niveau communautaire.

Elle indique que les compétences de la Communauté française en matière de santé ont été définies par les lois spéciales des 8 août 1980 et 1988. Elle précise que le pouvoir fédéral a gardé la prévention individuelle et cite, comme exemple, le vaccin obligatoire contre « la polio ». La Communauté française a donc hérité de la prévention organisée collective, ainsi que de la prévention primaire.

Elle rappelle le décret du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la

(1) Ont participé aux travaux de la commission :

Mmes Bertieaux, Bertouille (Rapporteur), Molenberg, MM. Wahl, Avril, de Saint Moulin, Mme Docq, MM. Wacquier (en remplacement de M. Bodson), Galand (en remplacement de M. Smeets), Javaux, Lahssaini, Pieters, Grimberghs et Liénard (Président).

Ont assisté aux travaux de la commission :

Mme Corbisier-Hagon, membre du Parlement;  
Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé;

M. Morel, collaborateur au cabinet de Mme la ministre Maréchal;

M. Sohy, expert du groupe MR;

Mme Thong Kham, experte du groupe PS;

Mme Wattiaux, experte du groupe cdH.

Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française; elle cite, comme exemple, la gestion des hôpitaux qui a été confiée aux Régions.

Elle souligne que la Communauté française a gardé comme compétence essentielle en matière de santé, l'éducation sanitaire ainsi que les activités et services de médecine préventive.

Elle précise que l'éducation à la santé porte l'appellation aujourd'hui de « promotion à la santé ». C'est un des bénéfices importants de la politique communautaire.

Elle rappelle également le décret du 19 juillet 1997 organisant la Promotion de la santé. Elle indique que la Promotion de la santé travaille sur les facteurs déterminants de la santé; ceux-ci pouvant être biologiques, sociaux, culturels, environnementaux, etc. On peut parler de bien-être et de qualité de vie.

Elle passe ensuite à une description de la politique communautaire :

— un programme quinquennal définissant les publics cibles ainsi que les actions prioritaires;

— les centres locaux de Promotion de la santé (CLPS);

— les 4 services communautaires de Promotion de la santé; (c'est-à-dire les 3 universités principales et l'asbl Question Santé);

Elle déclare que la Promotion de la santé se développe dans une logique émancipatrice et responsabilisante avec un souci d'équité.

Actuellement, plusieurs dispositifs ont été mis en place sans aucune coordination et notamment sur la tuberculose, le cancer, la vaccination, les maladies métaboliques des nouveaux nés ainsi que sur certains dépistages.

D'autre part, elle rappelle les deux types de prévention qui concernent la Communauté française, à savoir :

— la prévention primaire si l'intervention a lieu avant l'émergence de la symptomatologie; elle cite l'exemple de la vaccination, de la lutte contre le tabagisme ainsi que l'ensemble des programmes de Promotion de la santé pour les assuétudés;

— la prévention secondaire, s'il s'agit de rechercher des signes avant-coureur de la maladie; c'est le cadre du dépistage.

Par ailleurs, elle rappelle l'accord de coopération avec le pouvoir fédéral relatif à la mise en place d'un programme concerté de dépistage du cancer du sein. Cette initiative a permis de mettre en évidence la nécessité de disposer d'un cadre législatif pour soutenir ce mode d'organisation.

En effet, il s'agit non seulement d'articuler les différents programmes de médecine préventive entre eux, mais également de les articuler avec les démarches d'éducation et de Promotion de la santé. Par exemple, si on travaille sur la réduction des risques du diabète, on ne peut nier que c'est lié à des actions de Promotion de la santé relatives à l'alimentation.

D'autre part, elle indique qu'un consensus se dégage progressivement dans la communauté scientifique sur la pertinence de certains programmes et notamment le cancer du sein, où il est constaté que la population a davantage d'intérêt à se soumettre au dépistage. Il en va de même pour le cancer du col de l'utérus, le diabète, les maladies cardio-vasculaires, la tuberculose pour les populations à risque, le sida, les maladies sexuellement transmissibles.

La ministre explique qu'elle a travaillé sur un décret cadre permettant de fixer des modalités particulières pour chaque programme tout en étant attentive au principe de subsidiarité, c'est-à-dire, une prévention proche de la population dans les endroits où cela s'avère indispensable.

Elle a également veillé à optimiser les structures logistiques existantes et à travailler avec les médecins généralistes qui sont proches de la population. Il s'agit d'entraîner un virage plus ambulatoire de la prévention.

Un travail a été réalisé avec les médecins généralistes et les centres universitaires de médecine générale sur le rôle que devrait jouer le médecin généraliste en matière de prévention.

Elle déclare que des moyens financiers nouveaux sont prévus dans le cadre des programmes qui seront déployés.

Elle cite l'exemple d'un travail de prévention, cette année, dans le domaine cardio-vasculaire.

Elle souligne que les moyens financiers consacrés à la médecine préventive passeront dans le cadre du refinancement de notre Communauté de 5 870 000 euros en 2002 à 8 523 000 euros en 2010.

D'autre part, dans le cadre d'un projet pilote, la Communauté française travaillera cette année avec les médecins généralistes sur les facteurs de risque cardio-vasculaire.

Concernant le dépistage du diabète, un travail préalable a été réalisé avec l'institut scientifique de santé publique ainsi qu'avec les médecins généralistes en vue de dégager un consensus qui pourrait servir de base à la définition d'un programme communautaire.

A propos du sida, les centres de dépistage du sida ainsi que le Conseil consultatif de la préven-

tion du sida ont formulé de nouvelles recommandations en vue de privilégier le dépistage auprès des populations vulnérables.

Elle termine en déclarant que l'objectif dudit projet de décret est de construire le cadre et de rationaliser les outils existants; elle cite le Conseil supérieur de promotion de la santé qui doit intégrer non seulement le principe de la médecine préventive mais également celui de la liaison à faire entre les campagnes de Promotion de la santé et celles plus ciblées en matière de médecine préventive.

## II. DISCUSSION GENERALE

Mme Corbisier-Hagon demande à la ministre des précisions sur la concertation qui aurait été organisée avec les acteurs de terrain lors de l'élaboration dudit projet de décret. Elle précise que plusieurs organisations contactées par ses soins n'ont jamais entendu parler dudit projet de décret.

D'autre part, elle souligne que les acteurs de terrain sont organisés de manière différente tant au niveau de leur planification que de leur action à moyen et à long terme.

Dès lors, elle demande à la ministre des précisions sur la manière dont ces différents programmes pourront être intégrés dans un plan quinquennal.

Concernant le subventionnement, elle souligne que le refinancement prévu dans ce secteur n'est pas énorme par rapport aux différentes missions qui figureront dans cette coordination.

Elle s'étonne du contenu de l'article 18, à savoir: «Le Gouvernement fixe la date d'entrée en vigueur du présent décret.» Celui-ci laisse supposer que le futur décret ne sera pas mis en application immédiatement. Dès lors, elle demande à la ministre des éclaircissements.

Par ailleurs, elle constate un élargissement de la composition du Conseil supérieur de promotion de la santé; elle demande à la ministre la manière dont ce Conseil supérieur fonctionnera à l'avenir; un élargissement de l'administration a-t-il été prévu, vu l'accroissement important des responsabilités?

Elle demande la raison pour laquelle il est prévu deux membres représentant les associations d'usagers du système de santé et seulement un membre représentant la commission de Promotion de la santé à l'école.

Mme Bertouille déclare que ce projet de décret est très important et mérite un débat en profondeur.

Elle rappelle la question orale qu'elle a posée le 12 novembre dernier relative au 2<sup>e</sup> plan quin-

quennal de Promotion de la santé et la réponse apportée par la ministre, à savoir: qu'il n'y aurait pas de nouveaux programmes, mais une requalification des objectifs pour la période 2003 à 2008 sur base des évaluations successives. Il a également été précisé que ce travail avait été demandé au Conseil supérieur de promotion de la santé et que celui-ci serait terminé dans le courant du 1<sup>er</sup> semestre 2003 et serait présenté au Gouvernement et au Parlement.

Elle demande à la ministre de faire le bilan de ce qui a été réalisé dans les décrets précédents. Elle demande également de joindre en annexe:

— le rapport sur l'évaluation quantitative et qualitative réalisée par objectif dont la ministre a fait état dans sa réponse orale; celui-ci figurera en annexe n° 1 du présent rapport;

— les avis du Conseil supérieur de promotion de la santé ainsi qu'un commentaire de la ministre en précisant les remarques qui ont été suivies ou non; celui-ci figurera en annexe n° 2 du présent rapport;

— l'avis de l'Inspection des finances; celui-ci figurera en annexe n° 3 du présent rapport.

Concernant la définition de la promotion de la santé, elle souligne que le Conseil d'Etat a estimé que celle-ci était floue. Dès lors, elle déclare qu'il serait souhaitable d'apporter des précisions. D'autre part, elle demande à la ministre si la Promotion de la santé inclut bien la prévention. Dans l'affirmative, elle lui demande les raisons pour lesquelles de nouveaux articles ont été créés relatifs à la prévention.

Par ailleurs, elle constate que la prévention sera insérée dans le plan quinquennal ainsi que dans le plan communautaire opérationnel sous forme de protocole. Elle demande à la ministre une définition du protocole.

D'autre part, elle constate que les programmes de médecine préventive sont pilotés par un centre de référence. Elle estime qu'il serait opportun de définir la notion de centre de référence dans le projet de décret.

Par ailleurs, elle s'interroge sur la possibilité d'associer les CLPS à la mise en place des programmes de médecine préventive. Elle souligne que les CLPS constituent les interlocuteurs les plus proches de la population et devraient, dès lors, être associés au programme de prévention.

Concernant la coordination, elle rappelle que le décret de 1997 portant organisation de la Promotion de la santé prévoit que le comité de concertation est notamment chargé de coordonner et d'évaluer les actions. Elle précise que les CLPS font également parties de ce comité de concertation. Dès lors, elle demande à la ministre quel est le lien entre le comité de concerta-

tion existant actuellement et l'article 4 dudit projet de décret.

A propos de l'aide logistique, elle rappelle que le décret de 1997 portant organisation de la Promotion de la santé prévoit que celle-ci est effectuée par les services communautaires. A l'article 10 dudit projet de décret, elle constate que les CLPS apporteront une aide méthodologique et notamment en documentation, formation, outils d'information et expertise. Dès lors, elle demande à la ministre s'il ne s'agit pas d'un double emploi. Dans la négative, elle demande si l'aide apportée par les CLPS se fera en coordination avec les services communautaires.

Concernant l'aspect budgétaire, elle se réjouit de l'évolution positive du budget.

Par ailleurs, elle souhaiterait savoir si le centre local de Promotion de la santé de Namur connaît des problèmes au niveau de son organisation.

D'autre part, elle se réjouit de la création d'un système d'information sanitaire. Elle souligne que cette initiative est très importante et permettra de mener des politiques plus efficaces dans le domaine de la Promotion de la santé et de la prévention. Elle précise que la province du Hainaut avait initié au niveau de l'Observatoire, ce système. Elle demande à la ministre si ce nouveau système d'information sanitaire ne va pas faire double emploi avec la collecte des données réalisées par les CLPS.

Elle termine en déclarant toute sa satisfaction de voir les médecins généralistes et les travailleurs para-médicaux associés à la réflexion en matière de prévention et de Promotion de la santé.

M. Galand se réjouit d'assister à un travail législatif tout à fait cohérent; un décret portant organisation de la Promotion de la santé a été voté en juillet 1997; un travail d'évaluation a été effectué et l'ajustement est proposé aujourd'hui.

Il passe ensuite en revue les différentes modifications:

— viser à mieux définir la Promotion de la santé ainsi que la prévention; il est très important que les acteurs du secteur ainsi que le public disposent de références claires en la matière;

— assurer une meilleure coordination afin d'accroître la cohérence; il cite le cas des écoles où parfois plusieurs acteurs différents interviennent actuellement en Promotion de la santé sans aucune coordination;

— mieux organiser en termes d'espace et de temps. A ce sujet, il se demande s'il ne conviendrait pas de réajuster les compétences des CLPS afin d'éviter des recoupements tout à fait illogiques;

— mieux connaître.

Il souligne que les observatoires de la santé provinciaux constituent des outils très importants pour identifier les besoins étant donné les disparités régionales; c'est en fonction de ces données qu'il convient d'adapter les interventions des différentes forces disponibles en prévention. Il insiste afin que les observatoires de la santé disposent d'une place à côté des écoles de santé publique ainsi que de l'institut scientifique de santé publique. Il indique qu'il serait opportun d'élaborer dans le futur, un projet de décret en collaboration avec les Régions relatif à la reconnaissance des observatoires en fonction de critères de qualité; il s'agirait de garantir la qualité scientifique des données.

Par ailleurs, il déclare qu'il est réticent à des approches trop segmentées; la personne n'est pas segmentée et peut avoir, par exemple, à la fois un problème de vue et d'obésité. Il cite les acteurs d'interventions globales:

- l'ONE pour l'enfant;
- les équipes de promotion à la santé à l'école pour l'élève et l'étudiant;
- le médecin généraliste.

C'est pourquoi, il estime que ces trois groupes doivent avoir une place privilégiée au sein du Conseil supérieur de promotion à la santé. Il insiste donc fortement pour qu'il y ait une pondération cohérente au sein de la composition du Conseil supérieur.

Concernant la problématique du dépistage du cancer du sein et, plus particulièrement, des reproches de retard dans la mise en route de la campagne de dépistage, il félicite la ministre de ne pas avoir répondu aux critiques afin de ne pas susciter l'inquiétude parmi les femmes qui avaient déjà subi des mammographies; il était pourtant clair que peu de services pratiquant ces mammographies répondaient aux critères de qualité imposés par l'Union européenne. Il a fallu assurer le contrôle et l'agrément d'un nombre suffisant de services de mammographie avant de pouvoir débiter la campagne.

Madame Bertieaux souligne que le grand reproche adressé à notre pays dans le domaine de la santé publique est l'absence d'une politique globale et concertée. Dès lors, elle insiste fortement pour que le travail effectué par la Communauté française soit soutenu, concerté et coordonné avec les autres niveaux de pouvoir.

Par ailleurs, elle se réjouit d'apprendre que grâce au refinancement de la Communauté française, certains budgets dans ce secteur devraient augmenter de plus de 50%.

Concernant la problématique des définitions «Promotion de la santé» et «prévention», elle propose soit d'améliorer la compréhension

et la perception des définitions figurant à l'article 1<sup>er</sup>, soit d'éviter, par voie décrétole, d'insérer des définitions prêtant à une certaine confusion.

D'autre part, elle indique qu'il est nécessaire de s'interroger également sur l'efficacité de la prévention. Les chiffres cités par la ministre concernant des pathologies bien avérées augmentent d'année en année; cette situation constitue souvent le constat d'un échec, d'un manque d'efficacité des dispositifs de prévention primaire ou secondaire.

Par ailleurs, elle espère que le futur décret produira des effets positifs grâce à une meilleure organisation. Cependant, elle estime qu'il faut s'interroger sur la manière dont une politique de prévention peut réellement devenir efficace. Elle indique, comme son collègue Galand, qu'il est nécessaire d'avoir une vision globale de l'individu. La plupart des gens sont en assez bonne santé mais avec un potentiel de pathologie qu'ils peuvent développer.

M. de Saint Moulin déclare que si la matière de la médecine préventive ne bénéficie pas pour l'instant d'un cadre légal efficace et fait l'objet de dispositions éparpillées et segmentées, son groupe ne peut être que satisfait de la volonté de la ministre de l'intégrer dans le décret relatif à la Promotion de la santé afin de disposer d'une politique coordonnée et cohérente en la matière.

Le futur décret offrira la possibilité de concevoir un plus grand nombre de programmes, de développer de nouvelles structures et d'accroître le nombre d'intervenants. Il indique qu'il conviendra d'être particulièrement attentif à la bonne coordination de ces programmes, aux différentes modalités pour leur évaluation, ainsi qu'aux montants budgétaires prévus pour le développement de ces initiatives.

Par ailleurs, il attire l'attention des commissaires sur la problématique des définitions; il rappelle les différents avis émis par le Conseil d'Etat en la matière.

Concernant le nouveau chapitre *Vbis*, intitulé «Des programmes de médecine préventive», il demande à la ministre de mieux le définir par rapport au chapitre des programmes d'action ou de recherche en Promotion de la santé du décret de 1997 portant organisation de la Promotion de la santé. Il demande également des précisions sur les centres de références chargés de piloter ces programmes de médecine préventive; ce système de pilotage sera-t-il également d'application pour les programmes d'action de Promotion de la santé prévus dans le décret de 1997 portant organisation de la Promotion de la santé.

Si le Gouvernement approuve ces programmes, par qui seront-ils établis? Sera-t-il nécessaire de recueillir l'avis du Conseil supérieur de

promotion de la santé comme c'est le cas pour les actions en Promotion de la santé à vocation communautaire ou de la commission d'avis pour les projets locaux pour les programmes et actions à vocation locale?

Mme Corbisier-Hagon déclare qu'elle a été interpellée par une réflexion de M. Galand sur les écoles et plus précisément à propos des après-midi sur l'éducation affective et sexuelle, sur le tabac ...

Elle demande à M. Galand la façon dont le futur décret pourrait mettre de l'ordre dans les après-midi des écoles.

M. Galand répond que le projet de décret rassemble différents intervenants, place les plans quinquennaux dans une meilleure perspective et invite les différents partenaires de Promotion de la santé à travailler avec les mêmes objectifs et les mêmes priorités.

Il précise qu'actuellement, l'étudiant risque de recevoir des messages contradictoires en éducation à la santé; il existe en effet une absence de coordination ainsi qu'un agencement et un échelonnement dans le temps qui sont loin d'être parfaits. Il indique que le projet de décret renforce les concertations ainsi que les coordinations.

Il appartient à ce Conseil supérieur de promotion de la santé de donner les perspectives ainsi que de mieux informer les différents partenaires de la santé y compris les directions d'école.

Mme Corbisier-Hagon estime que pour rencontrer les objectifs de M. Galand, un projet de décret prévoyant une administration spécifique devrait être déposé.

### III. REPONSES DE MME MARECHAL

La ministre Maréchal déclare que le décret de 1997 portant organisation de la promotion de la santé reste fondamental.

Elle souligne que depuis le début de la législature, elle a veillé à rendre cohérente toutes les actions et à les englober dans la définition de la Promotion de la santé. C'est ainsi que l'inspection médicale scolaire est devenue la Promotion de la santé à l'école et que le contrôle du dopage a été intégré dans une réflexion plus large sur la Promotion de la santé dans le sport.

Concernant la concertation, elle précise que le Conseil supérieur de promotion de la santé regroupe énormément de partenaires. Elle souligne que la concertation a eu lieu mais qu'elle n'a pas rencontré chaque secteur puisqu'il s'agit d'organiser les actions de la Communauté française.

Le docteur Morel, collaborateur de la ministre, déclare qu'une concertation a eu lieu avec tous les conseils y compris le Conseil supérieur de promotion de la santé, les quatre services communautaires des universités et les centres locaux de Promotion de la santé.

Concernant le dispositif médecine préventive et certains programmes particuliers, des contacts réguliers ont eu lieu avec les animateurs du centre de référence pour le dépistage du cancer du sein, ainsi qu'avec les acteurs suivants:

- la cellule PROVAC pour tout ce qui concerne l'administration de la vaccination;

- le secteur de la médecine générale par l'intermédiaire du forum des associations de généralistes, des trois centres universitaires de médecine générale ainsi que des associations scientifiques de médecine générale;

- les trois écoles de santé publique;

- les mutuelles.

Concernant le refinancement, la ministre déclare que celui-ci viendra soit consolider ce qui existait déjà, soit financer de nouveaux programmes. Elle souligne qu'il existe des moyens financiers affectés à la lutte contre la tuberculose, au dépistage des maladies métaboliques, cardio-vasculaires ainsi que du cancer.

D'autre part, elle déclare que dans l'hypothèse où un programme est développé et, où participait déjà un autre partenaire ou un promoteur, celui-ci y serait bien sûr associé.

A propos des usagers, elle précise que ceux-ci n'étaient pas représentés au Conseil supérieur; la Promotion de la santé insiste sur la participation, sur la responsabilisation de chacun.

Concernant la date de la mise en œuvre du futur décret, la ministre déclare qu'il s'agit d'une formule souvent utilisée.

A propos de la représentation au Conseil supérieur, la ministre cite l'exemple du secteur de Promotion de la santé à l'école. Elle précise que l'administration de la Santé s'est vu adjoindre l'administration de la Promotion de la santé à l'école (PSE), auparavant liée à l'Enseignement. La lutte contre le dopage a également permis de consolider la direction générale de la Santé. Elle estime qu'un représentant de la commission PSE au CSPS suffit à créer un lien et une cohérence entre ces deux lieux. Concernant les associations d'usagers du système de santé, elle précise que ceux-ci n'étaient pas représentés; elle estime que la présence de deux représentants n'est pas exagérée par rapport aux représentants des différents secteurs. D'autre part, elle précise que c'est à partir du travail réalisé par le Conseil supérieur de promotion de la santé qu'une réflexion

xion sera initiée sur le développement du plan quinquennal ainsi que du plan d'action.

Le docteur Morel, collaborateur de la ministre Maréchal, passe ensuite en revue les points soulevés dans l'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé rendu en mars dernier :

— la problématique des définitions; les définitions qui sont reprises dans le projet de décret ont été adoptées sur base de leur avis;

— la valorisation du travail de concertation et de coordination entre le travail réalisé en Promotion de la santé et celui réalisé en médecine préventive;

— bien faire la distinction entre le programme quinquennal et le plan; le programme recouvre les objectifs généraux, les thématiques principales, les stratégies à développer ainsi que les populations concernées; le plan précise les objectifs avec des durées de développement beaucoup plus précises;

— la définition du système d'information sanitaire en précisant qu'il s'agit de valoriser les zones actuelles disposant d'informations sanitaires utiles ainsi que de les articuler;

— le transfert des membres du Conseil du sida vers le Conseil supérieur de promotion de la santé;

— apporter des précisions relatives aux dispositions prévues pour le financement des nouveaux programmes de médecine préventive;

— travailler progressivement à l'évaluation externe de l'ensemble du dispositif.

La ministre rappelle que le Conseil d'Etat avait déjà rendu un avis mitigé sur la définition de la Promotion de la santé en 1997. C'est bien parce qu'il s'agit d'éducation à la santé que la matière relève de la Communauté française. La Promotion de la santé englobe l'éducatif et le préventif.

Par ailleurs, elle déclare que le programme se fera protocole par protocole; chaque nouveau programme développé sera assorti d'un protocole. Suite à l'avis rendu par le Conseil d'Etat, une définition du protocole figure dans les commentaires ainsi que des précisions sur son pilotage.

Concernant la participation éventuelle des Centres locaux de promotion de la santé (CLPS) au pilotage, elle déclare que c'est tout à fait impossible dans le cadre de la médecine préventive. Cependant, elle souligne que ceux-ci doivent être associés et que leur coordination est représentée au Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS).

Le docteur Morel, collaborateur de la ministre Maréchal, fait un commentaire sur le § 3

de l'article 15, « les CLPS peuvent être associés à la mise en place de ce programme » : initialement le mot « doivent » avait été prévu. Lors de la concertation des CLPS, celui-ci a été remplacé par le mot « peuvent », les CLPS estimant que certains programmes sont techniques comme, par exemple, le dépistage des maladies métaboliques dans les maternités.

A propos d'une définition éventuelle des centres de référence, la ministre déclare que celle-ci est très difficile à donner. Elle précise que ceux-ci peuvent être organisés par un acteur du secteur public ou du secteur privé. Pour chaque campagne, l'acteur le mieux placé sera chargé du pilotage. Le lieu idéal pour devenir le centre de référence sera déterminé programme par programme.

A propos de la coordination, la ministre déclare que le décret de 1997 portant organisation de la Promotion de la Santé prévoit un comité de concertation chargé de coordonner et d'évaluer les actions. Celui-ci n'existe pas formellement. Il existe régulièrement des concertations entre les services communautaires et les CLPS.

Concernant la fonction logistique, elle indique qu'il faut faire la distinction entre les services communautaires et les CLPS. Les services communautaires disposent d'experts chargés de donner un cadre méthodologique général. Les CLPS sont chargés avec les promoteurs de donner sur le terrain un soutien méthodologique.

A propos du CLPS de Namur, elle précise qu'elle a reçu des avis très négatifs. Celui-ci ne respecte ni les missions décrétales ni la forme prévue. Elle rencontrera dans le courant de la semaine le député permanent ainsi que des représentants du conseil d'administration avant de prendre une décision.

D'autre part, elle déclare que le service d'information sanitaire constitue un moyen pour atteindre des objectifs. Le projet de décret ne confie plus aux CLPS la mission de collecter des données précises. Les CLPS ont vraiment exprimé l'impossibilité pour eux de remplir cette mission.

Concernant l'harmonisation entre les différents niveaux de pouvoir, elle indique que la conférence interministérielle « santé » a beaucoup travaillé lors de la dernière législature sur les soins de première ligne. Elle souligne que les représentants de la Communauté française ont participé à l'ensemble des travaux afin de s'assurer que ses outils, comme par exemple, les CLPS, seront bien, à l'avenir, intégrés à cette coordination plus globale et plus cohérente avec les différents niveaux de pouvoir.

Par ailleurs, elle indique qu'elle est tout à fait d'accord en ce qui concerne la nécessité d'avoir

une approche globale de la personne. Elle souligne que tant dans les commentaires que dans les développements du projet de décret, le médecin généraliste, l'ONE, la Promotion de la Santé à l'école constituent des acteurs indispensables, parce que pouvant avoir un regard plus globalisant sur la personne. Il est vrai que dans la définition d'un programme strict de médecine préventive, celle-ci est axée sur une problématique précise.

D'autre part, elle répète que l'articulation avec le pouvoir fédéral est indispensable. Elle indique que lors de la dernière législature fédérale, un travail sur la vaccination a été réalisé, ainsi qu'une harmonisation et un travail en commun lors de la campagne de dépistage du cancer du sein. Elle déclare qu'il serait opportun que le pouvoir fédéral investisse davantage dans le cadre de la prévention; celui-ci disposant en effet d'une compétence en matière de prévention individuelle.

Concernant les chiffres alarmants sur certaines pathologies, elle souligne qu'il est nécessaire de travailler sur les causalités et notamment sur les modes de vie. Ce qui nécessite une constante adaptation de nos actions à l'évolution sociétale. Par ailleurs, elle manifeste sa volonté de respecter le décret de 1997 portant organisation de la Promotion de la Santé ainsi que de le compléter afin de le rendre davantage porteur.

A propos du nouveau chapitre V, elle souligne qu'il était indispensable de développer la possibilité de reconnaître, d'agréer et de subsidiariser des grands programmes de médecine préventive.

D'autre part, elle indique qu'il n'existe pas de système de pilotage dans le cadre de la Promotion de la santé. Cependant, une logique de coordination et de cohérence doit subsister. Par ailleurs, elle déclare qu'il appartient au Gouvernement d'établir des priorités une fois ses consultations terminées et ce, dès la réception de l'ensemble des avis ainsi que de l'existence d'un consensus scientifique. Concernant la commission d'avis des projets locaux, elle indique qu'il s'agit dans le projet de décret d'un programme dont l'initiative revient au Gouvernement étant donné sa dimension collective.

La discussion générale est close.

#### IV. DISCUSSION DES ARTICLES

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

Mme Corbisier-Hagon souhaiterait obtenir des précisions complémentaires à propos du système d'informations sanitaires (SIS) et,

notamment, connaître l'endroit où ce système sera mis en place, sur la nécessité éventuelle de créer une infrastructure administrative, sur les possibilités financières de la Communauté française pour mettre en place ce système ainsi que sur l'organisation des relais avec des systèmes d'informations sanitaires déjà partiellement mis en place par d'autres niveaux de pouvoir.

M. Galand demande à la ministre si l'objectif du projet de décret est bien de valoriser ce qui existe déjà en fixant des conditions d'agrément afin qu'ils puissent être reconnus comme système d'informations sanitaires (SIS); il cite l'exemple de l'observatoire du Hainaut ou de Bruxelles ainsi que l'Ecole de santé publique d'Erasmus ou de Saint-Luc.

La ministre Maréchal répond qu'il existe déjà actuellement des sources intéressantes de données sanitaires et notamment les observatoires, l'Institut Pasteur ainsi que des registres du cancer. Elle indique que l'objectif du projet de décret est de coordonner et de regrouper tout ce qui existe.

Par ailleurs, elle signale qu'elle a déposé à la Conférence interministérielle de la santé publique, une proposition visant à harmoniser les différentes récoltes de données dans ce pays.

Elle déclare que le système d'informations sanitaires sera mis en place au sein de l'administration.

Elle précise que l'objectif du projet de décret est, d'une part, de proposer sous forme de convention aux différents partenaires qu'ils fournissent les données recueillies et, d'autre part, de disposer d'un lieu pour les centraliser. Celles-ci seront ensuite traitées dans le cadre du plan directeur élaboré par la commission d'épidémiologie.

Mme Corbisier-Hagon déclare qu'elle reste perplexe et souligne que les informations sanitaires seront traitées à deux reprises. Elle estime qu'il serait plus simple de travailler avec des services existants.

M. Morel, collaborateur de la ministre Maréchal, précise que l'élaboration du plan directeur par la commission d'épidémiologie consiste à faire l'inventaire des ressources ainsi que des sources d'informations diverses. Il indique qu'il s'agit de définir pour chacun, le type de ressources que cela représente ainsi que de leur demander d'apporter leur contribution à ce système; ces données étant ensuite traitées sur base d'au moins 2 ou 3 critères.

Il déclare que ces données doivent être utiles, d'une part, pour les décideurs ainsi que pour les administratifs et, d'autre part, pour les acteurs de terrain afin de pouvoir mieux orienter leurs actions.

Mme Bertouille souhaiterait obtenir des précisions quant à la nécessité de réintroduire la notion de prévention dans les définitions. Elle souligne que la prévention fait partie intégrante de la Promotion de la santé et que le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la Promotion de la santé fait déjà référence, à plusieurs reprises, au terme de prévention.

M. Morel, collaborateur de la ministre Maréchal, répond que la médecine préventive se décline à partir du concept de prévention et met en œuvre la prévention médicalisée. La réintroduction de la prévention primaire, secondaire et tertiaire a pour objectif de clarifier les choses.

Un amendement n° 1 est déposé par MM. Galand, Lahssaini, Avril, Mmes Bertouille et Corbisier-Hagon. Celui-ci est libellé comme suit :

« Article 1<sup>er</sup>. — Supprimer les mots « et durables » au 2<sup>e</sup> paragraphe. »

Justification : La prévention vise les détériorations graves qu'elles soient durables ou non.

M. Galand insiste encore sur cet amendement en déclarant qu'il existe des maladies courtes et notamment la grippe qui peuvent avoir des conséquences graves pour des groupes spécifiques et qui doivent donc faire également l'objet de mesures préventives.

L'amendement n° 1 est adopté à l'unanimité.

L'article 1<sup>er</sup> tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

## Article 2

Mme Corbisier-Hagon demande à la ministre des précisions sur l'instauration du système d'informations sanitaires (SIS) auprès de l'administration; la création d'une asbl en parallèle ou d'un para-communautaire est-elle envisagée?

Mme Bertouille souhaiterait obtenir des précisions sur le budget du système d'informations sanitaires (SIS). D'autre part, elle déclare que le plan communautaire opérationnel aura la même durée que le programme quinquennal et sera établi dans un délai de 12 à 18 mois après son élaboration. Elle s'étonne de ce délai et demande des précisions.

Elle demande si le plan communautaire précédent continuera à produire ses effets durant cette période. Elle souhaiterait également savoir les raisons pour lesquelles deux gestions différentes sont réalisées, programme quinquennal et plan communautaire, puisque ceux-ci porteront la même durée.

M. Galand demande à la ministre si la philosophie du projet de décret est bien la suivante : mise en réseau des différentes sources d'informations avec un lieu de rassemblement au sein de l'administration afin que celles-ci puissent aussi être transmises aux décideurs politiques, ainsi qu'à toutes les personnes concernées.

La ministre Maréchal déclare que l'administration travaille déjà actuellement avec des registres; il est donc utile que cette mission soit organisée concrètement à l'administration. Elle ajoute qu'il n'entre pas dans ses intentions de créer une asbl parallèle.

D'autre part, elle précise que le programme quinquennal est beaucoup plus technique, concret que le plan. Ce dernier recouvre des intentions sans passage à l'action.

A propos du délai de 12 à 18 mois, elle estime que celui-ci est tout à fait raisonnable, compte-tenu du volume de travail que doit réaliser le Conseil supérieur de promotion de la santé. Elle ajoute que dans l'intervalle, le plan précédent est toujours d'application.

M. Morel, collaborateur de la ministre Maréchal, déclare que la philosophie du projet de décret est bien celle évoquée par M. Galand. Il indique qu'une fois le projet de décret adopté, il sera possible de reconnaître, d'agréer et de financer un certain nombre d'acteurs qui sont actuellement producteurs de ressources; les missions de ces différents partenaires pourront, dès lors, être beaucoup mieux définies et les exigences réclamées beaucoup plus importantes.

Mme Corbisier-Hagon demande des précisions sur les opérateurs concernés. S'agit-il d'organismes qui sont déjà reconnus par la Communauté française?

La ministre Maréchal rappelle que ce sont pour la plupart déjà des partenaires de la Communauté française. Mais il n'y a plus d'agrément de services en dehors des centres locaux de Promotion de la santé et des 4 services communautaires.

Une liste des programmes de récolte des données qui sont aujourd'hui subsidiées figurera en annexe n° 4 du présent rapport.

L'article 2 est adopté à l'unanimité.

## Article 3

Cet article n'a fait l'objet d'aucun commentaire.

L'article 3 est adopté à l'unanimité.

## Article 4

M. Galand se réjouit de cet article qui organise une cohérence des activités en Promotion de la santé.

La ministre Maréchal déclare que, dorénavant, il y a trois moments de dépôt des projets en Promotion de la santé; cette modification permet de faire des choix qui seront davantage en harmonisation avec le plan quinquennal.

L'article 4 est adopté à l'unanimité.

## Article 5

Mme Bertouille demande à la ministre s'il ne serait pas utile d'avoir dans la composition du Conseil supérieur de promotion de la santé, des experts tels que les membres du comité consultatif de bioéthique.

La ministre Maréchal répond que le comité consultatif de bioéthique rend déjà des avis et peut être sollicité à tout moment.

Il existait un lieu de réflexion éthique autour du sida car il s'agit d'une maladie qui peut amener des phénomènes d'exclusion et de rejet. On « rapatrie » la dimension éthique sur toutes les matières Promotion de la santé.

M. Galand se réjouit des précisions apportées par cet article. Il souligne qu'il est important que chaque membre du Conseil supérieur de promotion de la santé porte une attention particulière sur l'éthique. Il ajoute que le Gouvernement, dans le cadre des personnes qu'il adjoint en tant qu'experts, peut s'assurer que l'un d'entre eux ait une compétence particulière en éthique.

Mme Corbisier-Hagon déclare que la préoccupation sur l'éthique est importante. Elle demande à la ministre s'il ne serait pas possible que le Conseil supérieur de promotion de la santé puisse avoir recours à ce conseil de bioéthique.

La ministre Maréchal répond que le Conseil de bioéthique couvre toutes les matières y compris la prévention. Il peut être interrogé sur toute matière touchant à la santé et peut être invité en qualité d'expert lors d'une réunion.

Mme Bertouille se félicite que l'on tienne compte de l'éthique. Elle déclare qu'il ne faut pas hésiter à consulter le Conseil de bioéthique ou de l'inviter en tant qu'expert pour des points particuliers.

L'article 5 est adopté à l'unanimité.

## Article 6

Un amendement n° 2 est déposé par MM. Galand, Avril, Lahssaini, Mmes Ber-

touille et Corbisier-Hagon. Celui-ci est libellé comme suit:

« A l'article 6, § 2, point 5, ajouter en fin de phrase « et des autres maladies sexuellement transmissibles ». »

Justification: Couvrir mieux l'ensemble de la prévention.

M. Galand insiste encore en déclarant que cet amendement vise à apporter plus de clarté au texte et à couvrir mieux le champ de la prévention.

La ministre Maréchal déclare qu'il est important que ce secteur, tout en gardant une attention particulière sur une maladie, le sida, qui reste particulière dans sa nature, s'ouvre aussi à une dynamique beaucoup plus globale.

Mme Bertouille demande à la ministre des précisions sur la manière dont sera désigné un représentant des centres de référence, ainsi que deux représentants des associations d'usagers du système de santé.

Concernant les centres de référence, la ministre Maréchal répond qu'il leur appartiendra de faire une proposition. Par rapport aux usagers, elle déclare que le Gouvernement fera le choix; elle précise que les associations ne sont pas encore organisées en fédération, mais peuvent, si elles s'entendent, proposer un représentant.

Mme Corbisier-Hagon déclare qu'elle est tout à fait d'accord de reprendre au sein du Conseil supérieur de promotion de la santé, des associations qui existent; par rapport aux associations d'usagers, elle ne perçoit pas le profil.

Après une large discussion, un amendement n° 7 est déposé par Mmes Corbisier-Hagon, Bertouille, MM. de Saint Moulin et Galand. Celui-ci est libellé comme suit:

« A l'article 6, § 3, point 14, ajouter le terme « reconnues ». »

Justification: En l'absence d'une définition précise, rencontrer une représentation officielle et efficace.

Un amendement n° 4 est déposé par MM. Galand, Lahssaini, Mmes Bertouille, Corbisier-Hagon et Docq. Celui-ci est libellé comme suit:

« Article 6, § 2, point 10, remplacer « et la prévention des assuétudes » par « et les autres affections respiratoires ». »

Justification: Couvrir mieux l'ensemble du champ de la prévention et assurer une meilleure clarté du texte.

Un amendement n° 5 est déposé par MM. Galand, Lahssaini, Mmes Bertouille,

Corbisier-Hagon et Docq. Celui-ci est libellé comme suit :

« Article 6, § 2, ajouter un point *10bis* intitulé comme suit : « un membre choisi par le Gouvernement en raison de sa compétence particulière dans le domaine de la prévention des assuétudes ». »

Justification : Assurer une meilleure composition du Conseil supérieur couvrant mieux l'ensemble du champ de la prévention et une meilleure clarté du texte.

M. Galand explicite encore ces deux amendements en déclarant qu'il existe également toutes les autres affections respiratoires et, notamment, les bronchites chroniques, ainsi que les allergies. Il estime qu'il est préférable de faire la distinction entre les affections respiratoires et les assuétudes; il s'agit de deux champs différents de la prévention.

Un amendement n° 3 est déposé par MM. Galand, Lahssaini, Wacquier, Mmes Bertouille et Corbisier-Hagon. Celui-ci est libellé comme suit :

« Article 6, § 2, point 10, remplacer « deux membres » par « un membre ». »

Justification : Ne pas surcharger le nombre de membres du Conseil tout en assurant une meilleure représentation.

La ministre Maréchal répond qu'à partir du moment où il est fait la distinction entre les affections respiratoires et les assuétudes, un représentant pour la lutte contre la tuberculose lui paraît suffisant.

Elle souligne que la tuberculose est actuellement une infection qui touche des publics vulnérables très précis et qui n'a plus l'ampleur qu'elle avait précédemment.

Un amendement n° 6 est déposé par MM. Galand, Lahssaini, Wacquier, Mmes Bertouille et Corbisier-Hagon. Celui-ci est libellé comme suit :

« Article 6, § 3, point 15, remplacer « un membre » par « deux membres ». »

Justification : La Promotion de la santé à l'école est un élément majeur de la politique de Promotion de la santé de la Communauté française. Un seul membre semble trop peu, d'autant plus qu'il conviendrait probablement de veiller à ce que la médecine scolaire, aussi bien à l'école primaire que secondaire, puisse être bien représentée.

M. Galand insiste encore sur son amendement en déclarant que la Promotion de la santé à l'école constitue un élément très important au niveau de la politique de Promotion de la santé en Communauté française. Celle-ci couvre des

enfants en primaire et des élèves en secondaire et même en supérieur. Cet amendement permettra aussi d'éviter au Gouvernement des difficultés lorsqu'il devra veiller aux différentes composantes de la santé à l'école.

La ministre Maréchal répond que le budget prévu pour la Promotion de la santé à l'école est pratiquement équivalent au budget prévu pour les autres programmes santé.

Les amendements n°s 2, 3, 4, 5, 6 et 7 sont adoptés à l'unanimité.

L'article 6 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

#### Article 7

Mme Bertouille rappelle que cet article vise la suppression du Conseil scientifique et éthique et du Conseil consultatif de prévention du sida prévu par le décret de 1997 portant organisation de la Promotion de la santé en Communauté française. Ce conseil scientifique est composé actuellement de 18 membres et le conseil consultatif de 28, ce qui représente un total de 46 personnes. D'autre part, elle souligne qu'il existe un budget spécifique pour le sida.

Dans ce cadre, elle demande à la ministre des précisions quant à l'évolution du budget sida.

La ministre Maréchal répond que le Conseil scientifique et éthique ne s'est plus réuni depuis 2 ans et le conseil consultatif n'atteint jamais le quorum.

A propos du budget, elle indique qu'il existe déjà une ligne spécifique.

Elle précise que la Communauté française a réalisé récemment avec les centres de référence sida, un travail en vue de recentrer le dépistage. Elle signale également que le PACA (Plan d'action charte d'avenir) prévoit des moyens nouveaux en vue de consolider l'action sida.

Elle déclare que cette maladie demande des moyens particuliers d'information et de sensibilisation.

Elle estime que la problématique du sida doit être envisagée avec la question des maladies sexuellement transmissibles et de la vie sexuelle et affective; la réalité de terrain auprès des jeunes étant inquiétante.

L'article 7 est adopté à l'unanimité.

#### Articles 8, 9 et 10

Ces articles n'ont fait l'objet d'aucun commentaire.

Les articles 8, 9 et 10 sont adoptés à l'unanimité.

## Article 11

Mme Bertouille demande à la ministre Maréchal des précisions concernant la problématique du Centre local de promotion de la santé de Namur.

La ministre Maréchal répond qu'elle a rencontré les représentants de la province de Namur; un accord est intervenu. Un appel à projets sera lancé et la province déposera un projet. La ministre espère qu'elle s'adjoindra un maximum de partenaires.

M. Galand demande à la ministre s'il existe une concertation avec les autres niveaux de pouvoir au sein de la Conférence interministérielle de la santé, au sujet de l'instauration d'une approche plus territorialisée en matière de politique de Santé.

Concernant la détermination des priorités locales par les CLPS, il demande à la ministre si ceux-ci intègrent bien les priorités générales de la Communauté française; il cite l'exemple du dépistage du cancer du sein ainsi que la Promotion de la santé à l'école.

La ministre Maréchal répond que lors de la Conférence interministérielle santé, un travail visant à une harmonisation a été réalisé sur le projet de loi relatif à la première ligne. Quant aux CLPS, elle indique qu'il était important que la Communauté française les informe d'avantage; pour la campagne de dépistage du cancer du sein, ceux-ci informent le public, les associations et ont un rôle de formation par rapport à la Promotion de la santé à l'école. Il est également important de les associer à toute une série de projets de ce type afin qu'ils constituent de véritables relais de ces campagnes générales.

L'article 11 est adopté à l'unanimité.

## Articles 12, 13 et 14

Ces articles n'ont fait l'objet d'aucun commentaire.

Les articles 12, 13 et 14 sont adoptés à l'unanimité.

## Article 15

Mme Corbisier-Hagon déclare qu'il serait nécessaire de définir la notion de centre de référence ou d'adjoindre une liste d'organismes pouvant être considérés comme centres de référence.

A propos des programmes qui sont présentés sous forme de protocole, elle indique qu'il serait opportun de préciser les éléments qui doivent impérativement s'y retrouver.

D'autre part, elle lui demande des précisions sur la date à laquelle le Gouvernement pourrait décider que certains programmes pourraient être pilotés par l'administration plutôt que par les centres de référence.

La ministre Maréchal répond qu'il est très difficile de donner une définition précise d'un centre de référence ou de donner une liste des organismes qui peuvent être considérés comme centres de référence.

Le nombre de projets qui seront mis en place n'est pas déterminé et chaque projet présentera une configuration particulière.

Elle cite l'exemple du dépistage du cancer du sein où le centre de référence est un service de l'UCL, ce lieu s'étant révélé être le plus pertinent.

Elle précise que le centre de référence peut être une association privée ou un service public. Dans certains cas et notamment lorsque personne ne fait l'unanimité, il pourra être plus intéressant que l'administration, de façon tout à fait neutre et légitime, soit le comité de pilotage.

A propos du protocole, M. Morel, collaborateur de la ministre Maréchal, répond qu'il s'agit d'un document qui définira une procédure pour atteindre un objectif.

Il précise qu'un protocole scientifique est défini par une table de consensus, c'est-à-dire, mettre autour de la table tous les protagonistes qui sont susceptibles d'intervenir, soit en appui scientifique, soit en apport de pratique ou de méthode de travail.

Il déclare que la définition du centre de référence est à la fois un centre référant sur le plan scientifique, référant sur la garantie de piloter le protocole sur lequel il existe un consensus, référant sur l'obtention du résultat et sur son évaluation.

Il cite l'exemple du cancer du sein où le centre de référence comprend un noyau d'expertises qui est constitué d'une personne de référence du centre de dépistage de l'UCL.

Il déclare qu'il n'est pas évident qu'il faille nécessairement avoir un centre de référence par programme mis en place.

Mme Corbisier-Hagon estime qu'un centre de référence doit être reconnu au niveau scientifique. Dès lors, elle demande à la ministre s'il ne serait par opportun de dire que c'est un centre de référence qui est retenu après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé.

Mme Bertouille rappelle que dans le cadre de la lutte contre le sida, il existe trois centres de référence, à savoir l'ULB, l'ULG et l'UCL; en suivant le raisonnement de la ministre, dans l'hypothèse où ces trois centres de référence ne

parviennent pas à se mettre d'accord sur le pilotage, celui-ci sera confié à l'administration. Elle estime que cette situation serait tout à fait malheureuse.

M. Morel, collaborateur de la ministre Maréchal, répond que le terme « centre de référence » dans le cas du dépistage du sida est générique et issu du fédéral, c'est-à-dire, qu'il s'agissait d'identifier les centres universitaires comme étant des centres de référence de qualité pour le dépistage du sida au début de l'épidémie.

Par ailleurs, il déclare qu'il n'est pas question de constituer un centre de référence dans le cadre du programme sida sans utiliser ces trois centres universitaires.

Il cite l'exemple du domaine cardiovasculaire où il n'existe pas actuellement de centre de référence.

Actuellement, un certain nombre de projets pilotes sont mis en place pour décliner un programme cardiovasculaire en médecine générale avec la mise en place d'un centre de référence; celui-ci a été volontairement appelé « expérimental » dans la mesure où il était lié à des projets pilotes et dans lesquels se retrouveront les trois centres universitaires de médecine générale ayant des compétences générales et cardiovasculaires.

Après une large discussion, un amendement n° 8 est déposé par Mmes Bertouille, Corbisier-Hagon, MM. Galand et Wacquier. Celui-ci est libellé comme suit:

« A l'article 15, au § 1<sup>er</sup>, alinéa 3, remplacer « Ils sont pilotés ... l'administration » par « Ils sont pilotés par un centre de référence, désigné par le Gouvernement, après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. A titre exceptionnel, le Gouvernement peut décider que certains programmes sont pilotés par l'administration ». »

Justification: Précisions nécessaires à la clarté du texte.

Concernant les programmes d'actions et de recherche à vocation communautaire prévus dans le décret de 1997 portant organisation de la Promotion de la santé, M. Wacquier demande des précisions au niveau du pilotage. Etant donné que le nouveau projet de décret prévoit

un système de pilotage propre aux programmes de médecine préventive dans un article distinct, il demande si ce système de pilotage est aussi d'application aux actions et recherches en promotion de la santé.

M. Morel, collaborateur de la ministre Maréchal, déclare que les programmes d'actions et de recherche actuels s'organisent dans le cadre de promoteurs qui sollicitent une subvention à la Communauté française; pour autant que le projet s'inscrive dans le programme quinquennal et soit de qualité, une subvention est possible.

Il indique que dans le régime de médecine préventive, les programmes de dépistage s'adressent à l'ensemble de la population de la Communauté française.

Mme Docq demande des précisions concernant les projets locaux.

La ministre Maréchal répond qu'il n'existe aucun changement pour les projets locaux; ceux-ci s'inscrivent dans le cadre de la Promotion de la santé. C'est la commission Inter-CLPS qui analyse plus spécifiquement ces projets.

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

L'article 15 tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

Articles 16, 17 et 18

Ces articles n'ont fait l'objet d'aucun commentaire.

Ils sont adoptés à l'unanimité.

## V. VOTE SUR L'ENSEMBLE DU PROJET DE DECRET

L'ensemble du projet de décret tel qu'amendé est adopté à l'unanimité.

Il est fait confiance au Président et au rapporteur pour l'élaboration du rapport.

*Le rapporteur,*  
Ch. BERTOUILLE.

*Le Président,*  
A. LIENARD.

## TEXTE ADOPTÉ PAR LA COMMISSION

### 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 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 de 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 communautaire 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 I<sup>er</sup>:

« Article 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° développer une cohérence des activités en Promotion de la santé, y compris en médecine préventive;

3° 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 et des autres maladies sexuellement transmissibles;»

«10. un membre choisi par le Gouvernement en raison de sa compétence particulière dans le domaine de la lutte contre la tuberculose et les autres affections respiratoires;»

«10bis. un membre choisi par le Gouvernement en raison de sa compétence particulière dans le domaine 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 17ter;

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

15. deux membres 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 Promo-

tion 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 IIbis et l'article 8bis sont supprimés.

#### Art. 8

L'article 9 est modifié comme suit:

«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>, 1<sup>e</sup> 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, désigné par le Gouvernement, après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. A titre exceptionnel, 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 17<sup>ter</sup>, rédigé comme suit, est inséré dans le chapitre Vbis:

« Article 17<sup>ter</sup>. — § 1<sup>er</sup>. Le Gouvernement peut agréer et subventionner des centres de référence pour assurer la mission visée à l'article 17bis, § 1<sup>er</sup>, alinéa 3.

Dans le cadre de cette mission, ces centres de référence contribuent au système d'informations sanitaires et développent une expertise 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, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2.

§ 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. 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.

## ANNEXE 1

Conseil supérieur de promotion de la santé

Communauté française Wallonie-Bruxelles

**ELEMENTS DE BILAN DU PROGRAMME QUINQUENNAL 1998-2002 ET  
REFLEXIONS**

Etabli sur base d'un travail préparatoire de la direction générale de la Santé et des quatre services communautaires de Promotion de la santé (ULG-Apes, ULB-Promes, UCL-Reso, Question Santé asbl)

mai 2003

**SOMMAIRE**

Introduction

Analyse de la répartition des budgets de la Santé en Communauté française (1998-2002)

Analyse de la répartition des espaces audiovisuels attribués par la Communauté française (1998-2002)

Bilan 1998-2002 et perspectives 2003-2008 selon les priorités « thématiques »

Conclusions

**INTRODUCTION**

**Préambule**

En 2002, le président du Conseil supérieur de promotion de la santé a demandé aux services communautaires de Promotion de la santé d'effectuer un travail préparatoire à la réflexion du conseil quant au prochain programme quinquennal.

Les SCPS ont analysé, avec la direction générale de la Santé, diverses alternatives de travail. Ils ont tenu notamment compte :

- de l'absence de relevé permanent d'indicateurs pour l'ensemble des priorités énoncées dans le programme quinquennal;
- des données utiles et utilisables pouvant être récoltées;
- de la faisabilité de cette collecte de données dans les limites de temps imparties;
- de l'existence d'engagements pour la période 2003-2008, soit pas acceptation de programmes pluriannuels, soit par mise en place de nouveaux textes légaux, soit par accord politique et annonce publique;
- de la nécessité d'une continuité et d'une stabilité d'objectifs généraux pour la mise en place progressive d'une politique de promotion de la santé;
- de la finalité qui est la rédaction d'un texte de programmation qui propose des objectifs opérationnels et mesurables;
- du texte préparatoire de la modification du décret du 14 juillet 1997, soumis pour avis au SCPS.

Le Conseil supérieur a examiné ce document préparatoire et en a retenu les éléments essentiels de bilan qui sont présentés dans les chapitres 1 à 4 ci-après.

**Méthode de travail**

Pour chacune des priorités (populations ou problèmes de santé prioritaires) retenues, il s'est agi :

- d'une part, d'établir un bilan (parcellaire et reposant sur les données qui peuvent être récoltées *a posteriori*) pour la période 1998-2002;

— d'autre part, de tracer les perspectives sur base des éléments déjà disponibles et des engagements déjà pris.

Pour chacune des priorités, le relevé prend la forme suivante :

Priorité X	
Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
1. Dispositifs mis en place	1. Dispositifs
2. Programmes d'action et de recherche	2. Programmes d'action et de recherche
3. Résultats	Commentaires

Le point 3 (Résultats) porte uniquement sur des résultats mesurables par rapport à des objectifs opérationnels.

## LISTE DES PRIORITES

### I. Populations prioritaires (Programme 1998-2003)

1. Populations fragilisées»/Inégalités sociales et santé
2. Naissance et enfance
3. Population scolaire/Promotion de la santé à l'école

### II. Problèmes de santé prioritaires (Programme 1998-2003)

4. Prévention du sida
5. Vaccination
6. Lutte contre la tuberculose
7. Maladies cardio-vasculaires
8. Cancers (dont le cancer du sein)
9. Assuétudes
10. Problèmes de santé mentale
11. Accidents

Les priorités suivantes ne figuraient pas dans le Programme 1998-2003 mais se sont dégagées lors de la préparation du présent bilan.

### III. Autres problèmes de santé

12. Maladies congénitales et métaboliques (ligne budgétaire concernant cette question)

### IV. Autres priorités «thématiques»

13. Promotion de la santé dans le sport/Lutte contre le dopage (fonction permanente CFWB)

### V. Priorité «non thématique»

14. Politiques locales et santé (déclarations et décisions de la ministre)
15. Approche globale de la santé (non axée sur un facteur de risque)

Bien qu'elles ne figurent pas explicitement parmi les priorités du programme quinquennal, ces approches sont clairement une priorité de la Promotion de la santé. Dans la mesure où elle est largement analysée dans le chapitre I, cette priorité ne fait pas l'objet d'une fiche bilan perspectives au chapitre III.

## CHAPITRE I

**Analyse de la répartition des budgets de la santé en Communauté française (1998-2002)****ANALYSE DE LA REPARTITION DES BUDGETS DE LA SANTE EN CFB (1998-2002)**

Cette partie du rapport d'évaluation de la mise en place du programme quinquennal 1998-2003 présente la répartition des budgets selon les priorités (thèmes, publics, méthodes, etc.).

Elle a été réalisée sur base des informations disponibles, fournies par la direction générale de la Santé (DGS). Plusieurs échanges ont été effectués entre la DGS et l'analyste des données (P. Meremans) afin de s'assurer de l'adéquation de l'analyse et de la présentation des données, de l'exactitude des données brutes de base reçues, ainsi que de la répartition par postes budgétaires, le mode de classement utilisé par la DGS étant initialement fondé sur une logique de gestion administrative ...

**1. Répartition générale des budgets***1.1. Données générales*

Le tableau ci-dessous correspond au budget global de la Santé en CFB par année, pour la période correspondant à la durée du programme quinquennal (1998-2002)

Budget santé CFB	Montant (en euros)
1998	12 263 259,98
1999	12 539 785,13
2000	11 694 524,52
2001	14 046 574,49
2002	14 159 007,00
Total	64 703 251,12

Ces données, ainsi que l'évolution annuelle du budget peuvent être illustrées comme suit :

La moyenne budgétaire par année a été de 12 940 650,22 euros.

Après une hausse peu significative de 1998 à 1999 (+2,3 %) et une baisse plus importante en 2000 (-6,7 %), le budget s'est vu augmenté de 20,1 % au cours de l'année 2001, pour un montant quasi équivalent l'année suivante. Cette augmentation est liée à une forte augmentation du poste « programmes spécifiques » entre 2000 et 2001.

### 1.2. Ancienne et nouvelle structures

En 1998, le budget global est réparti en divers intitulés (postes budgétaires), correspondant à l'ancienne législation, et qui seront reformulés à partir de 1999. On parlera, pour 1998, « d'ancienne structure » et, à partir de 1999, de « nouvelle structure ».

Cette modification, importante, ne permet pas d'illustrer l'évolution de la répartition budgétaire par intitulés entre 1998 et les années suivantes, excepté pour les programmes de promotion de la santé, lesquels font l'objet d'une fiche détaillée pour toute la période.

#### 1.2.1. Année 1998

La répartition budgétaire selon l'ancienne structure des intitulés est la suivante:

Budget global 1998 (ancienne structure)	(En euros)
Prophylaxie générale	185 920,14
Programme vaccination	1 170 057,44
Conventions recherche promotion santé avec les universités	223 104,17
Institut scientifique de santé publique	1 150 225,95
Agence Prévention sida	1 043 631,74
Subventions organismes éducatifs, préventifs & dépistage, de promotion santé & de lutte contre la maladie	2 756 576,00
Subventions organismes d'éducation et de promotion santé	5 091 733,00
Subsides toxicomanies	642 011,54
<b>Total</b>	<b>12 263 259,98</b>

Cette répartition peut être illustrée comme suit :

### 1.2.2. Nouvelle structure (années 1999-2002)

Le budget global réparti entre 1999 et 2002 selon la nouvelle structure apparaît comme suit :

	<i>(En euros)</i>			
Budget global 1999-2002 (nouvelle structure)	1999	2000	2001	2002
Subventions organismes agréés	1 934 923	2 117 016	2 081 031	2 269 000
Programmes spécifiques	3 889 886	3 553 132	5 841 786	5 357 000
Etudes et recherches	1 528 267	1 217 156	1 159 024	891 000
Actions et recherches en promotion santé	5 186 710	4 807 220	4 964 833	5 642 000
<b>Total</b>	<b>12 539 785</b>	<b>11 694 525</b>	<b>14 046 674</b>	<b>14 159 000</b>

Les « subventions aux organismes agréés » correspondent aux montants alloués aux services communautaires et aux CLPS (Centres locaux de promotion de la santé). Les « programmes spécifiques » sont détaillés au point suivant. Les « études et recherches » correspondent aux registres cardio-vasculaire et du diabète, à la subvention à l'Observatoire du sida, à Euro Tox ainsi qu'à l'enquête de l'ULB-PROMES (HBSC) menée tous les 4 ans. Ce poste inclut la subvention à l'Institut d'hygiène et d'épidémiologie — Institut de santé publique (IHE) pour différents programmes (qui ne relèvent pas de la Promotion de la santé). Les « actions et recherches en promotion de la santé » incluent en 2002 les politiques locales en promotion de la santé (préparation des conférences locales et projets des mandataires communaux), les subventions à l'initiative du Gouvernement, ainsi que les dépenses de toutes natures (marchés en promotion de la santé, notamment publications).

L'augmentation budgétaire observée pendant cette période est principalement due à l'augmentation des budgets de « Programmes spécifiques » (prévention, vaccination, etc.).

Cette répartition sur l'ensemble de la période 1999-2002 peut être illustrée comme suit :

Les deux postes principaux sont les « actions et recherches en promotion de la santé » (38,7 %) et les « programmes spécifiques » (35,0 %) qui sont détaillés au point suivant.

L'évolution des différents postes par année peut être illustrée comme suit :

Le poste « études et recherches » diminue chaque année (-41,7 % entre début 1999 et fin 2002). En 1999, ce poste représentait 12,19 % du budget global. Fin 2002, il n'en représente plus que 6,29 %. Les « actions et recherches en promotion de la santé » augmentent globalement de 1999 à 2002 (+ 8,78 % entre début 1999 et fin 2002). L'augmentation des « programmes spécifiques » est de 37,72 % sur l'ensemble de la période, mais c'est entre 2000 et 2001 que la hausse est plus importante (+ 64,41 %). Ceci explique en grande partie l'évolution du budget global entre ces deux années (*cf.* p. 000).

Pour mieux comprendre cette évolution, il importe dès lors de détailler ce poste « programmes spécifiques ».

## 2. Poste budgétaire « PROGRAMMES SPECIFIQUES DE SANTE EN CFB » (1999-2002)

La distribution et l'évolution des différents programmes composant ce poste sont les suivantes :

*(en euros)*

Evolution programmes spécifiques en CFB (1999-2002)	1999	2000	2001	2002
Programme vaccination	1 494 798	1 420 430	3 222 629	2 227 000
Contrôle médico-sportif	74 368	74 368	86 763	304 000
Prévention du cancer	470 998	156 991	577 220	905 000
Prévention de la tuberculose	1 254 777	1 276 652	1 296 483	1 296 000
Prévention des anomalies métaboliques	594 944	624 692	658 692	625 000
<b>Total</b>	<b>3 889 886</b>	<b>3 553 132</b>	<b>5 841 786</b>	<b>5 357 000</b>

Le programme « vaccination » inclut le programme géré par PROVAC. Ce budget est principalement attribué à l'achat de vaccins. Le contrôle médico-sportif correspond, depuis 2002, à la promotion de la santé dans le sport et à la prévention du dopage. Il s'agit essentiellement du coût du matériel et des contrôles. Le programme de prévention du cancer correspond, à partir de 2001, au programme de dépistage du cancer du sein. Auparavant, il s'agissait d'un

subside pour le fonctionnement de 6 centres anti-cancéreux (dont 3 universitaires: ULB, UCL, ULG). Le programme de prévention de la tuberculose correspond au dépistage, au cadastre et à la socioprophyllaxie.

Cette évolution peut être présentée de la façon suivante:

La part de ces différents programmes parmi l'ensemble du budget de la Santé en CFB de 1999 à 2002 est la suivante:

(En %)

Evolution de la part (%) des programmes spécifiques en CFB dans le budget global	Global 1999	Global 2000	Global 2001	Global 2002
Programme vaccination	11,92	12,15	22,94	15,73
Contrôle médico-sportif	0,59	0,64	0,62	2,15
Prévention du cancer	3,76	1,34	4,11	6,39
Prévention de la tuberculose	10,01	10,92	9,23	9,15
Prévention des anomalies métaboliques	4,74	5,34	4,69	4,41

La nette augmentation entre les années 1999-2000, d'une part, et, d'autre part, les années 2001-2002 du poste « programmes spécifiques », procède de trois facteurs conjoints essentiellement (comme expliqué *infra*):

1. L'augmentation en 2001 du programme « vaccination » (notamment méningite C).
2. L'augmentation en 2002 du programme de contrôle médico-sportif.
3. Le lancement du programme de prévention du cancer au sein en 2001 et son développement, en 2002.

En 2002, le programme « vaccination » représente près de la moitié du poste « programmes spécifiques » (44,9 %).

### 3. Poste budgétaire « PROGRAMMES DE PROMOTION DE LA SANTE »

Ce poste peut être analysé à partir de fiches de programmes classées par années, thèmes, montants, caractère local ou communautaire, caractère plurian-

nuel éventuel du programme, fournies par la direction générale de la Santé en Communauté française de Belgique.

## CARACTERISTIQUES THEMATIQUES DES PROGRAMMES 1998-2002

### 3.1. Analyse par thèmes

Au préalable, il faut préciser que certains thèmes cités ici sont financés via d'autres postes budgétaires; c'est le cas du cancer ou des maladies cardio-vasculaires, par exemple. D'autre part, les liens évidents entre des thèmes différents (alimentation et cancer, par exemple) obligent à relativiser l'importance (ou le manque d'importance) apparente des thèmes ci-dessous:

Thèmes des programmes promotion santé 1998-2002 en CFB	Montants (en euros)	En %
Cancers	254 078,62	1,06
Alimentation	976 210,44	4,06
Maladies cardio-vasculaires	37 184,03	0,15
Assuétudes	4 284 672,93	17,80
Sida & toxicomanie	1 177 318,41	4,89
Sida & MST	6 399 161,98	26,59
Vie sexuelle et affective	666 054,81	2,77
Accidents et traumatismes, sécurité et violence	794 058,60	3,30
Vulnérabilité mentale ou sociale	1 857 189,17	7,72
Problèmes santé (multiples, divers)	542 821,73	2,26
Plusieurs facteurs risques	1 424 696,12	5,92
Promotion actes de protection	112 073,83	0,47
Mode vie	369 617,72	1,54
Pas d'approche par facteurs de risques	5 174 814,18	21,50
Total	24 070 053,58	100,00

Deux grandes thématiques représentent ensemble près de la moitié (49,3 %) du budget alloué aux programmes de promotion de la santé : le sida et les assuétudes. Les programmes non centrés sur une approche par facteurs de risques représentent 21,5 % du budget.

### 3.1.1. Evolution par années et par thèmes

L'évolution des thèmes des programmes de promotion de la santé de 1998 à 2002 en CFB est la suivante ici encore, il y a lieu de relativiser les chiffres : par exemple, l'absence de subsides de promotion de la santé pour le thème des cancers en 2002 ne doit pas occulter l'importance de la prévention du cancer via les programmes spécifiques décrits *infra*).

(En %)

Evolution thèmes	1998	1999	2000	2001	2002
Cancers	1,6	1,9	1,3	0,7	
Alimentation	0,4	4,7	4,2	5,7	4,6
Maladies cardio-vasculaires		0,7			
Assuétudes	17,3	15,9	16,2	16,7	22,3
Sida & toxicomanie		5,1	5,6	12,2	1,3
Sida & MST	35,4	27,4	27,8	20,1	24,0
Vie sexuelle et affective	3,1	2,8	2,9	2,4	2,7
Accidents et traumatismes	0,5	3,5	4,1	4,4	3,4
Vulnérabilité mentale ou sociale	7,9	5,6	7,3	10,0	7,9
Problèmes santé (multiples, divers)	1,7	1,1	3,5	2,3	2,6
Plusieurs facteurs risques	13,4	9,0	6,1	2,4	0,5
Promotion actes de protection	1,2	1,0	0,3		
Mode vie	5,0	0,9	0,4	0,7	1,3
Pas d'approche par facteurs de risques	12,3	20,3	20,4	22,5	29,4

C'est précisément pour ces trois catégories que les évolutions sont les plus nettes de 1998 à 2002. Le poste « sida & MST » semble diminuer de 35,4 % à 24 % (- 11,4 %) au cours de cette période, mais il faut préciser :

1) qu'un thème « sida & toxicomanie » apparaît en 1999, représentant plus de 5 % du budget de la promotion santé,

2) le thème des assuétudes est influencé par ce thème « mixte »: le budget alloué aux assuétudes s'accroît (+ 5,6 %) en 2002, tandis que le thème « sida & assuétudes » diminue de 10 % environ la même année.

La catégorie des thèmes « non-centré sur une approche par facteurs de risques » augmente entre 1998 et 2002 (de 12,27 % en 1998 à 29,38 % en 2002). A partir de 2001, c'est la catégorie la plus représentée parmi l'ensemble des programmes de promotion de la santé.

### 3.1.2. Thèmes non centrés sur une approche par facteurs de risques

Comme on peut l'observer dans la figure ci-dessous, les rubriques associées à ces thèmes se répartissent de façon relativement homogène: on notera toutefois que la rubrique « médiathèque & PIPSA » (19,4 %), la rubrique « santé communautaire » (16,1 %), la rubrique « écoles, université, jeunes (y compris Réseau européen des écoles en santé REES) » (14,9 %) et la dotation à Education Santé (11,0 %) représentent ensemble 61,4 % de cette catégorie.

Ces proportions ne tiennent pas compte du fait que certains budgets et projets sont apparus en cours de période, et les pourcentages, globaux, couvrent l'ensemble de la période. Le projet « Réseau communes », par exemple, n'est apparu qu'en 2002, où il occupe près de 7 % du budget de cette année-là.

### 3.2. Programmes pluriannuels

Les programmes pluriannuels (financés plusieurs années de suite, ceci afin de permettre une activité à moyen terme) ont constamment augmenté entre 1998 et 2002 parmi l'ensemble des programmes de promotion de la santé en CFB, comme le montre la figure suivante :

En 2002, ces programmes représentent plus de la moitié (62,6 %) du budget alloué aux programmes de promotion de la santé (*cf.* tableau page 000).

Le nombre de ces programmes en 2002 s'élève à 42, pour un montant moyen par projet de 68 325 euros (montant inférieur aux montants moyens de 2000 et 2001).

### 3.3. Caractère local/communautaire des programmes de promotion de la santé

Le type de couverture (locale ou communautaire) des programmes de promotion de la santé de 1998 à 2002 est le suivant :

Couverture	(En %)				
	1998	1999	2000	2001	2002
Locale	25,4	29,1	25,4	27,7	22,9
Communautaire	66,7	70,7	74,6	72,3	77,1
Non précisée	7,9	0,2			

Ces données peuvent être représentées comme suit :

On observe une prédominance communautaire parmi les programmes de promotion de la santé en CFB entre 1998 et 2002. Cette prédominance varie d'année en année au cours de cette période.

Evolution programmes pluriannuels	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Montant total programmes pluriannuels	138 820	662 247	1 789 8652	550 7803	189 5622	241 434	691 186	86 663
%/programmes promo santé	3,5	13,0	38,3	53,0	58,2			
Nombre programmes	2	6	16	25	42	32	6	1
Nombre nouveaux programmes	2	4	10	9	17	0	0	0
Montant annuel moyen/programme	69 410	94 199	100 607	99 157	65 445	57 500	88 862	86 663
Montant moyen par programme sur total 1998-2002: 89 241 euros								

L'analyse de la répartition des budgets de promotion de la santé en fonction des priorités est un important indicateur de pilotage de la politique de la santé de la Communauté française de Belgique.

La réalisation de ce travail, effectué pour la première fois selon cette logique, s'est avéré lourd. Il a nécessité le recueil, le classement, le traitement et une présentation utilisable des données disponibles, qui ont dû, avec l'aide de la direction générale de la Santé, être extraites de plusieurs registres ou bases de données.

Cette première analyse devrait faciliter les recueils et traitements ultérieurs, nécessaires à un pilotage fin de la politique de promotion de la santé, et notamment du réajustement annuel ou périodique de l'affectation des ressources.

## CHAPITRE II

## Analyse de la répartition des espaces audiovisuels attribués par la Communauté française (1998-2002)

## REPARTITION DES ESPACES AUDIOVISUELS ATTRIBUES PAR LA COMMUNAUTE FRANÇAISE WALLONIE-BRUXELLES (1998-2002)

Nous avons repris dans ce chapitre des éléments d'évaluation de l'utilisation des espaces gratuits mis à disposition par la Communauté française Wallonie-Bruxelles dans le cadre de l'arrêté du Gouvernement du 18 janvier 1995 relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radio-diffusion (modifié par l'arrêté du 17 juillet 1997).

Rappelons que l'attribution des espaces est soumise à l'avis d'une Commission d'avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. Cet avis porte sur quatre critères : l'éthique du projet; sa rigueur scientifique; sa cohérence avec les campagnes de promotion de la santé de la Communauté française Wallonie-Bruxelles; l'intelligibilité du message. Les campagnes ayant accès aux espaces gratuits répondent donc à une procédure d'assurance de qualité.

Nous avons relevé, année par année, les temps de diffusion de chaque campagne et leurs équivalents budgétaires (c'est-à-dire le coût commercial des espaces utilisés). Nous avons regroupé les campagnes en treize thèmes et cumulé les équivalents budgétaires sur la période 1998 à 2002. Sur cinq ans, c'est un équivalent budgétaire de 12 766 045 euros qui a été mis à la disposition des campagnes de promotion de la santé.

Le tableau qui suit reprend le pourcentage des équivalents budgétaires répartis par thèmes traités. Sida, vaccination et cancer constituent le trio de tête, avec plus de 37 % des équivalents budgétaires attribués de 1998 à 2002. Le thème « Petite enfance » atteint 12,5 % si on cumule la prévention de la mort subite du nourrisson et la promotion du carnet de la mère.

Thèmes	% des équivalents budgétaires
Sida	14,0
Vaccination	13,3
Cancer du sein	10,7
Mort subite du nourrisson	9,5
Sécurité	9,3
Tabac	6,9
Santé mentale	6,5
Cardio-vasculaire	6,3
Don d'organes	6,2
Maltraitance	5,7
Médicaments	5,7
Handicap	3,0
Petite enfance	3,0

Le deuxième tableau reprend les priorités classées selon la méthode décrite dans l'introduction, avec les équivalents budgétaires correspondants. On constate que 17,6 % des équivalents budgétaires ont été consacrés à des campagnes moins directement centrées sur les priorités énoncées dans le programme quinquennal.

Thèmes	% des équivalents budgétaires		Remarques
Populations fragilisées	3,0	Priorité PQ	Handicap
Naissance et enfance	12,5	Priorité PQ	
Population scolaire/PSE	—	Priorité PQ	
Prévention du sida	14,0	Priorité PQ	

Thèmes	% des équivalents budgétaires		Remarques
Vaccination	13,3	Priorité PQ	
Lutte contre la tuberculose	—	Priorité PQ	
Maladies cardio-vasculaires	6,3	Priorité PQ	
Cancers	10,7	Priorité PQ	Cancer du sein
Assuétudes	6,9	Priorité PQ	Tabac
Problèmes de santé mentale	6,5	Priorité PQ	
Accidents	9,3	Priorité PQ	Sécurité routière principalement
Maladies congénitales et métaboliques	—	Priorité PQ	
Promotion de la santé dans le sport	—	Nouvelle priorité	
Politiques locales et santé	—	Nouvelle priorité	
Don d'organes	6,2	Autre	
Maltraitance	5,7	Autre	
Médicaments	5,7	Autre	

Le détail des campagnes et l'évolution des équivalents budgétaires par année peuvent être consultés en annexe.

### CHAPITRE III

#### Bilan 1998-2002 et perspectives 2003-2008 selon les priorités « thématiques »

##### 1. Populations fragilisées/Inégalités sociales

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
<p>1. Dispositifs mis en place</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>Colloque de 2001 « Rencontres européennes : Approche communautaire de la santé et inégalités sociales » : 160 330 euros</p> <p>Programmes « Vulnérabilité mentale et sociale » (sont repris ici ceux qui ne figurent pas dans le tableau « Santé mentale » — Voir cette fiche) de 1998 à 2001 : 1 424 003 euros</p> <p>3. Résultats</p>	<p>1. Dispositifs</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>Programmes pluriannuels en cours (n = 2) : 2003 : 149 198 euros 2004 : 156 951 euros 2005 : 86 664 euros</p> <p>Commentaires</p> <p>Cette priorité mériterait un travail de réflexion théorique. La spécificité de chaque sous-groupe doit être précisée; pour chacun des sous-groupes visés doivent être élaborés objectifs, méthodes et stratégies (notamment participatives). Ce travail de fond devrait être mené avec des intervenants experts (par exemple ATD Quart Monde).</p>
<p style="text-align: center;"><b>2. Naissance et enfance</b></p> <p>1. Dispositifs mis en place</p> <p>Cette priorité est recoupée par les missions, les services et les activités de l'ONE.</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>On se référera aux rapports d'activité de l'ONE pour la période 1998-2002.</p> <p>3. Résultats</p>	<p>1. Dispositifs</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>Commentaires</p> <p>Un audit de l'ONE a été réalisé au cours de la période couverte par le Programme quinquennal.</p>
<p style="text-align: center;"><b>3. Population scolaire/Promotion de la santé à l'école</b></p> <p>1. Dispositifs mis en place</p> <p>— Organisation de la plate-forme « Ecole/Promotion de la santé/IMS » visant à développer l'éducation et la promotion de la santé à l'école dans le cadre de la réforme de l'Inspection médicale scolaire (2000-2001)</p> <p>— Décret relatif à la promotion de la santé à l'école (2001)</p>	<p>1. Dispositifs</p> <p>— Poursuite du processus d'organisation des formations des équipes PSE (2003-2004)</p> <p>— Evaluation des formations et de la mise en application du décret PSE</p>

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
<p>— Processus d'organisation des formations des équipes PSE (2001-2002)</p> <p>— Processus d'évaluation des formations des équipes PSE (2002)</p> <p>— Commission de promotion de la santé à l'école (2002)</p> <p>Autres dispositifs communautaires</p> <p>— Décret-missions de l'enseignement (1997)</p> <p>— Décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitance (1998)</p> <p>— Décret visant à assurer à tous les élèves des chances égales d'émancipation sociale, notamment par la mise en œuvre de discrimination positive (1998)</p> <p>— Décret déterminant les conditions de reconnaissance et de subvention des maisons de jeunes, centres de rencontres et d'hébergement et centre d'information des jeunes et de leurs fédérations (2000)</p> <p>— Charte d'avenir pour la CFWB (2001)</p> <p>— Décret sur l'accord de coopération entre l'Etat fédéral, la Communauté germanophone, la Communauté française et la Communauté flamande relatif au centre fermé pour le placement provisoire de mineurs ayant commis un fait qualifié d'infraction (2002)</p> <p>2. Programmes d'actions et de recherche</p> <p>De nombreux programmes d'actions et de recherche touchent la population scolaire par le biais:</p> <p>— des thématiques définies prioritaires dans le programme quinquennal telles que les assuétudes, l'alimentation, la vie sexuelle et affective;</p> <p>— des approches sans facteurs de risques (14,9% du budget 1998-2002 des programmes « sans facteurs de risques »: 769 827 euros);</p> <p>— des approches comprenant plusieurs facteurs de risque et/ou de protection (93,9% du budget des programmes « plusieurs facteurs de risque et/ou de protection »: 1 337 819 euros)</p> <p>La majorité des approches impliquant plusieurs facteurs de risque et/ou de protection sont destinés à cette population et l'accroissement du budget destiné aux approches sans facteurs de risques a été particulièrement bénéfique pour cette population (de 53 296 euros en 1998 à 231 898 euros en 2002).</p> <p>L'équivalent budgétaire de campagnes audiovisuelles destinées directement à cette population s'élève à 901 432 euros (7,1% de l'ensemble des campagnes réalisées au cours du programme quinquennal). Cet équivalent se répartit en:</p> <p>— 3 campagnes sur la maltraitance qui correspondent à un équivalent budgétaire de 724 864 euros (5,7% de l'équivalent budgétaire de toutes les campagnes audiovisuelles réalisées au cours du programme quinquennal);</p> <p>— 1 campagne télévisuelle sur la sécurité des enfants dans la rue pour un montant de 176 568 euros (1,4% de l'équivalent budgétaire des campagnes audiovisuelles de 1998 à 2002).</p> <p>Par ailleurs, il ne faut pas oublier les campagnes vaccination dont le public scolaire fait partie des groupes ciblés.</p> <p>Depuis 2001, des subventions ont également été allouées, pour un montant de 373 987 euros (respectivement 0,9% et 1,75% du budget santé de la CFB de 2001 et 2002), à la promotion de la santé en matière d'IMS.</p> <p>Au niveau des programmes pluriannuels, 4 organismes orientés directement vers ce public ont été subsidiés pour un montant de 1 992 104,64 euros (8,28% de l'ensemble des programmes subsidiés) au cours de la période délimitée par le programme quinquennal. Ce montant comprend, lorsque c'est le cas, la subsidiation de ces organismes en tant que programmes annuels et pluriannuels et se répartit dans les postes suivants:</p> <p>— 2 programmes en matière d'assuétudes (865 180 euros);</p> <p>— 1 programme concernant l'alimentation (730 924 euros);</p> <p>— 1 programme ciblé sur l'éducation sexuelle (369 629 euros).</p> <p>A côté de ces programmes pluriannuels, 6 organismes ont obtenu des financements pendant au moins 3 années consécutives du programme</p>	<p>— Commission de promotion de la santé à l'école (2003-2007)</p> <p>— « L'Education pour tous, tout au long de la vie » est l'un des cinq piliers de la Charte d'avenir pour la CFWB. L'accent porté sur l'amélioration de la qualité de l'enseignement et le développement personnel des apprentis constitue l'un des enjeux des années à venir.</p> <p>2. Programmes d'actions et de recherche</p> <p>Les 2 programmes pluriannuels en matière d'assuétude orientés directement vers ce public sont prévus en 2003 et correspondent à un budget de 195 312 euros.</p> <p>La mise en application du décret PSE devrait favoriser l'émergence de programme d'action en milieu scolaire.</p>

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
-----------------	------------------------

quinquennal pour un montant de 1 224 839 euros (5,1 % du budget des programmes promotion santé subsidiés en CF au cours des années 1998 à 2002). Ce budget couvre

- des actions « sans facteurs de risques » (561 598 euros de 1998 à 2002);
- des actions avec plusieurs facteurs de risque et/ou de protection (360 091 euros de 1998 à 2002);
- des actions portant sur la thématique « SIDA/MST » (185 920 euros de 1998 à 2002);
- des actions portant sur la thématique « assuétudes » (117 228 euros pour les années 1998 à 2002).

Par ailleurs, les subsides pour les autres programmes — c'est-à-dire ceux qui ne sont pas pluriannuels ou qui n'ont pas reçu de financement 3 années de suite — directement orientés vers la population scolaire s'élèvent à 1 526 932 euros dont 64 % concernent des approches avec « plusieurs facteurs de risque et de protection » et 13,5 % des approches « sans facteurs de risque ». Ces subsides couvrent le financement de nombreuses actions menées par les équipes IMS, quelques recherches ainsi que des interventions orientées vers la création et à la diffusion d'outils.

### 3. Résultats

#### 4. Prévention du sida

##### 1. Dispositifs mis en place

À la suite de la suppression de l'Agence de prévention du sida en 1998, le Conseil scientifique et éthique de prévention du sida et le Conseil consultatif de la prévention du sida ont été intégrés dans le décret « promotion de la santé ». En 2001, le Conseil scientifique et éthique n'a pas vu son mandat renouvelé.

##### 2. Programmes d'action et de recherche

Un recouvrement apparaît entre les rubriques sida/MST et sida/toxicomanies, certains programmes étant classés dans l'une ou dans l'autre selon les années. C'est pourquoi ces deux rubriques sont traitées ensemble ci-dessous. Le total budgétaire consacré à ces programmes pour les 5 années est de 7 576 480 euros, soit 31,5 % du budget des programmes de promotion de la santé pour la période 1998-2002.

Si on décompose ce budget total, on remarque que :

- l'essentiel du budget est consacré à la subvention de 41 projets divers — 36 communautaires et 5 locaux. Certains de ceux-ci sont subsidiés chaque année, mais ne sont pas considérés comme pluriannuels;
- 15,07 % de ce budget a été alloué aux Centres de référence (soit 1 142 486 euros);
- 12,65 % a été consacré aux Coordinations SIDA : Liège, Huy, Charleroi et Namur (soit 959 062 euros);
- l'Observatoire du sida et des sexualités est subventionné depuis 2000 comme programme de la promotion de la santé (285 077 euros de 2000 à 2002);
- depuis 2000 également, la plate-forme de prévention du sida est subventionnée comme programme (451 233 euros de 2000 à 2002). Elle établit une concertation permanente entre les associations en ce qui concerne les actions sur l'ensemble de la population.

Le thème SIDA/MST occupe l'équivalent budgétaire de 1 781 369 euros représentant 13,95 % du total d'espaces audiovisuels gratuits pour la période 1998-2002.

#### Commentaires

L'enseignement, l'aide à la jeunesse, la promotion de la santé, la culture et le sport étant du ressort de la Communauté française, la population scolaire constitue par essence un public susceptible de bénéficier de programmes en promotion de la santé. L'accent a été progressivement mis sur les expériences qui s'inscrivent dans un projet éducatif global et cohérent au niveau de l'école ainsi que sur la création d'un dispositif en favorisant l'accentuation à l'avenir. Le développement d'un réseau d'aide externe semble également constituer l'une des avancées de ce programme.

##### 1. Dispositifs

2. Programmes d'action et de recherche  
667 470 euros sont prévus pour le suivi en 2003 de quatre programmes pluriannuels.

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
-----------------	------------------------

## 3. Résultats

## Commentaires

En octobre 2000, à la demande de la ministre, plusieurs tables rondes ont été réunies pour aborder la question de l'intégration de la prévention du sida dans la promotion de la santé.

## 5. Vaccinations

## 1. Dispositifs mis en place

## 1. Dispositifs

— Existence d'un programme de vaccination de la Communauté française

— Finaliser les accords entre Communautés et fédéral

— Actualisation annuelle dans le Plan communautaire de promotion de la santé

— Renforcer l'identité du programme de vaccination de la Communauté française. Renforcer les moyens de la cellule PROVAC.

— Commission « vaccinations » du CSPS

— Procédures régulières d'achats de vaccins

— Concertation entre administrations et cabinets de la CFWB, du fédéral et de la VG

## 2. Programmes d'action et de recherche

## 2. Programmes d'action et de recherche

— Cellule PROVAC

Maintenir et optimiser la concertation entre les structures intervenant dans les stratégies vaccinales

— Programmes spécifiques d'implantation des stratégies vaccinales et d'information en concertation avec l'ONE, la médecine scolaire, les vaccinateurs et les organismes de promotion de la santé.

Le programme de vaccination s'est vu allouer, sur la période 1999-2002, un budget total de 8 364 857 euros, soit 44,9 % du budget « Programmes spécifiques », soit encore 15,93 % du budget global « Santé » de la CFWB.

1999 : 1 494 798 euros

2000 : 1 420 430 euros

2001 : 3 222 629 euros

2002 : 2 227 000 euros

Des variations annuelles peuvent s'expliquer par des attributions de marché pour de longues périodes (par exemple : l'achat de vaccins contre le méningocoque C a été budgétisé en 2001 pour une campagne en 2002).

Il faut également prendre en compte l'équivalent budgétaire de 1 700 560 euros d'espaces audiovisuels gratuits, représentant 13,3 % du total de la période 1998-2002.

## 3. Résultats

## Commentaires

— Objectifs : couverture de plus de 90 % pour toutes les vaccinations recommandées chez l'enfant et le jeune adolescent Résultats : couverture vaccinale DTP, polio, Hib (? hépatite B); pour RRO : environ 80 %

— Programme de vaccination rigoureux, piloté, mettant en jeu de manière cohérente les ressources structurelles de la Communauté française.

— Promotion de la vaccination des adultes/Campagne annuelle de sensibilisation pour les 60 ans et plus

— Importance de stabiliser les ressources pour l'achat de vaccins via un accord avec le fédéral

— Introduction de nouveaux vaccins combinés et de la vaccination contre l'hépatite B, du vaccin polio inactivé/OK

## 6. Lutte contre la tuberculose

## 1. Dispositifs mis en place

## 1. Dispositifs

Arrêté royal du 21 mars 1961

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
<p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>Mission: dépistage, socio-prophylaxie, cadastre passif et actif</p> <p>Le budget se divise en deux postes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— l'un pour le secrétariat central et les personnels des centres de santé (FARES);</li> <li>— l'autre pour les actes de dépistage dans les publics à risque, par les centres de santé et les services itinérants.</li> </ul> <p>Budget 1999-2002: 5 123 912 euros, soit 27,4% du budget « Programmes spécifiques » et 9,7% du budget « Santé » de la CFWB.</p>	<p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>Durant la période 1998-2000, le dépistage a été recentré sur des publics à risque. Ce recentrage doit être poursuivi.</p>
<p>3. Résultats</p>	<p>Commentaires</p>
<p><b>7. Maladies cardiovasculaires</b></p>	
<p>1. Dispositifs mis en place</p> <p>Aucun dispositif en relation directe avec les maladies cardiovasculaires n'a été repéré. Cependant, on peut pointer l'interdiction de propagande ou de publicité en faveur du tabac (arrêté royal du 10 décembre 1997, décret wallon du 10 juin 1998, arrêts de la Cour d'arbitrage des 30 septembre 1999 et 12 mars 2001) qui agit sur un des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires. On peut également pointer la mise en place d'un nouveau décret de promotion de la santé dans la pratique du sport, visant l'interdiction du dopage et sa prévention en Communauté française (décret du 8 mars 2001).</p>	
<p>2. Programmes d'actions et de recherche</p> <p>Les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires communément admis tels que l'alimentation, le tabac et le sport ont fait l'objet de subsides spécifiques:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— alimentation, 20 projets (6 locaux et 13 communautaires) pour un montant de 976 210 euros, soit 4,06% du budget des programmes de promotion santé pour la période 1998-2002;</li> <li>— tabac, 12 projets (4 locaux et 8 communautaires) pour un montant de 465 421 euros, soit 1,93% du budget des programmes de promotion santé pour la période 1998-2002;</li> <li>— promotion du sport, 7 projets (1 local et 6 communautaires) pour un montant de 60 441 euros, soit 0,25% du budget des programmes de promotion santé pour la période 1998-2002.</li> </ul> <p>Seule l'année 1999 a vu subsidier deux projets impliquant précisément la prévention des maladies cardio-vasculaires pour un montant de 37 184 euros représentant 0,15% du budget des programmes de promotion de la santé pour la période 1998-2002.</p> <p>La thématique MCV a également bénéficié d'un équivalent budgétaire de 806 626 euros représentant 6,3% du total des espaces audiovisuels gratuits pour la période 1998-2002. Ce pourcentage atteint 13,2% si on y ajoute la thématique tabac (881 585 euros), soit un total de 1 683 211 euros.</p>	<p>2. Programmes d'action et de recherche</p>
<p>3. Résultats</p>	<p>Commentaires</p>
<p><b>8. Cancers (dont le cancer du sein)</b></p>	
<p>1. Dispositifs mis en place</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Un accord entre le fédéral et les entités fédérées a été la base d'un programme coordonné de dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans. L'Etat fédéral (INAMI) paye les actes de dépistage ainsi que la seconde lecture sur base d'une codification INAMI spécifique</li> <li>— Protocole du 25 novembre 2000 visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage du cancer du sein par mammographie (<i>Moniteur belge</i> du 10 août 2001)</li> <li>— Avenant du 30 mai 2001 au protocole du 25 novembre 2000 (<i>Moniteur belge</i> du 10 août 2001)</li> </ul>	<p>1. Dispositifs</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Poursuite du programme coordonné de dépistage du cancer du sein pour les femmes de 50 à 69 ans</li> <li>— Négociation d'un protocole d'accord avec le fédéral pour le dépistage du cancer du col de l'utérus</li> <li>— Mise en place d'un décret organisant la médecine préventive, dont le dépistage des cancers</li> </ul>

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
-----------------	------------------------

## 2. Programmes d'action et de recherche

La prévention des cancers s'est vu allouer, sur la période 1999-2002, un budget total de 2 110 209 euros, soit 11,3 % du budget « Programmes spécifiques », soit encore 4,01 % du budget global « Santé » de la CFWB.

De 1998 à 2000, six centres anticancéreux (trois universitaires + centres provinciaux de Namur et du Hainaut + centre de Verviers) ont été subsidiés pour leur activité de dépistage (non organisé) du cancer. En 1998, ils ont reçu 20 millions de francs belges. En 1999 et en 2000, les subsides ont été diminués sur avis de l'administration :

1999: 470 998 euros

2000: 156 991 euros

A partir de 2001, le programme de dépistage du cancer du sein entraîne une hausse budgétaire :

2001: 577 220 euros

2002: 905 000 euros

En 2002, le budget « Prévention des cancers » représente 39,4 % du budget « Programmes spécifiques » et 6,39 % du budget global « Santé ».

Ce programme, organisé en concertation avec les provinces wallonnes et la Région de Bruxelles-Capitale, a réellement démarré en septembre 2002, la période précédente s'étant avérée nécessaire à la mise en place du programme : organisation des centres provinciaux, du centre de référence et des agréments de radiologues et des unités de mammographies.

Les centres anticancéreux précédemment cités ne sont plus subventionnés.

Le programme comprend : invitation et information des femmes, information des médecins généralistes et gynécologues, information et procédure d'agrément des radiologues et des unités de mammographie, mise en place d'un Centre communautaire de référence pour le dépistage du cancer du sein ainsi que de Centres de coordination provinciaux, organisation d'un processus d'assurance de qualité, organisation d'un système d'enregistrement, etc.

Il faut également prendre en compte l'équivalent budgétaire de 1 362 213 euros d'espaces audiovisuels gratuits, représentant 10,7 % du total.

Enfin, de 1998 à 2002, un total de 254 178 euros a été alloué à des programmes d'action et de recherche dans le cadre de la promotion de la santé, représentant 1,06 % de ce budget.

### 3. Résultats

- Organiser les concertations nécessaires avec les autres pouvoirs publics compétents/OK pour cancer du sein
- Promouvoir le dépistage de certains cancers en se référant aux recommandations européennes/OK cancer du sein.

## 9. Assuétudes

### 1. Dispositifs mis en place

- Unité permanente d'observation de l'usage des drogues, Eurotox assure la tâche de sous-point focal de la CFWB et transmet les données récoltées au point focal belge du Réseau européen des drogues et des toxicomanies (REITOX) de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies (OEDT)
- Accord de coopération pour une politique de drogues globale et intégrée entre l'Etat fédéral, les Communautés, la Commission communautaire commune, la Commission communautaire française et les Régions (2002)
- Cellule Politique Santé Drogues (2001)
- Cellule général de politique en matières de drogues (2002)

## 2. Programmes d'action et de recherche

### Commentaires

Relevons l'intérêt d'une concertation avec les autres niveaux de pouvoirs et d'une concentration des moyens financiers et structurels de la CFWB sur une priorité de santé publique. Les difficultés de mise en place du programme devraient être reconnues, analysées afin de permettre une implantation plus efficace d'autres programmes de ce type.

### 1. Dispositifs

- Au niveau de l'accord de coopération entre niveaux de pouvoirs, une conférence interministérielle devrait être organisée chaque année.
- La prévention des assuétudes constitue l'un des axes de travail privilégiés de la politique de promotion de la santé inscrite dans la charte d'avenir pour la CFWB.

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
<p>2. Programmes d'actions et de recherche</p> <p>Le budget global des programmes de promotion de la santé concernant les assuétudes s'élève à 4 284 672 euros pour la période de 1998 à 2002 (17,80 % du budget de l'ensemble des programmes subsidiés). Plus spécifiquement, ce budget se répartit dans les postes suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— 3 536 882 euros (82,5 % du budget « assuétudes ») pour les programmes consommation de drogues;</li> <li>— 465 421 euros (10,9 % du budget « assuétudes ») pour les programmes tabac;</li> <li>— 232 177 euros (5,4 % du budget « assuétudes ») pour les programmes alcool;</li> <li>— 38 377 euros (0,9 % du budget « assuétudes ») pour les programmes consommation de médicaments</li> <li>— 11 814,61 euros (0,3 % du budget « assuétudes ») pour les programmes de plusieurs assuétudes.</li> </ul> <p>Les actions consacrées au tabac doivent être complétées par l'équivalent budgétaire de 881 585 euros d'espaces audiovisuels gratuits (6,9 % de l'ensemble des campagnes réalisées au cours du programme quinquennal) pour six campagnes sur ce thème.</p> <p>Au cours des années 1998 à 2002, dix organismes, après généralement avoir été financés en tant que programmes annuels ont été subsidiés comme programmes pluriannuels en matière d'assuétudes. Le montant des subsides octroyés à ces organismes, dans la période couverte par le programme quinquennal, s'élève à 3 030 709 euros (70,7 % du budget « assuétudes »).</p> <p>A côté de ces programmes pluriannuels, quatre organismes ont obtenu des financements pendant au moins trois années pour un montant de 618 994 euros (14,5 % du budget « assuétudes »).</p> <p>Au-delà des programmes subsidiés de manière récurrente, une série d'organismes privés et publics ont été financés pour diverses actions couvrant le plus souvent le champ de la prévention des assuétudes.</p> <p>Enfin, la thématique des assuétudes bénéficie aussi des programmes de promotion de la santé financés dans le cadre des actions développées en matière de « sida et toxicomanies » dont le budget s'élève à 1 177 318 euros (4,9 % du budget de l'ensemble des programmes subsidiés) pour les années 1998 à 2002.</p>	<p>2. Programmes d'actions et de recherche</p> <p>Les programmes pluriannuels prévus en 2003 sont au nombre de 8 et correspondent à un budget de 598 385 euros.</p> <p>A côté des subsides pour la thématique « assuétudes », 3 programmes pluriannuels concernant « sida et toxicomanies » sont prévus en 2003 pour une montant 488 920 euros dont l'un est également reconduit en 2004 (248 000 euros).</p>

### 3. Résultats

### Commentaires

- Développement de l'approche des assuétudes par le biais des conduites à risques et de la diminutions des risques liés à l'usage des produits psychotropes.
- Développement de l'accessibilité de l'information pour tous, du travail en partenariat et de la formation pour les intervenants de terrain.
- Accroissement de la stabilité des organismes officiant dans le secteur des assuétudes par le développement des programmes pluriannuels.
- Inscription de la thématique des assuétudes dans la concertation avec les autres pouvoirs politiques.

## 10. Santé mentale

1. Dispositifs mis en place
2. Programmes d'action et de recherche

1. Dispositifs
2. Programmes d'action et de recherche

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
<p>Le total budgétaire alloué aux programmes relatifs à la santé mentale est de 269 137 euros, ce qui équivaut à 1,1 % du budget 1998-2002 des programmes de la promotion de la santé</p> <p>On peut distinguer trois orientations dans la répartition de ce budget :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— L'organisation de colloques ou de journées d'études</li> </ul> <p>Sur les 5 ans, 53 544 euros ont été principalement consacrées à trois initiatives dans le cadre de « 2001 année de la santé mentale », au congrès international « Prévention du suicide et pratiques de réseaux », ainsi qu'à la création d'une banque de données.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Les actions communautaires ou locales en santé mentale</li> </ul> <p>Trois projets — dont un reçoit des subsides de manière pluriannuelle — ont été subventionnés pour un total de 165 592 euros sur les 5 ans.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— Les projets de prévention du suicide chez les jeunes</li> </ul> <p>En 2002, un appel à projets « Prévention du suicide chez les jeunes de 12-18 ans » a été lancé par le Cabinet, qui a retenu sept projets : quatre ont été subventionnés sur le budget de l'Aide à la jeunesse, trois sur l'allocation de base 33.05 réservée aux « subventions (promotion de la santé) à l'initiative du Gouvernement » (pour un montant de 50 000 euros).</p> <p>Par ailleurs, la santé mentale a bénéficié d'un équivalent budgétaire de 836 004 euros d'espaces audiovisuels gratuits représentant 6,5 % du total pour la période 1998-2002.</p>	<p>La prévention du suicide est reprise parmi les lignes prioritaires dans le plan d'action de la charte d'avenir de la CFWB.</p>
<p>3. Résultats</p>	<p>Commentaires</p>
<p><b>11. Accidents</b></p>	
<p>1. Dispositifs mis en place</p> <p>2. Programmes d'actions et de recherche</p> <p>Par rapport à la problématique des accidents, il est à noter que certains programmes ont été subsidiés sous la thématique « accidents et traumatismes » pour ensuite être financés sous la thématique « sécurité et violence ». Par souci de clarté et de correspondance à cette évolution la priorité « accidents » englobe ces deux thématiques.</p> <p>Le budget en la matière au cours des 5 années couvertes par le programme quinquennal s'élève à 794 058 euros (3,30 % de l'ensemble des programmes subsidiés en 1998-2002) pour les programmes d'actions concernant les thématiques « accidents et traumatismes - sécurité et violence ».</p> <p>Un organisme subsidié comme programme pluriannuel concentre 92,1 % de ce budget. A côté de ce programme, deux organismes ont reçu un budget deux années consécutives pour développer des actions en matière de violence et de sécurité.</p> <p>Par ailleurs, il faut prendre en considération l'équivalent budgétaire de 1 905 910 euros (14,9 % du total des campagnes 1998-2002) d'espaces audiovisuels gratuits qui se répartit de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>— 1 181 046 euros d'espaces audiovisuels gratuits pour les 5 campagnes audiovisuelles destinées à la sécurité (9,30 % de l'équivalent budgétaire des campagnes de 1998 à 2002);</li> <li>— 724 864 euros pour les trois campagnes audiovisuelles ciblées sur la maltraitance (5,70 % des campagnes de 1998 à 2002).</li> </ul>	<p>1. Dispositifs</p> <p>2. Programmes d'actions et de recherche</p> <p>Le programme pluriannuel est reconduit pour l'année 2003 (173 525 euros)</p>
<p>3. Résultats</p>	<p>Commentaires</p>
<p><b>12. Maladies métaboliques et hypothyroïdie</b></p>	
<p>1. Dispositifs mis en place</p> <p>Arrêté royal du 13 mars 1974 modifié par l'arrêté ministériel du 18 mars 1974, par l'arrêté royal du 16 mai 1980 et par l'arrêté ministériel du 15 décembre 1980.</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>Programme de dépistage chez le nouveau-né des anomalies congénitales métaboliques et de l'hypothyroïdie congénitale. Ce programme comprend le coût des analyses de dépistage par 3 centres agréés selon le dispositif mis en place.</p> <p>Budget 1999-2002 : 2 503 328 euros, soit 13,4 % du budget « Programmes spécifiques » et 4,7 % du budget « Santé » de la CFWB.</p>	<p>1. Dispositifs</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p>

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
3. Résultats	Commentaires
<p>— Décret du 16 avril 1999 organisant le sport en Communauté française.</p> <p>— Décret du 8 mars 2001 relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française.</p> <p>— Arrêté du Gouvernement du 18 juin 2001 relatif à la Commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport.</p> <p>— Arrêté du Gouvernement du 21 décembre 2001 nommant les membres de la Commission francophone de promotion de la santé dans la pratique du sport.</p> <p>— Arrêté du Gouvernement du 10 octobre 2002 relatif à la procédure de contrôle de la pratique du dopage, et fixant l'entrée en vigueur de certaines dispositions du décret du 8 mars 2001 relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française.</p> <p>— Arrêté du Gouvernement du 11 octobre 2002 nommant des membres de la Commission de promotion de la santé à l'école.</p> <p>— Arrêté du Gouvernement du 18 octobre 2002 fixant les modèles de formulaires visés aux articles 6, § 2, et 7, §§ 3 et 4, et décrivant le matériel de prélèvement visé à l'article 12 de l'arrêté du 10 octobre 2002 relatif à la procédure de contrôle de la pratique du dopage, et fixant l'entrée en vigueur de certaines dispositions du décret du 8 mars 2001 relatif à la promotion de la santé dans la pratique du sport, à l'interdiction du dopage et à sa prévention en Communauté française.</p>	<p>Ce programme n'a subi aucune évolution durant ces 5 années, mise à part une légère augmentation de son coût due à une augmentation du nombre de dépistages.</p>
<b>13. Promotion de la santé dans le sport</b>	
1. Dispositifs mis en place	1. Dispositifs
<p>— Réseau des mandataires communaux « Vers des politiques communales de santé »</p> <p>— Mise en place du processus d'organisation des Conférences locales de promotion de la santé.</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>Journal du Réseau des mandataires communaux « Vers des politiques communales de santé »</p> <p>2001: 8 815 euros</p> <p>2002: 9 268 euros</p> <p>Ligne budgétaire spécifique: en 2002, subvention de projets à l'initiative de communes (247 413 euros)</p> <p>En 2002, budget spécifiquement attribué aux CLPS pour l'organisation des Conférences locales: 121 937 euros.</p> <p>Budgets attribués à Santé Communauté Participation, asbl, pour:</p> <p>— la coordination du Réseau des mandataires en 2001: 24 790 euros</p> <p>— la poursuite de ses missions comme plate-forme en santé communautaire (2002): 120 848 euros (y compris pilotage des Conférences locales et coordination du Réseau)</p> <p>— l'évaluation des Conférences locales (2002): 49 579 euros.</p>	<p>En 2003, campagne d'information des clubs sportifs et de leurs adhérents sur les nouvelles procédures de contrôle antidopage + campagne de sensibilisation à la promotion de la santé dans le sport.</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>En 2003, campagne d'information des clubs sportifs et de leurs adhérents sur les nouvelles procédures de contrôle antidopage + campagne de sensibilisation à la promotion de la santé dans le sport.</p>
3. Résultats	Commentaires
<b>14. Politiques locales de santé</b>	
1. Dispositifs mis en place	1. Dispositifs
<p>— Réseau des mandataires communaux « Vers des politiques communales de santé »</p> <p>— Mise en place du processus d'organisation des Conférences locales de promotion de la santé.</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>Journal du Réseau des mandataires communaux « Vers des politiques communales de santé »</p> <p>2001: 8 815 euros</p> <p>2002: 9 268 euros</p> <p>Ligne budgétaire spécifique: en 2002, subvention de projets à l'initiative de communes (247 413 euros)</p> <p>En 2002, budget spécifiquement attribué aux CLPS pour l'organisation des Conférences locales: 121 937 euros.</p> <p>Budgets attribués à Santé Communauté Participation, asbl, pour:</p> <p>— la coordination du Réseau des mandataires en 2001: 24 790 euros</p> <p>— la poursuite de ses missions comme plate-forme en santé communautaire (2002): 120 848 euros (y compris pilotage des Conférences locales et coordination du Réseau)</p> <p>— l'évaluation des Conférences locales (2002): 49 579 euros.</p>	<p>Inscription de l'organisation des Conférences locales dans les missions prioritaires des CLPS</p> <p>2. Programmes d'action et de recherche</p> <p>— Journal du Réseau</p> <p>— En 2003, subvention de projets à l'initiative de communes: 247 413 euros</p> <p>— Budget aux CLPS pour l'organisation des Conférences locales</p> <p>— Conférence communautaire?</p>

Bilan 1998-2002	Perspectives 2003-2008
-----------------	------------------------

## 3. Résultats

## Commentaires

Bien que cette priorité ne figure pas en tant que telle dans le Programme quinquennal 1998-2003, elle recoupe les missions des CLPS et met en avant plusieurs des stratégies prioritaires (participation communautaire, action sur le milieu de vie, concertation et action intersectorielles).

## CHAPITRE IV

## Conclusions

## Synthèse des résultats

Sur les cinq dernières années, le budget annuel moyen de la santé géré par la Communauté française est de 12 940 650 euros.

Il se décompose de la manière suivante : 38,7 % pour les actions et recherches en promotion de la santé; 35 % pour les programmes spécifiques; 17,3 % pour les CLPS et SCPS; 9 % pour les études et recherches.

Ce budget total annuel connaît une hausse depuis 2001 liée aux programmes de vaccination, au contrôle médico-sportif du dopage et à la mise en place du programme de dépistage du cancer du sein.

Le budget « études et recherches » est en diminution constante au cours des cinq dernières années.

Parmi les programmes spécifiques, la vaccination vient en tête avec environ 40 % du budget (sauf en 2001).

Parmi les programmes de promotion de la santé, les thèmes du sida et des toxicomanies reçoivent près de la moitié du budget.

Le poste suivant est occupé par les « approches non centrées sur les facteurs de risques » : ce poste augmente par deux fois sur les cinq ans, la première fois en 1998 et 1999 (il passe de 12,3 % à 20,3 %) et la deuxième entre 2001 et 2002. Cette dernière augmentation de 30 % (de 22,5 % à 29,4 %) provient surtout du développement des politiques locales de santé (Conférences locales, Réseau des communes en santé).

Le budget des programmes d'actions subventionne pour trois quarts des programmes communautaires et pour un quart des programmes locaux. Les programmes pluriannuels sont en progression constante au fil des ans, pour atteindre 58,2 % du budget en 2002.

Un équivalent budgétaire de 12 766 045 euros sur cinq ans a été consacré à l'attribution des espaces audiovisuels par la Communauté française.

L'analyse fait ressortir le sida et la vaccination parmi les thèmes les plus couverts; le cancer du sein, la sécurité et la mort subite du nourrisson viennent ensuite.

Par ailleurs, le conseil a pris connaissance des avis et suggestions émis par 40 personnes actives dans le secteur et ayant répondu à une enquête diffusée à l'occasion de ce bilan.

Quelques éclairages complémentaires peuvent être tirés de l'ensemble de ces données et de l'examen des tableaux présentant une synthèse des informations disponibles par priorités, ainsi que de l'expertise des membres du conseil :

— Sida et assuétudes bénéficient chacun d'une structure ayant pour mission l'observation. Par ailleurs une plate-forme assure la coordination des campagnes d'information sur le sida, des coordinations interministérielles existent dans le domaine des toxicomanies.

— Le conseil constate l'intégration lente mais progressive de la problématique du sida dans une approche plus globale de la santé. Le conseil souligne l'importance de l'intégration des intervenants « sida » parmi les acteurs et institutions locales; il suggère d'accentuer la formation des intervenants, de renforcer la concertation et l'action intersectorielle.

— Parmi les programmes de prévention en toxicomanie, le tabac et l'alcool totalisent 16 % du budget seulement, la prévention du tabagisme bénéficiant en outre de 6,9 % des espaces audiovisuels gratuits. Le conseil note la progression positive de la « philosophie » des interventions dans le cadre du programme quinquennal (réduction des risques, prise en compte des drogues licites, développement du travail en réseau, approche participative ...). Son inquiétude se focalise sur les discordances des orientations entre les différents niveaux de pouvoirs et des fonctions des acteurs qui en dépendent. Il risque d'en découler des confusions de missions entre niveau répressif et éducatif. Ici aussi, le conseil souligne l'importance de l'élargissement de la concertation avec les équipes actives en promotion de la santé.

— Les programmes de promotion de la santé à l'école se retrouvent dans d'autres thèmes pour un équivalent d'environ un cinquième du budget des programmes d'actions et de recherche en promotion de la santé. Les thèmes concernés sont l'alimentation, les assuétudes, l'éducation sexuelle et affective et le sida mais aussi « plusieurs facteurs de risques et de protection » et « approche non centrée sur les facteurs de risque ». Le conseil constate que la promotion de la santé à l'école est en pleine évolution mais doit continuer à être soutenue pour favoriser le développement de dynamiques sur le long terme. Et ceci d'autant plus que certains établissements voient s'accentuer les phénomènes de violence, la dégradation de leur environnement et la paupérisation des élèves, et peuvent être tentés de recourir à des interventions relevant d'une autre approche que celle de la promotion de la santé.

— Moins de un pour cent des programmes d'action subventionnés sont classés dans la priorité « vulnérabilité sociale, population fragilisée ». Par contraste, une majorité de programmes d'actions font écho à cette priorité. Le conseil constate à la fois une meilleure reconnaissance générale de cette problématique, mais aussi une insuffisance de méthodes et de moyens adaptés, notamment pour soutenir les professionnels qui pourraient réaliser un travail de proximité et pour développer la participation de la population concernée.

— Les programmes de prévention cardio-vasculaire auxquels sont ajoutés les programmes « alimentation », « tabac » et « activité physique », qui en sont les principaux facteurs de risque, totalisent environ 6 % des programmes de promotion de la santé.

### **Intérêts et limites méthodologiques de ce bilan**

La question centrale du bilan du programme quinquennal est d'apprécier dans quelle mesure les priorités fixées au programme quinquennal ont été rencontrées.

Cette évaluation devrait idéalement prendre en compte non seulement les multiples facettes du dispositif et de la structure de promotion de la santé (services, programmes annuels et pluriannuels, locaux ou communautaires, données budgétaires, initiatives politiques), mais aussi, pour refléter la réalité de la promotion de la santé, investiguer les applications du programme quinquennal qui sont mises en place en dehors de la structure de promotion de la santé, par les communes, les provinces, d'autres ministères communautaire, régionaux ou fédéraux.

Le conseil constate que malgré les efforts déployés par la direction générale de la Santé et les services communautaires, il a été impossible d'aboutir à une véritable évaluation de ce programme, notamment à cause des ressources limitées prévues à cet effet, de la carence de définition d'objectifs opérationnels dans le programme, de l'absence d'un relevé systématisé d'indicateurs, etc.

Le conseil constate que :

— La direction générale de la Santé et les services communautaires ont été contraints de se baser sur les priorités thématiques et par population, car elles correspondent à la manière dont les programmes sont décrits dans les documents administratifs et budgétaires. C'est ainsi que 15 « priorités » ont été définies, dont certaines se situent à la rencontre d'un thème et d'un public (population scolaire et promotion de la santé à l'école/populations fragilisées et inégalités sociales de santé).

Cette approche, pour être pragmatique et relativement illustrative, reste insatisfaisante puisque le programme quinquennal identifie aussi des priorités stratégiques (participation, santé communautaire, approche par milieu de vie ...) et insiste sur la nécessité de travailler sur la base du concept de santé globale et des déterminants de santé sous-jacents à plusieurs problématiques (inégalités, confiance en soi, etc.). Pratiquement, on s'est heurté à la difficulté de classer certains programmes qui visaient des facteurs de risques communs à plusieurs thématiques (par exemple « tabac » intervient dans « assuétudes » et « cardio-vasculaire » et parfois aussi dans « promotion de la santé à l'école ») ou des interventions centrées sur des approches non thématiques (politiques locales de santé, promotion de la santé à l'école, production et diffusion d'outils ...).

— Les données budgétaires représentaient la seule information disponible de manière exhaustive. Un effort important a été réalisé à cette occasion pour rechercher et analyser l'information en essayant de mettre en regard, et si possible en cohérence, les différentes lignes budgétaires, afin de cerner plus précisément quel a été l'apport du budget santé de la Communauté française pour chacune de ces priorités. Il reste que l'on n'a pas pu évaluer l'apport des SCPS et des programmes pluriannuels des CLPS dans chacune de ces priorités, car cela aurait nécessité un travail d'analyse des rapports d'activité de ces services disponibles sur les cinq ans. Une standardisation des modes de classification des activités des services et des programmes d'action serait de nature à faciliter, à l'avenir, une partie de la récolte d'informations (voir grille pour le pilotage des programmes d'actions et de recherche/fiches de gestion des demandes).

— Idéalement l'analyse des rapports d'activité des divers services et programmes devraient fournir des éléments d'appréciation utiles et complémentaires aux données assez étroites des dispositifs budgétaires et officiels. Encore faudrait-il que ces rapports fassent l'objet d'une certaine standardisation et que des moyens soient disponibles pour leur analyse.

— Les carences soulevées dans cette conclusion doivent inciter le Gouvernement à proposer un nouveau programme quinquennal basé sur la même approche de promotion de la santé que le précédent, mettant en exergue notamment la qualité des programmes et les stratégies prioritaires de promotion de la santé, mais déclinant des objectifs opérationnels précis permettant la mise en place d'une évaluation véritable.

## ANNEXE 2

**AVANT-PROJET DE DECRET MODIFIANT LE DECRET DU 14 JUILLET  
1997 PORTANT ORGANISATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE  
EN COMMUNAUTE FRANÇAISE**

**Avis du Conseil supérieur de promotion de la santé du 21 mars 2003**

Le Conseil supérieur de promotion de la santé a examiné en sa séance du 21 mars la dernière version de l'avant-projet de décret modifiant le décret du 14 juillet 1997.

Le conseil apprécie que ses remarques formulées antérieurement aient été largement prises en considération.

Dans un souci de clarté, le conseil propose les modifications qui suivent.

Article 1<sup>er</sup>: une troisième définition est proposée relative au SIS comme suit:

Par système d'information sanitaire (SIS), il faut entendre un ensemble de composantes structurelles 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 de politiques, stratégies et programmes mis en œuvre, d'autre part, à la participation et à l'éclairage des acteurs de santé et celle de la population aux politiques et actions de santé. Dans le cadre d'un système d'information sanitaire, les activités de base sont l'identification et la coordination des sources de données, la collecte et le contrôle de qualité des données, le traitement des 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.

Article 2, § 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, modifier la phrase par « les objectifs opérationnels prioritaires retenus pour la durée du plan en matière de promotion de la santé, y compris la médecine préventive et le système d'information sanitaire »;

Article 2, § 2, modifier la phrase: Le Gouvernement organise un système d'informations sanitaires tel que défini à l'article 1<sup>er</sup>.

Article 4,

— premier paragraphe, 1<sup>o</sup>, compléter comme suit: « ... équipes actives en promotion de la santé, en médecine préventive et dans le système d'information sanitaire, en s'appuyant ... »;

— 1<sup>o</sup> corriger « antennes » par « acteurs »;

— 1<sup>o</sup> compléter comme suit: « ... y compris en médecine préventive et dans le système d'information sanitaire ».

Article 5, compléter comme suit: « ... y compris la médecine préventive et le système d'information sanitaire; de veiller ... y compris la médecine préventive et le système d'information sanitaire ».

Article 6:

— le conseil réitère sa proposition de supprimer le § 5 « deux membres représentant le sida » et de modifier le § 10 par « quatre membres ... dans le domaine du sida, de la lutte ... »;

— § 5: le conseil propose de modifier et compléter l'alinéa « le fonctionnaire dirigeant l'administration, ou son représentant, assiste aux séances avec voix consultative. » comme suit: « Le fonctionnaire dirigeant l'administration assiste aux séances avec voix consultative. Les chefs de service requis par le fonctionnaire général, peuvent également assister aux séances. »

Article 8, dernière ligne, compléter comme suit: « ... y compris la médecine préventive et le système d'information sanitaire ».

Article 10, § 1<sup>er</sup>:

3 corriger « qui développent des actions de terrain dans le domaine de la prévention de la santé » par « dans le domaine de la promotion de la santé »;

3 compléter comme suit: « ... en matière de promotion de la santé, de prévention et liées au système d'information sanitaire, notamment ... »;

4 modifier comme suit cet alinéa: ... des dynamiques qui encouragent ... la participation communautaire. Ces démarches contribuent au système d'information sanitaire et à la définition des priorités d'action spécifiques ...

Article 11: modifier la phrase du § 1<sup>er</sup> comme suit: « dans les trois mois à dater de leur agrément ou du renouvellement de celui-ci, les centres locaux de promotion de la santé sont tenus de participer aux travaux du comité de concertation permanent, chargé ... ».

Article 14:

§ 1<sup>er</sup>, 3<sup>e</sup> alinéa, modifier « ... les attentes des patients » par « ... les attentes de la population »;

§ 3, corriger « des ces » par « de ces ».

Article 15, le conseil suggère que soit défini le centre de référence; il propose de modifier comme suit le § 1<sup>er</sup>:

— « § 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 repris à l'alinéa suivant. »

— Le conseil suggère d'ajouter une définition du centre de référence comme suit: « Un centre de référence est un lieu d'expertise scientifique, de concertation avec les acteurs, de coordination avec les établissements et ou les personnes de droit public ou privé repris à l'alinéa suivant, de contribution au système d'information sanitaire. »

— Au deuxième alinéa remplacer « le Gouvernement peut également agréer et subventionner des établissements ou des personnes de droit public ou privé pour assurer l'exploration, la programmation, la réalisation, ou l'évaluation de ces programmes. » Par « le Gouvernement peut également agréer et subventionner des établissements ou des personnes de droit public ou privé pour la réalisation de ces programmes. »

En page 11 de l'exposé des motifs article 4, 4<sup>e</sup> ligne, remplacer plan quinquennal par programme quinquennal.

Par rapport à l'article 4, nouvel article 3*bis*, le conseil insiste pour que des ressources soient dégagées par le Gouvernement afin de permettre à l'administration de remplir les missions prévues (en terme de compétences, de processus organisationnels et de ressources humaines).

En outre, en vue de remplir les tâches prévues, le conseil réitère sa demande d'une évaluation externe et participative du dispositif.

Il exprime enfin son souhait d'être consulté sur les avant-projets d'arrêtés d'application du nouveau décret.

En conclusion, le conseil, en sa séance du 21 mars 2003, remet un avis favorable sur la dernière version de l'avant-projet de décret modifiant le décret du 14 juillet 1997.

Le secrétaire du conseil

Docteur W. Brunson.

## ANNEXE 3

## NOTE A:

Madame Nicole Maréchal  
Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé

Objet: Avant-projet de décret modifiant le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française

Le projet de décret sous rubrique vise notamment à:

— intégrer le concept de médecine préventive en l'articulant avec celui de la promotion de la santé;

— améliorer l'information des divers intervenants par la création du SIS (Système d'informations sanitaires) pour permettre l'évaluation des programmes mis en place;

— à accentuer la concertation entre les divers acteurs concernés.

Sur le plan de la forme, l'Inspection des finances attirera l'attention sur le fait qu'il n'y a nulle part de définition des principes de « la médecine basée sur les preuves » et de « la promotion de la santé basée sur les preuves » (voir article 14 du projet). Mais peut-être ceci s'explique-t-il par le fait que ces notions, qui sont obscures pour un(e) profane, sont suffisamment claires pour les personnes amenées à appliquer le décret.

Sur le plan budgétaire, on peut à première vue supposer que les dispositions génératrices de coûts sont celles relatives à la création d'un système d'informations (voir article 2 du projet) et aux centres de références pour assurer le pilotage des programmes de médecine préventive (voir articles 14 et 15). L'impact du décret, dont il est dit qu'il doit être pris en charge sur les crédits PACA, ne pourra toutefois être évalué qu'au moment où les mesures d'exécution du décret seront connues.

M. Zeegers, inspectrice générale des Finances.

## ANNEXE 4

LISTE DES PROGRAMMES DE RECOLTE DES DONNEES SUBSIDIEES  
POUR 2002

	Budget 2002
Université Mons-Hainaut Recherche sur efficacité prévention sida jeunes	50 000
Institut Jules Bordet Outil informatique suivi médical « Mellery »	40 000
Œuvre belge du cancer Registre national du cancer — 1 <sup>er</sup> septembre 2002 au 30 avril 2003	50 000
Université Libre de Bruxelles Etude promotion santé état des lieux éducation sexuelle et affective	14 697
Faculté universitaire Saint Louis — Observatoire du sida Programme pluriannuel de recherche en promotion santé	148 737
Belgian Diabetes Registry Registre diabète	31 250
Université Libre de Bruxelles Registre infarctus Charleroi	37 500
Association interuniversitaire prévention maladies cardiovasculaires Registre luxembourgeois événements coronariens aigus	37 500
Université Libre de Bruxelles Etude comportement de santé des jeunes	44 619
Eurotox Missions d'observation en matière d'assuétudes	90 357
Provac (Promotion de la vaccination) Cellule interuniversitaire	43 265 (2003)
Fares (registre de la tuberculose)	50 000
Observatoire de la santé du Hainaut Programme cardiovasculaire	25 000
Institut scientifique de santé publique Louis Pasteur	834 000
Promes — ULB Service agréé pour le recueil de données	224 643