

**Arrêté du Gouvernement de la Communauté française  
fixant la date d'entrée en vigueur du décret du 14 juillet  
1997 portant organisation de la promotion de la santé en  
Communauté française, et certaines mesures de son  
exécution**

**A.Gt 17-07-1997**

**M.B. 29-08-1997**

**Modifications:**

A.Gt 21-01-1998 - M.B. 18-06-1998

A.Gt 16-07-1998 - M.B. 01-09-1998

A.Gt 08-11-2001 - M.B. 12-12-2001

A.Gt 17-07-2002 - M.B. 03-10-2002

A.Gt 10-02-2004 - M.B. 23-04-2004

A.Gt 11-05-2007 - M.B. 03-07-2007

A.Gt 08-11-2007 - M.B. 25-01-2008

A.Gt 29-04-2010 - M.B. 14-06-2010

A.Gt 14-11-2013 - M.B. 28-01-2014

Le Gouvernement de la Communauté française,

Vu le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française;

Vu l'avis de l'Inspection des Finances, donné le 9 juillet 1997;

Vu l'accord du Ministre du budget, donné le 14 juillet 1997;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, § 1er, remplacé par la loi du 4 juillet 1989 et modifié par la loi du 4 août 1996;

Vu l'urgence;

Considérant que :

- l'entrée en vigueur du décret susvisé le 1er septembre 1997, comme le Gouvernement l'a annoncé au Parlement, implique que les premières mesures d'exécution soient prises immédiatement, afin notamment que les dispositions transitoires prévues aux articles 20 et 21 du décret puissent être mises en oeuvre;

- cet arrêté doit dès lors être pris d'urgence;

Sur proposition de la Ministre-Présidente, chargée de l'Education, de l'Audiovisuel, de l'Aide à la Jeunesse, de l'Enfance et de la Promotion de la Santé;

Vu la délibération du Gouvernement de la Communauté française du 14 juillet 1997,

Arrête :

### **CHAPITRE Ier. - Généralités**

**Article 1er.** - Le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française entre en vigueur le 1er septembre 1997.

*Complété par A.Gt 17-07-2002*

**Article 2.** - Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :

1° décret : le décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française;

2° Ministre : le Ministre ayant la promotion de la santé dans ses attributions;



3° Conseil supérieur : le Conseil supérieur de promotion de la santé, visé à l'article 4 du décret;

4° Service communautaire : un Service communautaire de promotion de la santé, tel que défini à l'article 9 du décret;

5° Centre local : un Centre local de promotion de la santé, tel que défini à l'article 11 du décret ;

6° Commission d'avis des projets locaux : organe d'avis tel que défini à l'article 12 du décret;

7° fonctionnaire général : Directeur général dirigeant la Direction générale de la santé des services du Gouvernement de la Communauté française

## CHAPITRE II. - Fonctionnement du Conseil supérieur

*Complété par A.Gt 16-07-1998 ; modifié par A.Gt 11-05-2007*

**Article 3.** - Le Conseil supérieur se réunit au moins huit fois par an. Il délibère valablement si la moitié au moins des membres ayant voix délibérative ou de leurs suppléants sont présents. Toutefois, ce quorum n'est plus requis pour les points de l'ordre du jour dont l'examen a été reporté, parce que ledit quorum n'était pas atteint lors d'une séance précédente.

Le Conseil supérieur peut déléguer à ou plusieurs commissions composées de membres effectifs et/ou suppléants dudit Conseil, la mission qui lui incombe en vertu de l'article 16 du décret.

*modifié par A.Gt 17-07-2002*

**Article 4.** - Le Conseil supérieur formule ses avis ou propositions à la majorité absolue des suffrages exprimés. Sauf dans les cas où le présent arrêté en dispose autrement, ces avis ou propositions sont notifiés au Ministre dans les quarante cinq jours suivant la date à laquelle le Conseil supérieur a été saisi du dossier. Ils sont, le cas échéant, accompagnés d'une note de minorité si certains membres le souhaitent.

*Modifié par A.Gt 29-04-2010*

**Article 5. - § 1er.** Il est alloué au président, au vice-président et aux membres du Conseil supérieur et de ses commissions un jeton de présence de 25 euros par séance à laquelle ils assistent.

Les jetons de présence visés à l'alinéa 1<sup>er</sup> sont portés à 50 euros, lorsque la séance dure plus de quatre heures, ou lorsque la séance s'étend sur des périodes couvrant l'avant-midi et l'après-midi ;

**§ 2.** Les membres du Conseil supérieur et de ses commissions ont droit au remboursement de leurs frais de parcours entre leur domicile et le lieu de réunion du Conseil, dans les conditions suivantes :

a) ceux qui utilisent les transports en commun sont remboursés sur la base des tarifs officiels, étant ceux de première classe lorsque le moyen de transport utilisé compte plusieurs classes;

b) ceux qui utilisent leur voiture personnelle ont droit à une indemnité kilométrique déterminée conformément au tableau annexé à l'arrêté royal du 18 janvier 1965 portant réglementation générale en matière de frais de parcours.

L'indemnité pour frais de parcours est fixée par jour de présence constaté au registre tenu à cet effet.

*Inséré par A.Gt 17-07-2002*

## **Chapitre IIbis - Fonctionnement de la Commission d'avis des projets locaux**

*Modifié par A.Gt 29-04-2010*

**Article 5bis.** - La commission d'avis des projets locaux est composée d'un représentant de chacun des centres locaux; l'organe de gestion de chaque centre local propose à l'approbation du Ministre un membre effectif et un membre suppléant, pour une période de deux ans; le membre suppléant ne siège qu'en cas d'absence d'un membre effectif.

La commission désigne ses Président et Vice-Président; le Vice-Président remplace le Président en cas d'indisponibilité de celui-ci.

Le Président, sur proposition de la commission, peut inviter ponctuellement un ou plusieurs experts extérieurs.

Le fonctionnaire général ou son représentant est invité à chaque séance de la commission.

La commission délibère valablement à la majorité des suffrages exprimés, pour autant que la moitié au moins des membres ayant voix délibérative soient présents.

Toutefois, ce quorum n'est plus requis pour les points de l'ordre du jour dont l'examen a été reporté parce que ledit quorum n'était pas atteint lors d'une séance précédente.

La commission d'avis des projets locaux établit son règlement d'ordre intérieur dans les trois mois de sa mise en place et le soumet à l'approbation du Ministre.

Il est alloué au président, au vice-président et aux membres de la Commission un jeton de présence de 25 euros par séance à laquelle ils assistent.

Les jetons de présence visés à l'alinéa 8 sont portés à 50 euros, lorsque la séance dure plus de quatre heures, ou lorsque la séance s'étend sur des périodes couvrant l'avant-midi et l'après-midi.

Les personnes visées ci-dessus ont également droit au remboursement de leurs frais de déplacement, suivant les taux fixés par la réglementation en la matière applicable au personnel de rang 10 des services du Gouvernement de la Communauté française.

*Intitulé modifié par A.Gt 11-05-2007*

## **CHAPITRE III. - Procédure d'approbation des Programmes quinquennaux et des Plans communautaires opérationnels de promotion de la santé**

**Article 6. - § 1er.** Au plus tard quatre mois après son installation, le Conseil supérieur propose au Gouvernement les axes prioritaires et les stratégies visés à l'article 4, § 1er, du décret, en vue de permettre la



préparation du Programme quinquennal de promotion de la santé.

Le même Conseil actualise les propositions visées à l'alinéa précédent six mois avant l'expiration de chaque Programme quinquennal de promotion de la santé et en informe le Gouvernement.

**§ 2.** Dans les trois mois de la réception des propositions visées au § 1er, le Ministre soumet à l'avis du Conseil supérieur le projet de Programme quinquennal de promotion de la santé élaboré sur base desdites propositions. Cet avis doit être communiqué au Ministre dans un délai ne dépassant pas deux mois.

**§ 3.** Le Programme quinquennal de promotion de la santé, accompagné de l'avis du Conseil supérieur, est soumis par le Ministre à l'approbation du Gouvernement dans les trente jours de la réception de l'avis du Conseil supérieur.

*modifié par A.Gt 11-05-2007*

**Article 7. - § 1er.** Six mois avant l'expiration du plan communautaire opérationnel de promotion de la santé ou à la demande du Ministre, le Conseil supérieur propose au Gouvernement les axes prioritaires et stratégies visés à l'article 4, § 1<sup>er</sup>, du décret, en vue de permettre la préparation du plan communautaire opérationnel de promotion de la santé suivant ou l'actualisation du plan communautaire opérationnel en cours.

**§ 2.** Dans les trois mois de la réception de propositions visées au § 1er, le Ministre soumet à l'avis du Conseil supérieur le projet de Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé élaboré sur base desdites propositions. Cet avis doit être communiqué au Ministre dans un délai ne dépassant pas deux mois.

**§ 3.** Le Plan communautaire opérationnel de promotion de la santé, accompagné de l'avis du Conseil supérieur, est soumis par le Ministre à l'approbation du Gouvernement dans les trente jours de la réception de l'avis du Conseil supérieur.

**Article 8.** - Chaque année avant le 30 juin, le Conseil supérieur transmet au Gouvernement les rapports visés à l'article § 4, 1er, 3<sup>o</sup>, du décret, relatifs à l'année civile précédente.

*Inséré par A.Gt 17-07-2002*

**Article 8bis.** - Le Ministre peut, à la demande motivée du Conseil supérieur, proroger les délais qui s'imposent à celui-ci en vertu des articles 6 à 8.

**CHAPITRE IV. - Subventions et autres contributions de la  
Communauté accordées aux Services communautaires et aux  
Centres locaux de promotion de la santé**

*Remplacé par A.Gt 17-07-2002 ; Modifié par A.Gt 29-04-2010*

**Article 9.** - Pendant la période couverte par leur agrément et dans la limite des crédits disponibles, les Services communautaires et les Centres locaux bénéficient de subventions annuelles.

Ces subventions peuvent être utilisées :



1°. 1° pour rémunérer le personnel recruté et engagé par le pouvoir organisateur du Centre local ou du Service communautaire en tant qu'employeur, le montant de l'intervention étant plafonné à hauteur des barèmes en vigueur pour le personnel des services du Gouvernement à fonction et ancienneté équivalentes ;

2°. pour rembourser les frais inhérents au personnel détaché; les modalités du détachement sont précisées dans une convention, dont le modèle est fixé par le Ministre; cette convention porte sur les tâches confiées au personnel détaché, le régime, les horaires et le lieu de travail, les droits en matière d'ancienneté pécuniaire, et le montant du remboursement suivant les barèmes en vigueur pour le personnel de la Communauté française à fonction et ancienneté équivalentes;

3°. pour couvrir les frais de fonctionnement; ces frais ne pourront être subventionnés que s'ils sont directement liés aux missions confiées; ils ne pourront dépasser 25 % des montants alloués, sauf dérogation motivée dans l'arrêté de subvention; en ce qui concerne les frais d'équipement, seul l'amortissement peut être imputé sur la subvention, dans les frais de fonctionnement.

**Article 10.** - La subvention accordée à chaque Service communautaire est déterminée par le Gouvernement en fonction des missions qui lui sont confiées.

*modifié par A.Gt 16-07-1998 ; A.Gt 17-07-2002; A.Gt 10-02-2004 ;  
A.Gt 08-11-2007 ; A.Gt 14-11-2013*

**Article 11.** - La subvention de base accordée à chaque Centre local de promotion de la santé est fixée à 123.220,68 euros. La subvention de base est augmentée de 20.358,70 euros :

1° soit, si le Centre local couvre plus d'un arrondissement et dispose, dans le ou les arrondissements autres que celui dans lequel est installé son siège principal d'activités, d'une antenne fonctionnelle reconnue par le Ministre;

2° soit, si le Centre local couvre un arrondissement dont le chiffre de la population est supérieur à 500 000 unités.

Ces montants sont rattachés à l'indice santé du mois de septembre 2003 et fluctuent chaque année à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2005 en fonction de cet indice santé, l'indice du mois de septembre précédent étant pris en considération ;

Pour pouvoir bénéficier d'une contribution complémentaire de la Communauté française, le Centre local doit établir une évaluation chiffrée des moyens propres que ses membres consacrent au fonctionnement du Centre local s'inscrivant dans la logique du Programme quinquennal de promotion de la santé, et une justification de la contribution complémentaire sollicitée, selon le modèle fixé en annexe.

Lorsque les moyens propres consacrés au fonctionnement du Centre local consistent en une mise à disposition de personnel, une convention, dont le modèle est fixé par le Ministre, est établie conformément aux dispositions de l'article 32 de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise à disposition de travailleurs à la disposition d'utilisateurs, précise les modalités de mise à disposition et son évaluation chiffrée; cette convention porte sur la durée de la convention, les liens entre l'employeur et le travailleur et entre le travailleur et le Centre local, les

modalités de rémunération, le régime, les horaires et le lieu de travail, et la responsabilité du Centre local en matière d'obligations sociales et fiscales incombant généralement à l'employeur.

La contribution complémentaire de la Communauté française est fixée par le Gouvernement. Elle ne peut dépasser 47.861,97 euros sur base annuelle. Elle fluctue chaque année conformément à la règle fixée à l'alinéa 1<sup>er</sup>.

Si l'agrément ne couvre pas une année civile, les subventions visées aux alinéas précédents sont calculées au prorata du nombre de mois couverts par l'agrément.

*Intitulé modifié par A.Gt 11-05-2007*

**CHAPITRE V. - Subvention de programmes d'action et/ou de recherche en promotion de la santé, y compris en médecine préventive**

*Modifié par A.Gt 11-05-2007*

**Article 12.** - Dans la limite des crédits disponibles, le Gouvernement peut octroyer des subventions afin de mettre en oeuvre les programmes d'action et/ou de recherches en promotion de la santé, y compris en médecine préventive visés à l'article 16 du décret, aux conditions fixées par le présent chapitre.

*Modifié par A.Gt 17-07-2002 ; Remplacé par A.Gt 11-05-2007*

**Article 13.** - Pour que la demande de subvention soit recevable, le programme d'action ou de recherche doit satisfaire aux conditions suivantes :

1° être organisé par une personne morale, publique ou privée, ou un de ses services;

2° être mis en oeuvre au profit de l'ensemble ou d'une partie de la population de la Communauté française;

3° s'inscrire dans les priorités définies par le programme quinquennal de promotion de la santé ou le plan communautaire opérationnel de promotion de la santé;

4° autoriser la Communauté française à librement utiliser ou rendre public les rapports visés à l'article 18, § 1<sup>er</sup>, 3°, ainsi que, le cas échéant, les données brutes anonymes ayant servi à l'élaboration de ces rapports.

*Remplacé par A.Gt 17-07-2002 ; modifié par A.Gt 11-05-2007*

**Article 14. - § 1<sup>er</sup>.** Toute demande de subvention d'un programme d'action ou de recherche est adressée au Ministre, avec copie au fonctionnaire général. La demande est également transmise, s'il s'agit d'un programme à vocation locale, au directeur du centre local concerné, pour information.

**§ 2.** La demande est introduite selon un canevas de rédaction des demandes de subventions de programmes d'action ou de recherche, approuvé par le Ministre.

Ce canevas comprend :

1° un descriptif du promoteur et de son projet sous la forme d'une synthèse permettant de situer les principaux éléments du dossier;

2° les différentes composantes du projet et leur argumentation : analyse de la problématique et du public, objectifs, analyse et propositions de

stratégie, de méthode et de ressources, description des activités, évaluation, diffusion et budget prévisionnel

***Complété par A.Gt 16-07-1998 ; remplacé par A.Gt 17-07-2002 ;  
remplacé par A.gt 11-05-2007***

**Article 15.** - Dans les 15 jours suivant l'introduction du dossier de demande de subvention, le fonctionnaire général s'assure de la recevabilité administrative du dossier conformément aux articles 13 et 14, § 2 et transmet le dossier jugé recevable au Conseil supérieur ou à la Commission d'avis des projets locaux, en application de l'article 16, alinéa 1<sup>er</sup>, du décret.

Dans un délai de 60 jours à dater de la date de réception du dossier par l'organe d'avis, celui-ci transmet au fonctionnaire général, pour chaque programme, son avis sur la demande de subvention.

L'avis visé à l'alinéa précédent doit être fondé sur des critères prédéterminés repris dans les grilles d'appréciation standardisées des programmes d'action et/ou de recherche, fixées aux annexes 2 et 3 au présent arrêté sur proposition du Conseil supérieur ou de la Commission d'avis des projets locaux, selon le cas.

Le fonctionnaire général transmet dans un délai de 15 jours le dossier complet au Ministre avec son avis sur le fond de la demande portant notamment sur l'opportunité du programme, sa qualité, l'absence de double emploi avec un programme d'action ou de recherche existant et ses aspects budgétaires.

***modifié par A.Gt 16-07-1998 ; A.Gt 17-07-2002***

**Article 16.** - Le Gouvernement décide de l'octroi ou du refus d'octroi des subventions dans les 30 jours qui suivent la date de réception des propositions visées à l'article 15.

Chaque subvention est déterminée en fonction des missions confiées. Elle peut être utilisée pour rémunérer du personnel, sans pouvoir dépasser les barèmes en vigueur pour le personnel des services du Gouvernement de la Communauté, à fonction et ancienneté équivalentes, ou pour couvrir des frais de fonctionnement dans les limites fixées par l'arrêté de subvention. Elle ne peut être utilisée pour couvrir des frais d'équipement.

**Article 17.** - Dans la limite des crédits disponibles, le Gouvernement peut aussi, d'initiative, décider de subventionner des programmes d'action ou de recherche satisfaisant aux conditions fixées à l'article 13, dans le respect de l'article 16, 2e alinéa.

## **CHAPITRE VI. - Liquidation et contrôle de l'utilisation des subventions**

***Modifié par A.Gt 17-07-2002 ; Remplacé par A.Gt 8-11-2007 ; Complété  
par A.Gt 29-04-2010***

**Article 18.** - Les subventions visées aux chapitres IV et V sont liquidées à raison de 85% à titre d'avance. La liquidation du solde s'effectue après production des documents justificatifs demandés par les services du Gouvernement, et dans le délai qu'ils déterminent. Ces documents justificatifs comprennent au minimum chaque année :

1° le compte détaillé des recettes et des dépenses relatives aux activités

pour lesquelles la subvention est octroyée;

- 2° les pièces justificatives relatives à toutes les dépenses visées au 1°;
- 3° un rapport d'activités.

Toutefois, la contribution complémentaire de la Communauté française visée à l'article 11, alinéas 2 à 4, est liquidée dans le respect des dispositions suivantes :

1° chaque année, les services du Gouvernement estiment son montant sur la base de la contribution complémentaire octroyée au Centre local au cours de l'année budgétaire antérieure de deux ans à l'année en cours et liquident l'avance conformément aux dispositions de l'alinéa 1er;

2° après transmission au fonctionnaire général, au plus tard le 1er juin de l'année budgétaire en cours, des documents repris à l'article 11, alinéas 2 et 3, la contribution complémentaire de la Communauté française réellement due est calculée et son solde est liquidé, après réception des documents justificatifs visés à l'alinéa 1er, en fonction de l'avance déjà liquidée.

Par exception à l'alinéa 2, 1°, dans le cas où le centre local n'a pas bénéficié de contribution complémentaire au cours de l'année budgétaire antérieure de deux ans à l'année en cours, l'estimation du montant de la contribution complémentaire visée à l'article 11, alinéas 2 à 4, et la liquidation au Centre local de l'avance sur celle-ci conformément à l'alinéa 1er s'effectue sur la base des documents visés à l'article 11, alinéa 2, introduits par le Centre local. *[Cet alinéa est en vigueur à partir du 01-01-2009]*

**Article 19.** - Sans préjudice des dispositions qui précèdent, et des sanctions prévues aux articles 10, 15 et 16 du décret, les articles 55 à 58 de l'arrêté royal du 17 juillet 1991 portant coordination des lois sur la comptabilité de l'Etat sont applicables aux subventions visées aux chapitres IV et V du présent arrêté.

## CHAPITRE VII. - Dispositions transitoires et finales

**Article 20.** - Lors de sa séance d'installation, le Conseil supérieur procède à l'élection des membres qui seront proposés respectivement en qualité de Président et de Vice-Président. Est élu, pour chaque mandat, le membre qui recueille le plus de voix.

*modifié par A.Gt 21-01-1998*

**Article 21. - § 1er.** L'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 8 novembre 1988 portant création de la Cellule permanente Education pour la Santé et relatif à l'agrément et au subventionnement des services d'éducation pour la santé ainsi qu'au subventionnement de programmes d'action ou de recherche en éducation pour la santé est abrogé à la date du 31 août 1997, à l'exception de ses articles 10, 13 et 16 qui sont abrogés à la date du 31 août 1998.

Jusqu'à cette date et par dérogation aux dispositions du chapitre IV du présent arrêté, les Services communautaires et les Centres locaux agréés en application des articles 19 et 20 du décret sont subventionnés suivant les dispositions susvisées.

**§ 2.** Tant que le Programme quinquennal et le Plan communautaire n'ont pas été approuvés par le Gouvernement, les subventions et agréments sont octroyés pour autant qu'ils s'inscrivent dans les priorités fixées par le



Ministre conformément à l'article 7 de l'arrêté du 8 novembre 1988 susvisé.

**§ 3.** L'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 1er juillet 1982 portant création d'un Conseil communautaire consultatif de prévention pour la Santé est abrogé à la date du 31 août 1997.

**Article 22.** - L'article 4 de l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 18 janvier 1995, relatif à la diffusion de campagnes d'éducation pour la santé par les organismes de radiodiffusion, est remplacé par les dispositions suivantes :

"Article 4. § 1er. Toute demande de campagne est adressée au Ministre ayant la promotion de la santé dans ses attributions, qui la soumet à l'avis de la Commission que le Conseil supérieur de promotion de la santé constitue à cet effet. Cette Commission vérifie l'éthique du projet, sa rigueur scientifique et sa cohérence avec le Programme quinquennal de promotion de la santé. Le même Ministre donne, s'il échet, son accord de principe sur la poursuite du projet.

Une fois réalisé sur support adéquat, le message radiophonique et/ou télévisuel doit, préalablement à sa diffusion, être soumis à l'approbation du même Ministre, sur avis de la Commission portant notamment sur la lisibilité du message.

**§ 2.** Le Ministre ayant la promotion de la santé dans ses attributions communique les campagnes qu'il a approuvées au Ministre ayant l'Audiovisuel dans ses attributions; celui-ci les transmet aux organismes de radiodiffusion pour mise en oeuvre".

**Article 23.** - Le présent arrêté entre en vigueur le 1er septembre 1997.

Bruxelles, le 17 juillet 1997.

Par le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre-Présidente, chargée de l'Education, de l'Audiovisuel, de l'Aide à la Jeunesse, de l'Enfance et de la Promotion de la Santé,

Mme L. ONKELINX

Remplacée par A.Gt 17-07-2002

**Annexe à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du  
17 juillet 2002 modifiant l'arrêté du Gouvernement de la  
Communauté française du 17 juillet 1997 fixant la date d'entrée en  
vigueur du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la  
promotion de la santé en Communauté française, et certaines  
mesures de son exécution**

Subvention d'un Centre local de promotion de la santé

Demande de contribution complémentaire (article 14, § 2, du décret du  
14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en  
Communauté française)

*1° Renseignements administratifs*

Intitulé du Centre local de promotion de la santé demandeur

Adresse du siège social

Téléphone

Personne mandatée par le pouvoir organisateur

Adresse du siège d'activité

Coordonnateur de l'équipe

Téléphone, télécopie, courrier électronique

Adresse(s) de la ou des antenne(s) éventuelle(s)

*2° Présentation globale des recettes et dépenses envisagées par les CLPS  
dans le cadre de leurs installation et fonctionnement.*

	RECETTES	DEPENSES
Moyens propres :		
. Personnel (à détailler : noms, temps de prestation, coût annuel) ;		
. Matériel (à détailler ; amortissement annuel) ;		
. Locaux (à détailler ; coût annuel) ;		
. Autres frais de fonctionnement (à détailler ; coût annuel) ;		
. Apport financier (à détailler – ex : subventions, contributions des membres, ... ; coût annuel) ;		
Sous-totaux :		
- Subvention C.F. pour antenne(s)		
- Contribution complémentaire		
- Personnel (à détailler : noms, temps de prestation, coût annuel) ;		
- Fonctionnement (à détailler : coût annuel, amortissement annuel du matériel, ...)		
- Sous-totaux :		
- Totaux :		

Vu pour être annexé à l'arrêté du 17 juillet 2002 modifiant l'arrêté du 17 juillet 1997 fixant la date d'entrée en vigueur du décret du 14 juillet 1997



portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française et certaines mesures de son exécution.

Bruxelles, le 17 juillet 2002.

Par le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,

Mme N. MARECHAL

*Abrogée par A.Gt 17-07-2002 ; insérée par A.Gt 11-05-2007*

**Annexe 2**

**Annexe 2 à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 11 mai 2007 modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 17 juillet 1997 fixant la date d'entrée en vigueur du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, et certaines mesures de son exécution.**

Grille d'appréciation standardisée des programmes d'action et/ou de recherche à utiliser par le Conseil supérieur et ses commissions déléguées.

1. La pertinence est le bien-fondé du choix des objectifs, du plan d'action et de l'évaluation

Pertinence en promotion de la santé : qualité de ce qui est conforme aux valeurs et stratégies de promotion de la santé et aux fondements scientifiques actuels.

• Commentaires

La Commission estime si le choix de la problématique est fondé, si le programme et son évaluation pourront être efficaces et efficients, et s'ils prennent en compte les débats et questions éthiques.

L'analyse de la pertinence se base sur l'argumentation développée dans le dossier : connaissances, expériences, attentes et besoins du public, stratégies de promotion de la santé,...

• Pertinence : analyse

- Les différentes parties qui composent le projet respectent la déclaration universelle des droits de l'homme.

- L'analyse de la problématique est pertinente. Elle prend en compte la multiplicité des déterminants. Elle repose sur des attentes et/ou des besoins documentés selon différentes sources : enquêtes auprès des populations et/ou des relais, données de la littérature, données épidémiologiques,.... Le choix du public et du territoire concerné est documenté et argumenté.

- Les objectifs sont pertinents. Ils s'appuient, dans la mesure du



possible, sur des attentes et/ou des besoins du public. Ils permettront d'améliorer la situation identifiée. Ils prennent en compte le contexte culturel, social, économique et politique et ils tiennent compte des ressources existantes et des données de santé publique. Ils sont acceptables par le public concerné. Ils sont conformes au but de la promotion de la santé, y compris en médecine préventive : renforcement individuel et collectif du pouvoir de dire et d'agir sur les déterminants de la santé.

- Le plan d'action, qui comporte des stratégies, des méthodes, des ressources, une planification des activités et un budget, est pertinent. Le choix des composantes du plan d'action pour atteindre les objectifs est argumenté. Il combine plusieurs des stratégies suivantes : politique publique saine, action sur les milieux de vie, action communautaire, développement d'aptitudes individuelles et sociales, réorientation des services; OU il développe l'une ou l'autre de ces stratégies en complémentarité avec d'autres programmes. Il favorise la participation du public ainsi que le partenariat sectoriel et intersectoriel (si justifié). Il est adapté et proportionné aux ressources disponibles.

- L'évaluation est pertinente. Les objectifs et les moyens de l'évaluation sont adaptés et proportionnés au programme. Elle accompagne le déroulement du programme dès sa conception. Elle permet de fournir des informations utiles à la décision et utilisables par l'ensemble des personnes concernées par le programme en ce compris les pouvoirs subsidiaires.

- Pertinence : conclusions

Si le projet ne respecte pas la déclaration universelle des droits de l'homme, il est d'emblée considéré comme non pertinent.

Le programme est pertinent. Un programme est pertinent s'il rencontre l'ensemble des critères d'analyse précités.

Le programme est peu pertinent. Un programme est peu pertinent si :

\* La problématique analysée et les objectifs formulés ne reposent pas sur des attentes et/ou des besoins suffisamment documentés OU le plan d'action et l'évaluation manquent d'efficacité et d'adaptation aux ressources.

\* Le programme est peu en accord avec le but et les stratégies de la promotion de la santé.

Le programme n'est pas pertinent. Un programme est non pertinent si :

\* La problématique analysée et les objectifs formulés ne reposent pas sur des attentes et/ou des besoins suffisamment documentés ET le plan d'action ou l'évaluation sont jugés inefficaces.

\* Le programme n'est pas en accord avec le but et les stratégies de la promotion de la santé.

## 2. La cohérence interne est le lien établi entre les différentes composantes du programme

Cohérence : rapport étroit d'idées qui s'accordent entre elles, absence de contradiction.

- Commentaires

Cette dimension vérifie si les différentes composantes du programme



sont présentes et portent bien sur les mêmes objets (le même contenu). En effet, l'absence de certaines informations sur le programme, le manque de relation entre ses différentes composantes rendent la suite de l'analyse difficile, voire impossible.

L'analyse de la cohérence est liée au degré de précision dans la rédaction du programme et au lien établi entre les éléments.

- Cohérence interne : analyse

- L'analyse de la problématique et du public identifie les attentes et/ou les besoins. Le cas échéant, la présentation intègre les résultats des expériences précédentes.

- Les objectifs sont formulés et mis en relation avec l'analyse de la problématique et du public.

- Les activités sont décrites et mises en relation avec la stratégie, les méthodes et les ressources. Il est aussi cohérent avec les objectifs et le(s) public(s) visé(s). Les modalités de participation du public sont clairement décrites.

- Le plan d'évaluation est présent et cohérent avec les objectifs fixés et les moyens proposés (stratégies et ressources).

- Le budget est présent et cohérent avec le plan d'action.

- Cohérence interne : conclusions

Le projet est cohérent. Un programme est cohérent si toutes ses composantes (analyse, objectifs, plan d'action, évaluation, budget) sont présentes et mises en relation

Le projet est peu cohérent. Un programme est peu cohérent si toutes ses composantes (analyse, objectifs, plan d'action, évaluation, budget) sont présentes, mais que certaines ne sont pas ou peu mises en relation.

Le projet n'est pas cohérent. Un programme n'est pas cohérent si une partie de ses composantes (analyse, objectifs, plan d'action, évaluation, budget) n'est pas présente.

### 3. La plus-value est appréciée en fonction des avantages escomptés pour le développement et la continuité des activités et services de promotion de la santé dans la Communauté française

Plus-value : augmentation de la valeur, valeur supplémentaire.

- Commentaires

La dimension « plus-value » regroupe des critères portant sur le développement et la continuité.

Le Conseil Supérieur de Promotion de la Santé souligne dans le programme quinquennal l'importance du développement et de la continuité des actions de qualité pour assurer la permanence des effets. Le terme « plus-value » a donc ici un sens précis que l'on peut associer à des termes comme retombées, prolongements, apports. Il concerne les avantages retirés à la fois par le promoteur lui-même, mais aussi par l'ensemble de la politique de promotion de la santé au terme du programme.

Il ne s'agit donc pas ici des bénéfices immédiats du programme pour le public (ce point fait partie de l'analyse de la pertinence), mais des effets à plus long terme sur les activités et services de promotion de la santé.

La continuité des actions est une caractéristique qui s'ajoute aux précédentes. Le projet envisage la permanence de l'action après le financement de la Communauté française.

- Plus-value : analyse

Le programme envisage la continuité des effets de l'action et contribue au développement de la promotion de la santé dans la Communauté française :

1. Le programme est complémentaire à d'autres programmes ou services.

2. Le programme a un projet de diffusion pour faire connaître son mode d'action et ses résultats (information).

3. Le programme ou l'une de ses composantes est innovant : apport d'une nouvelle méthode, de nouvelles connaissances, de nouvelles compétences, un nouveau service à la population.

4. Le programme prévoit une stratégie pour favoriser son utilisation par d'autres : outils éducatifs, création de réseaux, formations, etc.

5. Le programme propose des conditions favorisant la continuité de l'action : financement alternatif, intégration dans une structure existante, etc...

- Plus-value : conclusions

Le projet a de la plus-value s'il répond à au moins 3 des critères de l'analyse.

Le projet a peu de plus-value s'il répond à deux des critères de l'analyse.

Le projet n'a pas de plus-value s'il ne répond qu'à un des critères ou à aucun.

La dimension « plus-value » est une dimension qui intervient après la dimension pertinence. Elle n'intervient dans la décision que si la pertinence est jugée suffisante.

4. La crédibilité est l'appréciation de la capacité de l'équipe à mener à bien son projet

- Commentaires

La crédibilité est une dimension large qui comporte des critères en termes d'expérience, de formation et de capacité technique en relation avec le programme proposé. L'analyse porte sur les éléments disponibles dans le dossier.

- Crédibilité : analyse

- L'équipe témoigne d'un ancrage dans le milieu d'intervention et d'une connaissance suffisante de la problématique et du public.

- L'équipe fait état d'une expérience utile au programme proposé ou à l'expérience d'un programme de promotion de la santé.

- L'équipe a des capacités suffisantes pour réaliser le programme proposé : formations utiles au programme, capacités logistiques...

- Crédibilité : conclusions

L'équipe est très crédible si l'équipe rencontre les 3 critères de crédibilité.

L'équipe est crédible si l'équipe rencontre 2 des 3 critères de crédibilité.

L'équipe est peu crédible si l'équipe ne rencontre qu'un des critères de crédibilité ou aucun.

Seule, la crédibilité ne peut être un critère d'exclusion. C'est pourquoi, il n'y a pas de niveau « pas crédible ».

5. Le degré de priorité est défini en lien avec le programme quinquennal et le plan communautaire opérationnel

- Commentaires

Pour devenir prioritaire, le projet doit répondre à des critères de couverture de besoins, de public, de stratégies ou de problématiques spécifiques tels que définis dans le programme quinquennal et le plan communautaire opérationnel. Un projet deviendrait plus prioritaire qu'un autre s'il est le seul à couvrir tel besoin ou tel public ou telle stratégie. Une telle analyse exige une comparaison entre les demandes de subvention en relation avec le programme quinquennal et le plan communautaire opérationnel.

- Priorité : analyse

- Le projet développe une approche de promotion de la santé telle que décrite dans le programme quinquennal et le PCO;

- Le projet s'inscrit dans une des problématiques du PCO ou répond à un besoin de la population identifié et argumenté;

- Le projet vise explicitement à réduire les inégalités sociales face à la santé.

- Priorité : conclusions

Le projet est très prioritaire s'il remplit les trois conditions de l'analyse précitées.

Le projet est prioritaire. Un programme est prioritaire s'il remplit les

conditions suivantes :

\* il développe une approche de PS telle que décrite dans le programme quinquennal et le PCO;

\* il s'inscrit dans une des problématiques du PCO ou il répond à un besoin de la population identifié et argumenté.

Le projet n'est pas prioritaire s'il ne remplit qu'une des conditions décrites dans l'analyse.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 11 mai 2007 modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 17 juillet 1997 fixant la date d'entrée en vigueur du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, et certaines mesures de son exécution.

Bruxelles, le 11 mai 2007.

Par le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé;

Mme C. FONCK

**Annexe 3 à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française  
du 11 mai 2007 modifiant l'arrêté du Gouvernement de la  
Communauté française du 17 juillet 1997 fixant la date d'entrée en  
vigueur du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la  
promotion de la santé en Communauté française, et certaines  
mesures de son exécution.**

Grille d'appréciation standardisée des programmes d'action et/ou de recherche à utiliser par la Commission d'avis des projets locaux.

1. La pertinence est le bien-fondé du choix des objectifs, du plan d'action et de l'évaluation

Pertinence : qualité de ce qui est conforme aux valeurs et stratégies de promotion de la santé et aux fondements scientifiques actuels.

• Commentaires

C'est la dimension la plus importante et la plus complexe. Elle porte sur l'adéquation entre le problème à résoudre (problématique), le programme proposé et le contexte. En quoi ce projet va-t-il améliorer à long terme la santé au sens large du public ? La problématique abordée mérite-t-elle d'être traitée ? Les objectifs formulés permettront-ils de progresser dans la résolution du problème traité ? Les moyens d'action prévus (méthodes, outils, ressources, planification, budget) permettront-ils d'atteindre les objectifs ? L'évaluation proposée permettra-t-elle de connaître le déroulement et les résultats du programme, d'en apprécier la qualité et de décider des suites à donner ? L'analyse tient compte des arguments du promoteur, mais aussi de l'état actuel des connaissances en promotion de la santé et du contexte local.



A ce stade, la Commission estime si le choix de la problématique est fondé, si le programme et son évaluation pourront être efficaces et efficaces, et s'ils respectent l'éthique.

- Pertinence : analyse

- Les différentes parties qui composent le projet respectent la déclaration universelle des droits de l'homme.

- L'analyse de la problématique est pertinente. Elle prend en compte la multiplicité des déterminants. Elle repose sur des attentes et/ou des besoins documentés selon différentes sources, par exemple : enquêtes auprès des populations et/ou des relais, données de la littérature et données épidémiologiques. Le choix du public et du territoire concerné est documenté et argumenté.

- Les objectifs sont pertinents. Ils tiennent compte :
  - o d'une demande ou une attente du public;
  - o du contexte culturel, social, économique et politique;
  - o des ressources existantes
  - o des données de santé publique

Ils permettront de mettre en place un processus susceptible à terme de rencontrer la problématique traitée vis-à-vis du public retenu. Ils sont conformes au but de la promotion de la santé, y compris la médecine préventive : renforcement individuel et collectif du pouvoir de dire et d'agir sur les déterminants de la santé.

- Le plan d'action -stratégies, méthodes, ressources, planification - et le budget sont pertinents. Le plan d'action permettra d'évoluer vers les objectifs définis. Il est adapté et proportionné aux ressources disponibles. Il est en accord avec les stratégies de la promotion de la santé (1) et construira un processus qui favorisera la combinaison de plusieurs stratégies, la participation du public et/ou le partenariat.

- L'évaluation est pertinente. Elle permettra d'observer le processus et les effets du programme et de le réajuster éventuellement. Les objectifs et les moyens de l'évaluation sont adaptés et proportionnés au programme.

- Pertinence : conclusions

Si le projet ne respecte pas la déclaration universelle des droits de l'homme, il est d'emblée considéré comme non pertinent.

Le programme est pertinent s'il rencontre l'ensemble des critères d'analyse précités.

Le programme est peu pertinent si plusieurs critères d'analyse précités ne sont pas rencontrés.

Le programme n'est pas pertinent si aucun critère d'analyse précité n'est rencontré.

2. La cohérence du dossier envisage la présence et le lien établi entre les différentes rubriques demandées dans le canevas de rédaction : analyse de la

problématique, objectifs, plan d'action, évaluation et budget.

Cohérence : rapport étroit d'idées qui s'accordent entre elles, absence de contradiction.

- Commentaires

Cette dimension vérifie si les différentes composantes du programme sont présentes et portent bien sur les mêmes objets (le même contenu). Pour les rédacteurs de programme, la confrontation à cette première dimension doit les obliger à une vérification de la présence et du lien étroit établi entre les différentes informations demandées par le canevas. Pour les membres de la Commission d'avis l'étude de la cohérence est un premier filtre dans l'analyse. L'absence de certaines informations sur le programme, le manque de relation entre ces différentes composantes rendent la suite de l'analyse difficile, voire impossible. La première tâche de l'analyste est alors, si possible, de reconstruire le programme à partir des informations disponibles. Le manque de cohérence est parfois lié à un manque de précision dans la rédaction du programme. Il faut donc insister sur l'importance de cette rédaction et sur l'utilisation du canevas de rédaction. Mais il est aussi le signe de problèmes au niveau de la conception du programme.

- Cohérence : analyse

- L'analyse de la problématique et du public identifie les attentes et/ou les besoins. Le cas échéant, la présentation intègre les résultats des expériences précédentes.

- Les objectifs sont formulés et mis en relation avec l'analyse de la problématique et du public.

- Les activités sont décrites et mises en relation avec la stratégie, les méthodes et les ressources. Il est aussi cohérent avec les objectifs et le(s) public(s) visé(s). Les modalités de participation du public sont clairement décrites.

- L'évaluation est présente et cohérente avec les objectifs fixés et les moyens proposés (stratégies et ressources).

- Le budget est présent et cohérent avec les activités programmées.

- Cohérence : conclusions

Le projet est cohérent. Un programme est cohérent si toutes ses composantes (analyse, objectifs, plan d'action, évaluation, budget) sont présentes et mises en relation

Le projet est peu cohérent. Un programme est peu cohérent si toutes ses composantes (analyse, objectifs, plan d'action, évaluation, budget) sont présentes, mais que certaines ne sont pas ou peu mises en relation.

Le projet n'est pas cohérent. Un programme n'est pas cohérent si une partie de ses composantes (analyse, objectifs, plan d'action, évaluation, budget) n'est pas présente.

### 3. La plus-value est appréciée en fonction de la continuité des activités



et du développement de la promotion de la santé au niveau local et/ou communautaire.

Plus-value : augmentation de la valeur, valeur supplémentaire.

- Commentaires

La Communauté française - secteur Promotion santé - insiste sur l'importance du développement et de la continuité des actions de qualité pour assurer la permanence des effets. Le terme « plus-value » a donc ici un sens précis que l'on peut associer à des termes comme retombées, prolongements, apports. Il concerne les avantages retirés à la fois par le promoteur lui-même, mais aussi par l'ensemble de la politique de promotion de la santé au terme du programme. Il ne s'agit donc pas ici de la valeur directe du programme pour le public (ce point fait partie de l'analyse de la pertinence). Au-delà des bénéfices immédiats vis-à-vis du problème, y aura-t-il des effets à plus long terme sur les activités et services de promotion de la santé ?

La continuité des actions est une caractéristique différente qui s'ajoute aux précédentes. Elle envisage la permanence de l'action après le financement de la Communauté française.

- Plus-value : analyse

- Le programme envisage la continuité des effets de l'action et contribue au développement de la promotion de la santé dans la Communauté française :

- Le programme est complémentaire à d'autres programmes ou services.
- Le programme a un projet de diffusion pour faire connaître son mode d'action et ses résultats (information).
- Le programme ou l'une de ses composantes est innovant : apport d'une nouvelle méthode, de nouvelles connaissances, de nouvelles compétences, un nouveau service à la population.
- Le programme prévoit une stratégie pour favoriser son utilisation par d'autres : outils éducatifs, création de réseaux, formations, etc.
- Le programme propose des conditions favorisant la continuité de l'action : financement alternatif, intégration dans une structure existante, etc...

- Plus-value : conclusions

Le projet a beaucoup de plus-value s'il répond à au moins 3 des critères de l'analyse.

Le projet a une plus-value s'il répond à deux des critères de l'analyse.

Le projet a peu de plus-value s'il ne répond qu'à un des critères ou à aucun.

La dimension « plus-value » est une dimension qui intervient après la dimension pertinence. Elle n'a de sens que si la pertinence est jugée suffisante (programme pertinent). Elle compte 3 niveaux et ne propose pas de niveau d'exclusion.

4. La crédibilité est l'appréciation de la capacité de l'équipe à mener à



- Commentaires

La crédibilité est une dimension souvent utilisée, mais de manière implicite. Pour favoriser une sélection plus équitable, il a été décidé de rendre cette dimension plus explicite. C'est une dimension large qui comporte des critères en termes de capacité technique, d'expérience et de formation en relation avec le programme proposé. L'analyse doit porter sur les éléments disponibles dans le dossier. C'est la présence de ces critères plus que leur qualité qui est jugée.

- Crédibilité : analyse

- L'équipe a une capacité technique suffisante (compétences, logistiques) pour réaliser le programme proposé.

- L'équipe témoigne d'un ancrage dans le milieu d'intervention et d'une connaissance suffisante de la problématique et du public.

- L'équipe fait état d'une expérience et/ou d'une formation jugée utile au programme proposé. L'équipe a l'expérience d'un programme de promotion de la santé ou témoigne d'un souhait de s'initier à la problématique de la promotion de la santé en s'entourant d'acteurs plus expérimentés.

- L'équipe a une capacité d'inscrire son action dans l'interdisciplinarité et le respect du public.

- Crédibilité : conclusions

L'équipe est très crédible. Une équipe est très crédible si elle a une capacité technique suffisante, un ancrage et une connaissance du milieu d'intervention ainsi qu'une expérience d'un programme d'éducation pour la santé.

L'équipe est crédible. Une équipe est crédible si elle a une capacité technique suffisante ou un ancrage et une connaissance du milieu d'intervention ou une formation jugée utile au programme ou une expérience d'un programme de promotion de la santé.

La commission n'est pas en mesure de se prononcer sur la crédibilité de l'équipe en l'absence d'éléments relatifs à... (à compléter)

Seule, la crédibilité ne peut être un critère d'exclusion. C'est pourquoi, il n'y a pas de niveau « pas crédible ».

5. Le degré de priorité est défini à partir des attentes, des besoins et des spécificités locales.

- Commentaires

Pour être prioritaire, le projet doit tenir compte des besoins et attentes du public et des stratégies de promotion de la santé adaptées à l'échelle locale.

- Priorité : analyse

- Le projet présente de manière explicite les besoins et attentes du public.

- Le projet tend vers une réduction des inégalités sociales face à la santé, dans des éléments très concrets.

• **Priorité : conclusions**

Le projet est prioritaire. Un programme est prioritaire s'il répond aux conditions décrites dans l'analyse.

Le projet n'est pas prioritaire s'il ne répond pas aux conditions décrites dans l'analyse.

La dimension « priorité » est une dimension supplémentaire qui n'a de sens que si les autres dimensions sont jugées suffisantes (jugement global positif). Cette dimension ne compte que deux niveaux d'appréciation.

Vu pour être annexé à l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 11 mai 2007 modifiant l'arrêté du Gouvernement de la Communauté française du 17 juillet 1997 fixant la date d'entrée en vigueur du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, et certaines mesures de son exécution.

Bruxelles, le 11 mai 2007.

Par le Gouvernement de la Communauté française :

La Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé,

Mme C. FONCK

\_\_\_\_\_

Notes

(1) Ces stratégies issues de la Charte d'Ottawa et précisées dans le programme quinquennal sont les suivantes : la participation communautaire, l'action sur le milieu de vie, le développement des aptitudes personnelles et sociales, la réorientation des services, la concertation et l'action intersectorielles, l'information et la formation continue.