

Commission de la Santé, des Matières sociales et de
l'Aide à la jeunesse du

PARLEMENT

DE LA

COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2006-2007

28 SEPTEMBRE 2006

COMPTE RENDU INTÉGRAL

SÉANCE DU JEUDI 28 SEPTEMBRE 2006

TABLE DES MATIÈRES

1	Questions orales (Article 64 du règlement)	3
1.1	Question de Mme Eliane Tillieux à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « dépistage de la surdité chez l'enfant » . . .	3
1.2	Question de M. Daniel Senesael à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « syndrome d'alcoolisation fœtale »	5
1.3	Question de M. Jean-Luc Crucke à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « prévention du sida »	8

Présidence de M. Paul Galand, président.

– *La séance commence à 10 h 35.*

M. le président. – Mesdames, messieurs, la séance est ouverte.

1 Questions orales (Article 64 du règlement)

1.1 Question de Mme Eliane Tillieux à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « dépistage de la surdité chez l'enfant ».

Mme Eliane Tillieux (PS). – Je me réjouis que l'on aborde cette question de la surdité qui touche bon nombre de personnes de notre société. Nous avons encore pu l'observer ce week-end à l'occasion de la marche organisée à Namur afin de sensibiliser nos concitoyens à tous les problèmes ayant trait à la surdité, aux personnes qui en souffrent et à leur entourage. Aujourd'hui, madame la ministre, je m'en tiendrai au dépistage de la surdité chez l'enfant.

Au mois d'avril, la commission des Finances, du Budget, des Affaires générales et du Sport a mené un large débat sur la langue des signes. Elle a d'ailleurs examiné longuement le rapport d'activités de la commission consultative de la langue des signes pour 2004 et 2005.

Les discussions ont notamment porté sur le dépistage de la surdité et des troubles auditifs durant les premiers jours de vie d'un enfant. Un dépistage précoce s'avère en effet essentiel dans la mesure où l'apprentissage du langage est moins affecté et que, par conséquent, la communication de et avec l'enfant est simplifiée. La prise en charge de l'enfant peut dès lors être facilement adaptée.

En avril dernier, lors de nos discussions en commission parlementaire, vous indiquiez que le programme de dépistage précoce pourrait être concrétisé au plus tard en septembre. Ce délai a-t-il pu être respecté ? Le cas échéant, pouvez-vous nous faire part des détails de ce programme, tant en termes de mise en œuvre que de moyens, d'objectifs ou encore d'échéances ?

Les cas de surdité sévère ou profonde ne sont pas exceptionnels chez les nouveau-nés. Une à deux naissances sur mille sont en effet concernées.

Cela dit, je souhaiterais attirer votre attention sur le fait que certains nourrissons ont une audition normale à la naissance, mais la perdent au cours des premiers mois de leur vie. Pour ces derniers, un dépistage auditif néonatal ne suffit donc

pas. Quelles sont les mesures prévues dans ces cas-là ? Existe-t-il des statistiques sur le nombre d'enfants dont l'audition est relativement bonne à la naissance mais se détériore profondément dans les premiers mois de vie ?

Ces questions sont, à mon sens, essentielles, car l'objectif est bien de prendre en charge ces enfants le plus rapidement possible afin que la surdité n'affecte pas l'apprentissage du langage dont nul n'ignore l'importance.

En avril dernier, vous nous disiez que le dépistage de la surdité « ne sera pas organisé comme cela avait été prévu initialement par l'ONE qui emploie essentiellement des assistantes sociales ». Vous poursuiviez : « La volonté est donc de faire ce dépistage dans les premiers jours de vie avant que la maman ne quitte la maternité ou, si ce n'est pas possible, d'inciter les parents à se rendre auprès de la consultation ORL de la maternité à quatre semaines de vie de l'enfant. »

Par conséquent, qui sera chargé d'organiser le dépistage ? Pourquoi celui-ci ne pourrait-il pas être automatiquement effectué avant que la maman ne quitte la maternité ? Enfin, existe-t-il du personnel infirmier spécialement formé dans la détection de la surdité chez l'enfant ?

Si des tests confirment la surdité chez un nouveau-né, les parents bénéficient-ils d'un accompagnement, d'une information ou de conseils particuliers sur la manière de communiquer avec leur enfant ?

Sur le plan budgétaire, enfin, vous avez rappelé en avril que l'exercice 2006 prévoyait un montant de 125 000 euros pour le programme de dépistage, avec un budget complémentaire de 60 000 euros pour la coordination.

Pouvez-vous nous dire, madame la ministre, dans quelle proportion et de quelle manière a été utilisée cette enveloppe jusqu'à présent ? Autrement dit, quelles sont les actions mises en œuvre jusqu'à aujourd'hui pour le dépistage de la surdité chez l'enfant ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Beaucoup de travail a déjà été réalisé. Mettre un programme en place sur l'ensemble de la Communauté française prend du temps et nécessite énormément de contacts puisque plusieurs partenaires vont être impliqués. Ce programme sera lancé au mois de novembre

Une mission de coordination a été confiée à l'École de santé publique de l'ULB. Il faut tenir compte du fait qu'un programme de dépistage ne

peut se construire sans récolter les données nécessaires à son évaluation. C'est pourquoi les trois centres de dépistage néonatal agréés par la Communauté ont été chargés de centraliser tous les résultats des tests, à charge pour l'ULB de traiter ces données. Certains enfants pourraient évidemment échapper au dépistage. On doit prendre en compte les sorties précoces, les sorties lors d'un week-end, mais aussi les périodes de maladie des personnes qui doivent effectuer les tests, etc. Il est donc prévu qu'un rendez-vous soit donné avant la sortie de la maternité. Les personnes qui seront chargées d'effectuer le test seront désignées par les maternités. Il peut s'agir d'infirmières, de puéricultrices, de logopèdes ou d'audiologistes formés à la pratique du test de dépistage.

On pourra également prévoir un deuxième examen pour les enfants qui auraient échappé au test à la naissance, via un rappel et les visites à domiciles de l'ONE.

Il existe maintenant un protocole d'organisation du dépistage néonatal systématique de la surdité qui prend en compte de très nombreux paramètres et qui rencontre vraiment tous les problèmes concrets auxquels les maternités pourraient être confrontées

Qui va prendre en charge les surdités dépistées ? Même si cette prise en charge ne relève pas directement de la compétence de la Communauté française, je suis d'accord qu'il faut donner une suite logique et cohérente à cette action de dépistage et ne pas laisser des parents désorientés. On compte en Communauté française neuf centres de revalidation qualifiés pour prendre en charge la surdité de l'enfant. Ils sont composés d'équipes multidisciplinaires compétentes qui sont chargées d'entourer l'enfant, de le prendre en charge et de répondre aux questions que pourraient se poser les parents. Les parents seront dirigés vers ces centres.

Certaines surdités, il est vrai, peuvent survenir après la naissance, même parfois à l'âge adulte, mais généralement, ce sont des causes exogènes qui en sont responsables.

Nous ne disposons pas de statistiques concernant les surdités qui peuvent survenir juste après la naissance. Les médecins spécialistes ORL et pédiatres qui ont participé au groupe de travail sur le dépistage de la surdité insistent d'ailleurs sur la nécessité d'un suivi régulier de l'enfant après la naissance et d'un test éventuel chez l'ORL vers l'âge de deux ans.

Lorsque l'on met ce type de programme en place, on n'obtient évidemment jamais 100 % de couverture du premier coup. C'est quelque chose

qui se construit et qui prend du temps.

Pour être complète, je terminerai en évoquant l'aspect budgétaire de la question. Soixante mille euros ont été octroyés à l'École de santé publique de l'ULB pour réaliser sa mission de coordination.

Il est par ailleurs prévu d'accorder cinq euros par enfant testé aux maternités avec lesquelles la Communauté française a signé une convention, et un euro par enfant testé aux trois centres existants.

Il est difficile d'établir un bilan financier de ces deux derniers coûts avant la fin de l'année – on ne disposerait pas d'un *feed back* suffisant. Cette évaluation aura lieu après un an ou deux ans d'existence effective du programme.

Mme Eliane Tillieux (PS). – Madame la ministre, je suis heureuse de vous entendre sur les suites du programme de dépistage de la surdité chez l'enfant. Votre implication dans ce projet et votre volonté de faire avancer les choses sont manifestes. Je vous en remercie vivement.

Le sujet est d'importance, il est vrai. Ce week-end encore, à Namur, 1 200 personnes manifestaient pour attirer l'attention sur les problèmes d'adaptation, y compris ceux liés à la langue des signes. Chacun sait que l'apprentissage de la langue des signes est fondamental, malgré la présence d'un implant auditif chez certaines personnes. Il est essentiel de détecter toutes les difficultés dans l'apprentissage du langage et notamment, dès le plus jeune âge, de détecter la surdité chez l'enfant.

Dans les mois à venir, nous suivrons votre action pour connaître les résultats, notamment de la mission de coordination que vous avez lancée à l'ULB afin de déterminer les taux de couverture. Toute la communauté des sourds et malentendants vous est reconnaissante et vous remercie de votre implication dans ce domaine.

M. le président. – En termes de santé publique et d'organisation, il est regrettable que l'ONE ne se soit pas outillée de moyens pour assumer cette mission en temps opportun, y compris pour le suivi épidémiologique. Pourtant il s'agit bien de petite enfance. Certes, madame la ministre, vous héritez du passé et devez gérer cette situation. Toutefois, nous déplorons qu'une telle institution disposant d'un budget important se trouve démunie pour remplir ce qui aurait dû être l'une de ses missions.

1.2 Question de M. Daniel Senesael à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « syndrome d'alcoolisation fœtale »

M. Daniel Senesael (PS). – Si la grande majorité des grossesses se déroulent sans problème, certains événements exceptionnels peuvent affecter le développement du futur enfant. Ces événements sont d'autant plus dommageables en début de grossesse, quand le fœtus est le plus vulnérable. Or, le début de grossesse est généralement une période moins protégée dans la mesure où les futurs parents ignorent parfois eux-mêmes la conception ou parce qu'aucune consultation médicale n'a encore eu lieu.

L'application de quelques mesures préventives simples, avant et pendant la grossesse, permettraient d'éviter aisément ces problèmes. D'où l'intérêt de proposer une consultation médicale quelques mois avant l'arrêt des moyens contraceptifs. La généralisation de la consultation préconceptionnelle permettrait de repérer les éventuels problèmes et d'adopter des stratégies optimisant les chances de conception et de grossesse sans complication.

Suite au colloque que j'ai organisé sur le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et qui a réuni un grand nombre de spécialistes dont le Dr Titran, auteur du livre *À sa santé*, je me dois de répercuter les préoccupations qui y ont été exprimées. Malheureusement, votre agenda fort chargé ne vous a pas permis de participer à ce colloque.

Dans la commune d'Estaimpuis, trois établissements d'enseignement spécialisé – Les Trieux, Les Trieux bis et La Goëlette – accueillent de nombreux enfants souffrant du SAF. Il s'agit donc d'une réalité de terrain à laquelle nous devons faire face, même si l'alcool est la drogue la mieux tolérée dans notre société.

Parler de la consommation de l'alcool des femmes enceintes reste un sujet sensible. Si la consommation d'alcool et l'ivresse ont été longtemps assimilés à des comportements typiquement masculins, les choses ont changé, et aujourd'hui un constat s'impose : la consommation d'alcool progresse de façon constante chez les femmes âgées de 18 à 24 ans alors que le taux de fertilité atteint son maximum pendant cette période. La consommation d'alcool avant, pendant et après la grossesse, entraîne des effets néfastes pour la mère et le fœtus. Ignorer ce danger est dramatique.

Il est important de souligner que le syndrome d'alcoolisation fœtale, reconnu comme l'une des principales causes de malformation congénitale et

de retard du développement infantile, est totalement évitable par la prévention des effets de l'alcool pendant la grossesse. Une information systématique des femmes et de leur partenaire doit les encourager à la plus grande prudence. Des efforts doivent être fournis d'urgence envers les femmes avant et pendant la période de procréation, de même qu'auprès des personnes qui ont de l'influence sur elles : leur partenaire, leur famille et les membres de la collectivité. Il est en outre indispensable de diffuser auprès des professionnels de la santé l'information sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse afin de faciliter le dépistage des comportements à risque et d'intervenir précocement.

Une enquête récente effectuée chez nos voisins français, au Havre, auprès de femmes âgées de 18 à 40 ans, montre que près de la moitié n'ont jamais entendu parler de ce syndrome. De plus, 50 % pensent que le risque n'intervient qu'à partir d'une consommation de deux verres par semaine. On peut raisonnablement penser que ces chiffres peuvent être comparables en Communauté française.

Il me semble dès lors urgent de mettre en place une consultation préconceptionnelle accessible à toutes les femmes. Une meilleure information des femmes sur les risques liés à la consommation d'alcool pendant la grossesse entraînerait une forte diminution du nombre d'enfants atteints. Or, malgré les connaissances scientifiques sur l'impact bénéfique de certaines mesures de prévention avant la grossesse, nous constatons que les médecins dispensent peu de conseils préventifs dans l'exercice quotidien de leur métier.

La première consultation prénatale se situe en général entre la 6^e et la 10^e semaine de grossesse, quand l'embryogenèse des premières ébauches du système nerveux est déjà terminée. Or, c'est au cours des premières semaines de gestation que le système nerveux est le plus sensible à des déficits nutritionnels ou à des agressions virales ou toxiques comme l'alcool. Il faut faire passer le message dans l'inconscient collectif : la consultation prénatale doit avoir lieu avant la grossesse !

Madame la ministre, envisagez-vous de prendre des mesures pour généraliser ces consultations préconceptionnelles ? Quelles actions sont ou seront menées avec l'ONE pour favoriser l'accès à ces consultations de toute personne ou couple désireux d'enfanter ? Des campagnes de sensibilisation aux dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse, aussi minime soit-elle, sont-elles envisagées auprès de la population ? Une campagne d'information à destination

du corps médical est-elle prévue ? Par ailleurs, de quelle manière entendez-vous inciter les médecins et gynécologues à aborder le sujet de l'alcool et de la grossesse avec leurs patientes ?

Toute personne impliquée dans la promotion et la protection de la santé maternelle et infantile devrait considérer la consultation préconceptionnelle comme une nécessité absolue.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Je partage votre inquiétude sur les données épidémiologiques de l'alcoolisme fœtal. Quatre chiffres sont révélateurs : de 14 à 22 % des femmes avouent consommer de l'alcool pendant leur grossesse ; le SAF touche 1,9 naissance pour mille dans les pays occidentaux ; 10 à 30 % des enfants de mères alcooliques présentent des malformations congénitales, soit 2,5 à 3 % de la population générale ; enfin, si le lien entre le nombre de verres consommés et la toxicité réelle est difficile à établir, nous savons que la consommation de trois verres d'alcool par jour multiplie par trois les risques que l'enfant présente un quotient intellectuel inférieur à 85 à l'âge de quatre ans.

Aucune donnée ne permet pourtant de démontrer l'existence d'un seuil de la toxicité. La seule référence qui prévaut reste l'absence totale de consommation d'alcool durant la grossesse.

Différentes actions sont déjà menées en Communauté française pour sensibiliser les futures mères aux dangers encourus par leurs futurs enfants. Le centre d'éducation du patient s'occupe activement de la santé des nourrissons et de leur mère. On estime à 200 le nombre de nouveaux cas annuels d'alcoolisme fœtal en Belgique.

Quant à la pertinence des actions réalisées, s'il est impossible de s'occuper de chaque future maman, la revue *Éducation du patient et enjeux de santé* a souligné en 2005 qu'une information courte peut influencer favorablement la réduction de consommation d'alcool chez les futures mères. À cet égard, le rôle que peuvent jouer les soignants s'avère primordial.

Le centre d'éducation du patient développe depuis plusieurs années un important projet de promotion de la santé des nouveau-nés intitulé « *Ma santé commence bien avant ma naissance* ». Ce projet prend en compte les nombreux éléments qui influencent le bien-être de l'enfant. Il s'agit véritablement d'une approche globale de la santé des nouveau-nés : les sujets évoquent tant l'alcool que l'acide folique, le tabac ou l'alimentation.

De nombreuses associations actives dans le domaine de la petite enfance collaborent à cette

initiative. Outre les campagnes médiatiques qu'il suscite – prévention du tabac et de l'alcool, encouragement de l'allaitement maternel – ce projet s'attache à développer le rôle des personnes relais et à impulser, avec des acteurs comme les centres locaux de promotion de la santé, des actions de proximité qui prolongent les campagnes médiatiques et permettent d'ajouter une dimension horizontale, de proximité, à la communication dite verticale.

Une nouvelle campagne est en préparation et l'ONE poursuit la promotion de consultations avant la conception, qui devraient permettre de sensibiliser à ce risque particulièrement précoce les jeunes femmes qui envisagent une grossesse. L'institut de médecine préventive et la société scientifique de médecine générale poursuivent une vaste campagne de sensibilisation des médecins.

Enfin, de nombreuses associations liées à la Communauté française abordent avec les jeunes la question des assuétudes, y compris à l'alcool. À l'avenir, leurs actions seront davantage développées en milieu scolaire par la mise en place de « points d'appui d'assuétudes ». En outre, les médecins ayant des contacts avec des adolescentes dans le cadre de la médecine scolaire leur font également passer des messages.

La question des conséquences de l'alcool durant la grossesse sur la santé de l'enfant peut également être abordée via ces différentes filières. La stratégie mise en place en Communauté française pour l'année 2005-2006 – l'année antérieure faisait déjà état de pratiques – concerne à la fois les prises en charge multidisciplinaires mais également la prise d'alcool pendant la grossesse qui fait partie de l'ensemble de l'axe de prévention primaire comprenant des campagnes d'information pour grand public et professionnels en partenariat avec le Centre d'éducation du patient. En matière d'action visant les professionnels, notons les mailings vers les professionnels de la santé (gynécologues, généralistes, sages-femmes), les sites web, les brochures, etc. Tous ces outils ont été élaborés en collaboration avec des professionnels.

Des campagnes ont été menées à l'intention du grand public grâce à des brochures distribuées par les médecins, les gynécologues, les consultations ONE, durant la semaine de la santé du nourrisson. Citons encore les actions de sensibilisation et les conférences sur le thème de l'alcool, ainsi que les informations transmises par les gynécologues ou par les dépliants et affiches de l'ONE. Nous avons également mené, aux mois de mars et avril 2006, une campagne médiatique, en collaboration avec des chaînes TV et radio, et mis sur pied des spots

publicitaires.

Une deuxième distribution d'affiches et de dépliants est prévue, ainsi que la poursuite de la sensibilisation des professionnels, *via* une information ciblée sur la consommation d'alcool et le suivi des femmes enceintes présentant des problèmes d'alcool. Davantage d'actions de proximité, mises en place par les CNPS, me semblent importantes pour toucher d'autres types de public peut-être plus hermétiques à ces messages verticaux. Je rappelle le site internet www.alcoolgrossesse.be. Voilà pour la prévention primaire.

Le deuxième axe essentiel est celui de la prévention secondaire. Il consiste à rechercher, par l'intermédiaire du personnel soignant, les mères ayant un problème d'alcool. Je rappelle l'importance de la sensibilisation de tous les professionnels de la santé, médecins généralistes, gynécologues, plannings familiaux, consultations ONE. C'est la raison pour laquelle le Centre d'éducation du patient s'est directement tourné vers eux.

Je voudrais encore ajouter un mot sur les consultations préconceptionnelles. Ce moment privilégié s'inscrit bien au-delà de la problématique de l'alcool. Je rappelle que l'acide folique est essentiel à la formation du fœtus et qu'il est nécessaire de prendre de la vitamine B9 bien avant la grossesse, d'où l'importance de la consultation préconceptionnelle. Ces moments privilégiés sont également l'occasion de faire passer des messages en matière d'alimentation, d'allaitement maternel. Les informations reçues seront moins culpabilisantes que si elles sont communiquées pendant la grossesse. Elles permettent d'ailleurs d'impliquer le futur père; sur le plan physiopathologique, l'idéal est d'arrêter la consommation d'alcool avant la grossesse.

Des consultations préconceptionnelles ont déjà vu le jour, *via* les médecins généralistes, les gynécologues ou certains plannings familiaux. On ne pourra jamais obliger les femmes à se rendre à des consultations préconceptionnelles *manu militari*. C'est la raison pour laquelle les messages sont notamment diffusés par le Centre d'éducation du patient avec une couverture très large à l'attention de tous ceux qui peuvent être en contact direct avec les femmes. L'objectif est de pouvoir étendre cette diffusion aux femmes qui sont peut-être plus défavorisées et qui ne peuvent accéder que difficilement à ces consultations préconceptionnelles. On pourrait ainsi insérer ces consultations dans le circuit des consultations de l'ONE, la gratuité de l'accès étant alors assurée. Cette question sera examinée dans le cadre du contrat de gestion ou de l'un de ses avenants.

Outre la consommation d'alcool pendant la grossesse, n'oublions pas la question de la prise en charge multidisciplinaire et du sevrage qui sont tout aussi importants. L'objectif est d'aboutir à un sevrage le plus rapide possible avant l'émergence d'une toxicité, d'une dépendance plus importante, et de profiter des consultations prénatales à l'ONE, dans un planning familial, chez le généraliste ou le gynécologue, pour amener les personnes concernées à être prises en charge.

De nombreuses actions sont déjà entreprises. Néanmoins il faut savoir que la répercussion de ce type de message n'est pas immédiate. C'est leur répétition et la multiplication des actions qui permettront lentement d'en augmenter la pertinence et l'efficacité.

M. Daniel Senesael (PS). – La ministre avait annoncé une réponse complète et elle l'a été!

J'émettrai quelques petites réflexions. D'abord, les quatre chiffres cités par la ministre sont particulièrement éloquentes et pertinents quant aux actions à mener, actions qu'elle développe dans sa réponse en insistant sur le Centre d'éducation du patient qui réalise un travail important, sans doute encore trop méconnu. L'enseignement étant lent et répétitif, il faudra répéter régulièrement l'information.

Les deux cent nouveaux cas répertoriés annuellement en Belgique doivent nous interpeller. Toutes les actions menées permettent de diminuer ce nombre et chaque acteur occupe donc une place prépondérante dans la stratégies de la Communauté française.

Comme la ministre, je pense que les consultations préconceptionnelles ne concernent pas uniquement l'alcool. C'est parce que ma question faisait suite à un colloque sur l'alcoolisation fœtale que je me suis permis de l'interroger sur ce point. En outre, je crois qu'il est intéressant voire primordial de sensibiliser également les futurs pères.

Je retiens également l'idée très positive émise par la ministre d'accorder, peut-être *via* un avenant au contrat de gestion, un accès aisé et gratuit aux personnes les plus fragilisées qui constituent le milieu le plus propice au SAF.

Je remercie la ministre : sa réponse complète est encourageante sur le plan des défis que nous aurons à relever dans les prochaines années.

M. le président. – Cher collègue, vous avez posé une question similaire à celle de Mme Vienne au parlement wallon. Je me réjouis que les parlementaires de niveaux différents visent à une cohérence dans les politiques touchant aux mêmes

problématiques.

1.3 Question de M. Jean-Luc Crucke à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « prévention du sida »

M. Jean-Luc Crucke (MR). – Monsieur le président, le sida a déjà été abordé au sein de cette commission : il s'agit d'un problème extrêmement important au vu des chiffres. Comme d'autres pays, après une période de stabilisation, la Belgique connaît depuis deux ou trois ans une recrudescence de la maladie. On parle de trois nouveaux cas par jour.

La première réaction devant ce constat est d'abord de se demander si l'on en parle suffisamment. En matière de prévention, il est nécessaire de continuellement répéter les mêmes messages et de s'efforcer de les faire comprendre. Cependant, certains pourraient rétorquer qu'à force de trop en parler on risque de le banaliser. Les faits sont malheureusement là.

À l'occasion du Congrès international sur le sida à Toronto, certaines déclarations ont été émises par des experts, dont le Pr Clumek considéré comme un vieux sage en la matière. Il semblait regretter la manière dont la Belgique procédait sur deux points particuliers.

D'abord, l'institutionnalisation de la santé sur trois niveaux de pouvoir – fédéral, communautaire et régional – complique le travail, donc la politique de prévention.

J'ai l'impression par ailleurs que la commission interministérielle se réunit trop peu souvent et qu'elle ne prend pas les décisions nécessaires. En conséquence, des crédits sont parfois reportés, voire supprimés ! Le Pr Clumeck dénonçait aussi un manque d'efficacité qui l'oblige à prendre en charge des difficultés d'ordre institutionnel.

Partagez-vous cette opinion ? Rencontrez-vous les mêmes difficultés ? Si oui, comment améliorer cette situation ?

Mme Cassart et M. Senesael ont déjà évoqué ici ce fameux cours d'éducation sexuelle et affective dans les écoles dont une étude de l'ULB et des Facultés Notre-Dame de la Paix a montré la nécessité.

Vous nous aviez promis qu'il verrait le jour pour 2006-2007 mais je n'en vois pas la trace dans les cours inscrits au programme scolaire de mes enfants. Vous travaillez sur ce dossier avec Mme Arena. Où en est-on ? Comment sera orga-

nisé ce programme ? À partir de quel niveau sera-t-il dispensé ? J'attends une réponse aussi pratique et actualisée que possible. Il est souhaitable d'entamer ce travail le plus tôt possible.

Enfin, d'autres projets sont-ils menés par votre cabinet et par l'administration ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Je suis entièrement d'accord avec vous, le discours sur le sida est actuellement trop diffus. Les progrès thérapeutiques sont réels mais forcément insuffisants. Ces avancées thérapeutiques pourraient effectivement contribuer à banaliser une maladie qui se soigne, mais qui ne se guérit toujours pas. Le gouvernement de la Communauté française a mis en place le plan communautaire opérationnel, qui fait partie du plan quinquennal.

La lutte contre le sida s'articule autour d'une triple stratégie, axée sur des niveaux différents mais complémentaires.

Un plan de communication générale destinée au grand public vise à maintenir la vigilance sur les risques de contamination afin d'éviter toute banalisation. Il s'intéresse particulièrement aux jeunes. Je citerai pour exemple la campagne de spots audiovisuels diffusés cet été et la production de 50 000 kits « *In the pocket* », comprenant une feuille d'information et un préservatif. Ils ont été distribués lors de divers festivals rocks rassemblant de nombreux jeunes. D'autres supports ont également été utilisés.

Ensuite, des associations spécialisées dans l'aide et l'accompagnement des personnes aux comportements à risque mènent une série d'actions à destination de leur public cible. Les prostituées, les homosexuels, les personnes en provenance d'un pays d'Afrique et les consommateurs de drogue par voie intraveineuse sont en général mal informés et présentent un taux de risque important. Je songe notamment à la transmission. Les associations sont financées par la Communauté française pour mener ce travail spécifique.

Enfin, la Communauté française et l'État fédéral cofinancent les centres de référence pour le suivi des personnes séropositives. Vous avez cité un centre. Il y en a d'autres. Ils mènent un important travail de sensibilisation dans les écoles qui accueillent des enfants séropositifs.

Je vous livre deux informations surprenantes qui me sont parvenues récemment. D'une part, le nombre de cas de séropositivité détectés par les centres de référence est très faible comparé aux résultats en Communauté française. J'interrogerai les centres sur ce sujet. D'autre part, les pratiques

différent sensiblement entre les régions. Ainsi, la Communauté française finance les centres de dépistage et de référence tandis que la Flandre a fait le choix de ne pas les soutenir. Ce n'est pas négligeable. Par ailleurs, le budget de la Communauté française pour la promotion et la prévention de la santé s'élève à 16 667 000 euros hors PSE, octroyés par le fédéral. Or, nous consacrons 2 000 500 euros à la prévention du sida. C'est un montant important.

À propos de budget, j'en profite pour vous rappeler que les centres de références bénéficient également d'un financement de l'INAMI – centres de dépistage – par le biais d'une convention qui vient d'être revalorisée. La Communauté française, qui dispose à la base d'un financement égal à celui de la Communauté flamande, reçoit maintenant un financement supplémentaire.

Le découpage des compétences ne correspond pas à la réalité du terrain à l'échelon des conférences interministérielles et des concertations avec le fédéral. Grâce à ces concertations régulières avec l'État fédéral et à l'appui apporté par la Communauté française au ministre fédéral des Affaires sociales, une solution a pu être trouvée pour relancer les activités du centre Elisa. Voilà un exemple concret des résultats obtenus au cours des concertations menées entre le pouvoir communautaire et le pouvoir fédéral. C'est important car cela permet de progresser dans des domaines comme celui-ci.

Un groupe de concertation s'est aussi formé au sein de la conférence interministérielle de la santé ; il travaille notamment sur l'harmonisation du recueil des données épidémiologiques sur le sida, essentielles pour la mise en œuvre de stratégies adaptées.

Les acteurs travaillant dans le secteur du sida sont très nombreux et ont eux-mêmes mis en place des stratégies de concertation qui visent à assurer une couverture la plus complète possible sur les plans géographique et démographique, en particulier pour les populations aux comportements à risque, évoqués antérieurement. Ces différents acteurs ne manquent pas de me communiquer leurs recommandations.

J'en viens à votre question sur les cours d'éducation sexuelle et affective. Vous avez déjà mentionné les études et l'octroi d'un financement particulier à la fédération des centres de plannings familiaux pour le projet pilote réalisé à ce jour. Nous avons reçu une évaluation rédigée par le Pr Mercier des Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix de Namur et par l'ULB. Elle nous a permis de définir avec précision le cursus du programme d'éducation à la vie affective et sexuelle, avec

nombre de détails, comme l'année de démarrage – la cinquième primaire – ou le rythme – tous les deux ans, si mes souvenirs sont bons. Nous avons défini ces critères avec les spécialistes du terrain ; c'est donc loin d'être une décision politique. L'institutionnalisation et la généralisation dans toutes les écoles dès la cinquième primaire ne sont pas aisées à mettre en œuvre. Les fédérations des plannings familiaux nous ont demandé de ne pas aller trop vite, ce point étant essentiel au niveau de la répartition et de la ventilation du travail. Les négociations sont en cours avec le ministre de l'Enseignement et les différents ministres régionaux en charge des plannings familiaux. Je voudrais rappeler que, par décret, l'éducation affective et sexuelle relève des attributions des centres de plannings familiaux et fait donc partie de leur mission. Il est primordial de travailler avec eux pour éviter de créer une énième institution ou un énième service, alors que le décret leur confère ces prérogatives et que, par ailleurs, ils possèdent une expertise et une expérience non négligeables en la matière.

En conclusion, j'ai décidé d'octroyer un financement supplémentaire de 150 000 euros aux fédérations des centres de plannings familiaux pour le développement et le renforcement de cellules en éducation, relationnelle, affective et sexuelle, ce que l'on appelle les « VAS ».

Les jeunes disposant bien souvent d'une bonne connaissance des techniques sexuelles, il s'agit de travailler avec eux sur les plans du respect – notamment du corps de la femme – et de la relation affective. Nous continuons d'avancer et j'espère que le programme sera au point pour 2007. Les fédérations nous ont cependant demandé de ne pas avancer trop vite afin que le système soit véritablement institutionnalisé sur le long terme.

M. le président. – Il s'agira donc des plannings wallons et bruxellois ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Ce sont en effet des budgets régionaux.

M. Jean-Luc Crucke (MR). – Je remercie la ministre pour sa réponse extrêmement intéressante et complète. Elle a évoqué les difficultés institutionnelles bien réelles. Les réformes de l'État doivent être établies dans l'optique d'un intérêt direct de proximité et de service. Or nous constatons que le contexte a parfois davantage complexifié la problématique que facilité un certain nombre de solutions.

En la matière, votre rôle est important car nous avons autant une obligation de moyens qu'une obligation de résultats. Je reconnais que la

problématique n'est pas simple.

Quant aux cours évoqués, je comprends que cela prenne du temps : des avis ont été remis, d'autres vous conseillent de patienter et d'attendre 2007. Je pense quant à moi que le plus tôt sera le mieux, pour autant que l'on dispose bien sûr de tous les conseils nécessaires à la réussite. Je vous demande donc, sans aucune polémique et avec tout le respect qui vous est dû, de faire diligence.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Une remarque sur le fond : lorsque vous parlez d'obligation de résultats, je vous rejoins à 100 %. N'oublions cependant pas que nous ignorons quelle serait la situation aujourd'hui si tout le travail de terrain n'avait pas été réalisé au cours des dix ou quinze dernières années. Il s'avère donc très difficile de comparer ce qui a été réalisé avec les éléments épidémiologiques actuels. Sans doute aurions-nous dix fois plus de cas de sida si nous n'avions accompli tous ces efforts. Ne traduisons pas l'obligation de résultats par un constat d'absence de résultats.

M. Jean-Luc Crucke (MR). – Certes, je sais que la simplicité n'existe pas en la matière, et jamais je ne dirai que rien n'a été fait. Malgré tout, il est perturbant de constater la recrudescence des cas de sida. Il faut donc mettre fin à cette spirale.

M. le président. – Peut-être pourrions-nous transmettre les chiffres de l'Institut supérieur de santé publique. Cela me paraît indiqué.

Voilà qui clôt l'heure des questions et interpellations.

– L'heure des questions et interpellations se termine à 11 h 25.