

OPVOLGING VAN HET VERSLAG 'ARMOEDE UITBANNEN'

9. Socio-economische gezondheidsongelijkheden bestrijden

De voorstellen uit het Verslag 2005 werden door de beleidsverantwoordelijken omstandig behandeld in schriftelijke nota's. Op basis daarvan zijn de bevoegde federale kabinetten, hun administraties en de deelnemers aan het overleg georganiseerd door het Steunpunt, 3 keer bijeengekomen. Deze tekst is hiervan een beknopte weergave. Tevens worden een aantal bedenkingen geformuleerd, gerezen uit het overleg op het Steunpunt.

Het bestaan van **grote ongelijkheden in ziekte, gezondheid en toegang tot de gezondheidszorg** wordt algemeen erkend en is ook wetenschappelijk vastgesteld¹ - hoewel bepaalde waarnemingen verder verfijnd moeten worden. Wat echter achterwege blijft is een politiek antwoord op deze vaststellingen in de zin dat België nog niet beschikt over een globaal nationaal plan om gezondheidsongelijkheden te bestrijden. Wel wordt dit onderwerp opgenomen in globale gezondheidsplannen (zoals het Nationaal Voedings- en Gezondheidsplan 2005-2010) en worden allerlei maatregelen genomen om de toegang tot de gezondheidszorg te verbeteren. Even belangrijk om de socio-economische gezondheidsongelijkheid te bestrijden - zelfs nog belangrijker - zijn maatregelen gericht op een verbetering van de levensomstandigheden van zij die onderaan de maatschappelijke ladder leven. In die zin vragen het Algemeen Verslag over de Armoede (AVA) en de daaropvolgende verslagen van het Steunpunt dan ook om ongelijkheid in gezondheid te bestrijden via een algehele aanpak van armoedebestrijding.

De Belgische overheid stelt zich tot doel de **financiële toegang tot de gezondheidszorg te waarborgen** via een ruime verplichte openbare verzekering. Dit engagement staat ingeschreven in het Belgisch strategisch rapport voor de sociale bescherming en insluiting 2006-2008. Vanaf 1 juli 2006 werd het dekkingspercentage voor de kleine risico's uitgebreid naar de zelfstandigen. Niet-begeleide minderjarige vreemdelingen hebben vanaf 1 januari 2008 recht op een ziekteverzekering. Tevens kunnen ook kinderen ten laste van zelfstandigen die niet meer in staat zijn hun sociale bijdragen te betalen, voortaan over een eigen recht op verzekeraarheid genieten. Verschillende maatregelen werden genomen om de dekking te verruimen, zoals verbeterde dekking tandheelkunde; betere terugbetaling van brilglazen voor kinderen en jongeren; verlaging van het remgeld voor veel voorkomende kinesitherapeutische behandelingen; terugbetaling van bepaalde zeer dure weesgeneesmiddelen voor alle zelfstandigen; toekenning van gratis dekking gezondheidszorgen voor alle zelfstandigen onder de collectieve schuldregeling; verbeterde terugbetaling in logopedie; verbetering van de dekkingsgraad van bescherming van chronisch zieken... Deelnemers aan het overleg op het Steunpunt juichen de maatregelen toe in de mate dat ze de toegang tot de gezondheidszorg verbeteren, maar hebben toch reserves vermits een aantal zorgen nog slecht terugbetaald worden. Zo moet voor de terugbetaling van de kosten van een bril de afwijking al heel ernstig zijn; meestal wordt de norm niet bereikt en toch gaat het om een zware uitgave. Voor kinderen bijvoorbeeld kunnen gezichtsproblemen een impact hebben op hun schoolresultaten.

Om het persoonlijke aandeel van patiënten te verminderen, voerde de overheid campagne om artsen en tandartsen te stimuleren goedkopere geneesmiddelen voor te schrijven.² Maatregelen werden getroffen om de ziekenhuissupplementen te bestrijden en de rechthebbenden beter te beschermen tegen de supplementen die verbonden zijn aan medische hulpmiddelen, waaronder de implantaten.³ Het gebruik van het globaal medisch dossier (GMD), wat de patiënt een vermindering van 30% op het bedrag van

¹ Voor cijfers over socio-economische gezondheidsongelijkheden, zie: http://www.armoedebestrijding.be/cijfers_gezondheid.htm (30-08-2007).

In het kader van het Tackling Health Inequalities in Belgium (TAHIB)-onderzoeksproject (2006-2009) in opdracht van het Federale Wetenschapsbeleid wordt momenteel verder onderzoek uitgevoerd omtrent de sociale ongelijkheden in gezondheid, mortaliteit en levensverwachting.

² Elke arts en tandarts wordt verzocht een minimum percentage goedkope geneesmiddelen voor te schrijven vanaf 1 april 2006. De 'Dienst voor Geneeskundige evaluatie en controle' kijkt toe op de naleving van deze bepaling.

³ Wet van 13 december 2006 houdende diverse bepalingen betreffende gezondheid, *Belgisch Staatsblad*, 22 december 2006 (editie 2).

het remgeld⁴ oplevert, werd aangemoedigd: de honoraria voor het beheer van het GMD werden opgetrokken en er werden maatregelen genomen voor de vereenvoudiging van de verlengprocedure van het GMD. Voor de deelnemers aan het overleg op het Steunpunt moeten echter nog meer inspanningen geleverd worden om nog een grotere dekking van de bevolking te bereiken voor het GMD. Zij stellen ook voor dat bij aanmaak van het GMD, automatisch de derdebetalersregeling wordt toegepast.

Om de gezondheidsuitgaven te matigen worden alle actoren aansprakelijk gesteld: een beleidslijn die verder uitgezet wordt. Voor de patiënt gebeurt dit responsabiliseren via het systeem van het remgeld en de terugbetaling a posteriori (het voorschieten van de kosten). Volgens deelnemers aan het overleg zet het remgeld de armen ertoe aan om zich minder te verzorgen, wordt de overconsumptie overdreven en de 'verantwoordelijkheid van de patiënt' overschat. Het probleem van de voorschotten werd reeds lang aangeklaagd: een probleem dat des te groter is naarmate het budget kleiner is. De eis om de derdebetalersregeling⁵ te veralgemenen, reeds bepleit sinds het AVA, stuit op weerstand omwille van het behoud van het principe van het remgeld. Inzake de vraag voor een ruimere toepassing van het forfaitaire betalingssysteem⁶ in de eerstelijnszorg, overweegt de federale overheid om extra financiële stimulansen te verlenen aan de oprichting van wijkgezondheidscentra op initiatief van het OCMW, indien de kosten van het forfaitsysteem dit zouden toelaten.⁷ Deelnemers aan het overleg binnen het Steunpunt staan echter niet gunstig tegenover dergelijke door het OCMW gestuurde initiatieven. De Nationale Arbeidsraad, in haar advies op het Verslag 2005, spoort de partnerverenigingen aan om te blijven nadenken over de mogelijkheid van een ruimere toepassing van het forfaitaire betalingssysteem in de eerstelijnszorg.

Voor het beleid is de maximumfactuur (MAF)⁸ het basisinstrument om de financiële toegankelijkheid van de geneeskundige verzorging te stimuleren. Dit mechanisme werd nog verfijnd door de uitbreiding van de persoonlijke tegemoetkomingen waarmee in de MAF-teller rekening gehouden wordt: magistrale bereidingen, implantaten, meer kosten voor chronisch zieken⁹ zoals pijnstillers. . . De MAF is inderdaad een belangrijke maatregel in de bescherming tegen financiële catastrofes, maar de reeds aangehaalde tekortkomingen in het Verslag 2005 blijven bestaan voor mensen die in armoede leven.

Aan economisch zwakke personen werd vanaf 1 april 2007 het Omnio-statuut toegekend waardoor zij kunnen genieten van de verhoogde tegemoetkoming.¹⁰ Verenigingen waar armen het woord nemen vinden het positief dat de opdeling in categorieën werd afgeschaft: bij de verhoogde tegemoetkoming was immers naast de inkomensvereiste ook een bepaalde hoedanigheid vereist (weduwen, wezen. . .). Het Omnio-statuut wordt weliswaar niet automatisch toegekend maar moet bij het ziekenfonds aangevraagd worden. Dit doet de vraag rijzen hoe personen, die uit deze maatregel voordeel zullen halen, geïnformeerd zullen worden. Het lijkt erop dat tot op heden nog maar weinig potentiële rechthebbenden zich hebben aangemeld. Ziekfondsen van hun kant klagen de administratieve complexiteit van deze maatregel aan alsook de hun toegewezen rol van controle van de inkomsten, waardoor tijd verloren gaat voor de begeleiding en verdediging van hun leden. Sommige actoren erkennen het voordeel van dit nieuwe statuut voor personen met een laag inkomen, maar tegelijkertijd vrezen zij dat dergelijke maatregelen wel

⁴ Het remgeld is het persoonlijk aandeel dat de patiënt moet betalen voor de geneeskundige verstrekking, verkregen na aftrek van de tegemoetkoming van de verzekering voor geneeskundige verzorging.

⁵ Bij dit betalingssysteem ontvangt de zorgverstrekker of de instelling de betaling voor de verstrekte zorgen onmiddellijk van de verzekeringsinstelling waarbij de patiënt aangesloten is; de patiënt betaalt enkel het remgeld.

⁶ Het betreft een betalingswijze om gezondheidszorgen met een abonnement te betalen. De klassieke manier is de betaling per prestatie.

⁷ Lopende vergelijkende studie tussen medische huizen die het forfaitair systeem toepassen en geneeskunde per prestatie, uitgevoerd door het Federaal Kenniscentrum voor de Gezondheidszorg (KCE): http://www.kce.fgov.be/index_nl.aspx?ID=0&SGREF=5274&CREF=6034 (02-07-2007).

⁸ Zodra het remgeld voor bepaalde patiëntenzorgen een welbepaald plafond overschrijdt (vooral variabel in functie van het inkomensniveau) krijgt de belanghebbende zijn volledige persoonlijke bijdrage terugbetaald. De MAF wordt per jaar berekend.

⁹ Voor de maatregelen inzake chronisch zieken die in werking zijn getreden op 1 juli 2007, zie: http://www.inami.fgov.be/secure/nl/medical_cost/specific/chronic/index.htm (02-07-2007).

Het betreft o.a. tegemoetkomingen in actieve verbandmiddelen, in pijnstillers, in reiskosten kankerpatiënten.

¹⁰ Koninklijk besluit van 1 april 2007 tot vaststelling van de voorwaarden voor de toekenning van de verhoogde verzekeringstegemoetkoming, bedoeld in artikel 37, §§1 en 19, van de wet betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, gecoördineerd op 14 juli 1994, en tot invoering van het OMNIO-statuut, *Belgisch Staatsblad*, 3 april 2007 (editie 2).

eens de legitimiteit van het sociale zekerheidsstelsel kunnen ondermijnen wanneer ze veelvuldig zouden worden toegepast vermits ze weinig voordelen bieden aan de hogere inkomensgroepen, die dan meer en meer beroep gaan doen op privé-verzekeringen.

Niet alleen financiële hinderpalen, ook **niet-financiële knelpunten** beletten mensen die in armoede leven om beroep te doen op de gezondheidszorg.

Het zorgaanbod is vaak niet aangepast. Het gaat vooral om een ontoereikend aanbod van toegankelijke en kwaliteitsvolle basiszorgen op de eerste lijn, in de eerste plaats in arme buurten. In haar strategisch plan voor de sociale bescherming en insluiting 2006-2008 stelt de Belgische overheid eerstelijnsverzorging prioritair en wil zorgverleners aansporen de toegankelijkheid van de primaire geneeskundige verzorging te optimaliseren. 'Het plan 2006-2007 voor de ontwikkeling van de huisartsgeneeskunde'¹¹ lanceerde hiertoe een aantal initiatieven zoals het Impulsprogramma¹² voor huisartsen en de oprichting van wachtposten van huisartsgeneeskunde. Onder voorbehoud van de resultaten van een meer grondige evaluatie, vinden organisaties die strijden tegen armoede, deze maatregelen positief.

Inzake het bestrijden van de niet-financiële belemmeringen blijven informatie, inspraak, administratieve eenvoud en vorming van zorgverstrekkers omtrent armoede belangrijke aandachtspunten voor de deelnemers aan het overleg.

Actoren op het terrein stellen een aanzienlijke toename vast van de verzoeken om sociale bijstand en brengen in herinnering dat de **rol die het OCMW op het vlak van gezondheid speelt**, in principe een aanvullende rol is ten aanzien van het algemene stelsel van de ziekteverzekering. Zij klagen de grote praktijkverschillen tussen de OCMW's aan. Het Verslag 2005 pleitte voor meer harmonisering van OCMW-praktijken. De minister van Maatschappelijke Integratie stelde twee instrumenten voor om tot meer harmonisering te komen: de oprichting van een Vaste Federale Waarnemingspost voor de praktische werking van de OCMW's¹³ - hierna 'de Waarnemingspost' genoemd - en het aanmoedigen van het gebruik van de medische kaart.

Deelnemers aan het overleg vroegen zich af of een dergelijke Waarnemingspost wel efficiënt kan zorgen voor de noodzakelijke harmonisering. Belangrijk voor hen is dat de studie van de rechtspraak van de sociale bijstand, uitgevoerd door universitaire teams en onderbroken sinds 2002, voortgezet wordt vermits de rechtspraak per definitie tot een harmonisering van de praktijken kan bijdragen. Vele deelnemers wensen ook de oprichting van een OCMW-ombudsdienst.¹⁴

De medische kaart¹⁵ wordt als een meerwaarde beschouwd zowel voor de zorgvrager, de zorgverlener als voor het OCMW. Tijdens het overleg op het Steunpunt werd gewezen op het belang van een goede lokale dialoog tussen de verschillende zorgverleners en het OCMW, teneinde het gebruik van de medische kaart te optimaliseren. De overheid kan impulsen geven om deze dialoog te stimuleren. Een medische conventie¹⁶ gaat verder in op de afspraken tussen beide actoren en biedt meer duidelijkheid. Medimmigrant vzw heeft samen met de Vereniging van Vlaamse Steden en Gemeenten (VVSG) modellen/werkinstrumenten uitgewerkt voor het gebruik van een goede en zo uniform mogelijke medische kaart.¹⁷ Deelnemers benadrukken dat de medische kaart geruime tijd geldig moet zijn, minimum drie maanden.

¹¹ http://www.rudydemotte.be/communiques_asp/plan0607nl.doc (19-07-2007).

¹² Koninklijk besluit van 15 september 2006 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan, *Belgisch Staatsblad*, 28 september 2006.

¹³ Wetsvoorstel tot oprichting van een Vaste Federale Waarnemingspost voor de praktische werking van de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, *Belgische Kamer van Volksvertegenwoordigers - Parlementair document* 51K1658.

¹⁴ Voor een omstandige bespreking van dit voorstel, verwijzen wij naar het verslag van het overleg binnen het Steunpunt op vraag van de minister van Maatschappelijke Integratie over het voorstel tot oprichting van een OCMW-ombudsdienst: http://www.armoedebestrijding.be/publications/Nota_Ombudsdienst.pdf (19-07-2007).

¹⁵ Dit is een document dat door het OCMW afgeleverd wordt aan een OCMW-cliënt en waarbij het OCMW zich ten aanzien van de zorgverlener toe verbindt om de kosten van bepaalde medische prestaties gedurende een bepaalde termijn ten laste te nemen.

¹⁶ Een medische conventie is een overeenkomst gesloten tussen een OCMW en een (groep van) zorgverlener(s) waarin afspraken worden gemaakt in verband met het verstrekken van medische zorgen aan (groepen van) OCMW-cliënten en/of de toepassing van de regeling dringende medische hulp.

¹⁷ De handleiding 'dringende medische hulp' voor mensen zonder wettig verblijf - basispakket en achtergrondossier - kan nagelezen worden op de website van Medimmigrant: <http://www.medimmigrant.be>.

Het systeem van de **dringende medische zorg** werd aangepast: sinds 1 juli 2006 worden het verblijf en de behandeling in een psychiatrisch ziekenhuis en psychiatrisch verzorgingstehuis mogelijk gemaakt voor asielzoekers en mensen zonder wettig verblijf.¹⁸ Volgens deelnemers aan het overleg is het systeem van de dringende medische hulp in zijn geheel echter niet langer aangepast aan de hedendaagse realiteit en is het aan verandering toe.

Sinds 15 februari 2007 is bij het Federaal agentschap voor de opvang van asielzoekers (Fedasil) een Cel Medische Kosten in werking getreden. Bedoeling is een efficiëntere toegang van zogenaamde 'no-show' asielzoekers - asielzoekers die naar een opvangstructuur worden doorverwezen maar beslissen om er niet te verblijven - te waarborgen en een efficiëntere (terug)betaling van facturen aan de zorgverstrekkers te verzekeren. Goede informatieverstrekking over deze dienst naar alle zorgverleners en opvangstructuren blijft in gebreke, aldus een aantal deelnemers aan het overleg op het Steunpunt.

Om **geestelijke gezondheidszorg** zo dicht mogelijk bij de woonplaats van de patiënt te organiseren, werden binnen de Federale Overheidsdienst (FOD) Volksgezondheid een aantal projecten gelanceerd zoals de projecten voor thuisverzorging, het outreachment-project* voor kinderen en het outreachment-project voor daklozen. Na positieve evaluatie – waarbij de gebruikers betrokken worden, zo vragen deelnemers aan het overleg op het Steunpunt - zouden de projecten structureel verankerd worden. In de Vlaamse Gemeenschap werd een actie opgezet opdat sociaal en financieel zwakkere personen met ernstige psychische of psychiatrische problemen tegen een verminderde bijdrage of zelfs gratis terecht kunnen bij de Centra voor Geestelijke Gezondheidszorg.

Vele actoren die actief zijn op het terrein, erkennen het belang om te investeren in kwaliteitsvolle toegankelijke gezondheidszorgen voor ieder, maar tegelijkertijd vestigen zij de aandacht op het gevaar om armoede te 'psychiatriseren'.

Teneinde **niemand uit te sluiten van medische zorgen**, werden in Wallonië met de steun van de Waalse regering, de Relais Santé opgericht binnen de Relais Sociaux.¹⁹ Naast onthaal, informatieverstrekking, preventie en het verstrekken van de eerste zorgen in het kader van een dispensarium, hebben de Relais Santé als opdracht patiënten door te verwijzen naar bestaande structuren die beantwoorden aan hun behoeften. Voor partners van het Steunpunt gaat het hier om een interessant initiatief vermits het pro-actief werkt: beroepskrachten treden naar buiten en gaan naar personen toe, die er anders nooit aan zouden denken om zich te laten verzorgen.

Preventie is voor alle Gemeenschappen prioritair, aldus het Belgisch strategisch plan 2006-2008. In haar beleids- en actieplannen formuleert de Vlaamse overheid aanbevelingen om mensen in armoede beter te bereiken bij de realisatie van haar gezondheidsdoelstellingen, onder meer rond vaccinatie, borstkankerscreening, depressie en zelfdoding.²⁰ Het is voldoende bekend dat preventie mensen in armoede zeer moeilijk bereikt. Vooral de angst voor de (latere) kosten speelt een rol, zoals bij een gratis tandartsbezoek.

Zowel Kind en Gezin in de Vlaamse Gemeenschap als het Office de la Naissance et de l'Enfance (O.N.E.) in de Franse Gemeenschap gebruiken een nieuwe aanpak in de prenatale dienstverlening aan kwetsbare zwangeren (verbetering van het doelgroepenbereik, uitbreiding van de psychosociale begeleiding) en breidden hun preventief medisch zorgaanbod voor jonge kinderen (van 0-6 jaar) uit met een speciaal aanbod ter begeleiding van kansarme kinderen.

Er werden maatregelen getroffen voor meer gezondheidsbevordering bij kinderen en jongeren, met aandacht voor de implementatie van gezondheidsbevordering van kansarmen. Zo is er het Vlaams strategisch plan over gezondheidsbevordering in het basis-

¹⁸ Wet van 2 juni 2006 tot wijziging van artikel 1, 3°, tweede lid, van de wet van 2 april 1965 betreffende het ten laste nemen van de steun verleend door de openbare centra voor maatschappelijk welzijn, *Belgisch Staatsblad*, 30 juni 2006 (editie 2).

* Outreachment wil zeggen dat personen in hun leefomgeving worden ontmoet.

¹⁹ Région Wallonne. (2005). *Plan Stratégique n°3-Inclusion Sociale, 19 Octobre 2005*. <http://gov.wallonie.be/code/fr/pst3.pdf> (19-07-2007).

²⁰ Zie de website van het Vlaams Agentschap Zorg&Gezondheid: <http://www.zorg-en-gezondheid.be/preventie.aspx> (30-08-2007).

en secundair onderwijs²¹, met een verplicht gezondheidsbeleid voor elke school vanaf 1 september 2007²², en in de Franse Gemeenschap het plan voor gezonde voeding en meer beweging bij kinderen en jongeren van 0 tot 18 jaar.²³ Deze maatregelen gaan in de richting van de vraag uit het Verslag 2005 om ondersteunende omgevingen te scheppen die mensen in staat stellen greep te krijgen op hun leven, zoals de school een bevoorrechte plaats laten worden voor gezondheidspreventie. Zeker bij socio-economische kwetsbare personen zorgt de in de preventie hoog aangeschreven individuele verantwoordelijkheid voor schuldgevoelens en angst, wat stigmatisering en uitsluiting kan versterken.

Aanbevelingen

In het Verslag 2005 werden een aantal aanbevelingen – in de vorm van resoluties – over dit thema geformuleerd. Volgende aanbevelingen willen we graag terug onder de aandacht brengen:

Een **globaal en coherent gezondheidsbeleid** gericht op het behoud en de bevordering van de gezondheid van alle burgers, met volgende maatregelen:

- **Handhaven van een betaalbare gezondheidszorg:** gezondheidszorg wordt steeds moeilijker te betalen voor de laagste inkomensgroepen. Heel wat mensen moeten om financiële redenen hun medische zorgen uitstellen of ervan afzien. Zeker in het licht van een toenemende privatisering wordt gepleit voor een gewaarborgde toegang tot de gezondheidszorg via een maximaal dekkende verplichte ziekteverzekering. Kosten voor rekening van de patiënt moeten verlaagd worden door een vermindering van de remgelden, een bestrijding van de supplementen en een verfijning van de beschermingsmaatregelen zoals de maximumfactuur. De derdebetalersregeling dient veralgemeend te worden naar alle zorgverstrekkers toe en het forfaitair betalingssysteem moet in de eerstelijnszorg ruimer toegepast worden.
- **Niet-financiële drempels bestrijden** door een goede informatieverstrekking en –doorstroming uit te bouwen, de communicatie tussen patiënt en zorgverstrekker te verbeteren, administratieve hinderpalen uit de weg te ruimen . . .
- **Meer harmonisering van OCMW-praktijken**, gezien de grote praktijkverschillen tussen OCMW's, ook op het vlak van toegang tot gezondheidszorg. De studie van de rechtspraak van de sociale bijstand en een meer en beter gebruik van de medische kaart worden als instrumenten voor een noodzakelijke harmonisering vooruitgeschoven.
- **Uitsluiting van medische zorgen tegengaan:** het recht op bescherming van de gezondheid is een grondrecht en impliceert dat ieder mens toegang moet hebben tot die zorgen. Het systeem van de dringende medische hulp is in zijn geheel niet langer aangepast aan de hedendaagse realiteit en moet veranderd worden.
- Een **voldoende aanbod van toegankelijke eerstelijnszorg verzekeren**, ook in arme buurten.
- **Preventie toegankelijk maken voor iedereen:** te vaak wordt geconstateerd dat preventie de mensen in armoede zeer moeilijk bereikt.
- **Aandacht hebben voor geestelijk welzijn:** dit wil zeggen een kwaliteitsvolle toegankelijke geestelijke gezondheidszorg uitbouwen voor ieder, maar tegelijk op de hoede zijn voor het risico op een psychiatrisering van de armoede en van hen die ze ondergaan.

²¹ Vlaamse Onderwijsraad (VLOR) en Commissie gezondheidsbevordering. (2006). *'Op uw gezondheid!'. Strategisch plan over gezondheidsbevordering in het basis- en secundair onderwijs.* http://www.zorg-en-gezondheid.be/uploadedFiles/NLsite/Preventie/Kinderen_en_jongeren/Standaarden_jeugdgezondheidszorg/OpUwGezondheid.pdf (30-08-2007).

²² <http://www.gezondopschool.be>.

²³ Gouvernement de la Communauté française. (2006). *Promotion des attitudes saines sur les plans alimentaire et physique pour les enfants et adolescents.* http://www.enseignement.be/prof/actualites/attitudes_saines/plan.pdf (19-07-2007).