

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

PARLEMENT

DE LA

COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 2002-2003

SEANCE DU JEUDI 17 OCTOBRE 2002

COMPTE RENDU INTEGRAL

SOMMAIRE

	Pages
<i>Questions orales</i> (article 64 du règlement)	
de Mme Bertouille à Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé, relative à la « promotion des droits des patients »	2
de M. Elsen à Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé, relative à la « réalisation et reconnaissance de lits K spécifiques pour délinquants juvéniles »	3
de Mme Molenberg à Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé, relative au « dépistage du cancer du sein »	5
Orateurs: Mmes Bertouille, Molenberg, M. Elsen et Mme Maréchal, ministre.	

Présidence de M. Liénard, Président

— L'heure des questions commence à 10 h 40.

M. le Président. — Mesdames, messieurs, la séance est ouverte.

QUESTIONS ORALES

(Article 64 du règlement)

M. le Président. — L'ordre du jour appelle les questions orales.

QUESTION ORALE DE MME BERTOUILLE A MME MARÉCHAL, MINISTRE DE L'AIDE A LA JEUNESSE ET DE LA SANTÉ, RELATIVE A LA « PROMOTION DES DROITS DES PATIENTS »

M. le Président. — La parole est à Mme Bertouille pour poser sa question.

Mme Chantal Bertouille (MR). — Monsieur le Président, madame la ministre, chers collègues, la problématique des droits des patients fait l'objet de débats très intéressants et très diversifiés à tous les niveaux de pouvoir.

En 2000, le groupe MR, conscient de la nécessité d'avoir une vision transversale permettant d'embrasser la problématique des droits des patients à tous les niveaux de pouvoir, a pris l'initiative de déposer une proposition de résolution relative à la promotion des droits des patients.

Ce texte a deux objectifs essentiels. D'une part, il s'agit d'assurer une meilleure visibilité à la Charte relative à la promotion des droits des patients, adoptée par l'Organisation mondiale de la santé en 1994 à Amsterdam, et, d'autre part, de s'assurer que, pour ce qui les concerne, les gouvernements et collèges communautaires et régionaux — puisque des textes semblables ont été déposés dans les différentes assemblées — appliquent ces règles dans le cadre de leur politique de santé respective et ce, dans la limite des compétences de chacun.

Je voudrais rappeler brièvement les lignes directrices de la proposition de résolution du groupe MR.

1. Le patient doit être considéré comme un usager du système de santé, tant en amont qu'en aval de celui-ci.

2. Il faut réaffirmer et assurer les droits fondamentaux et la dignité des patients.

3. Il importe de permettre aux patients de participer activement à l'utilisation des services du système de santé et d'atténuer les désagréments qu'ils rencontrent dans ce système.

4. Il est nécessaire de promouvoir et d'entretenir des relations bénéfiques entre les patients et le système de santé et, en particulier, d'encourager les patients à devenir des acteurs de leur santé, notamment en ce qui concerne le domaine de la prévention.

5. Il importe de renforcer et de renouveler le dialogue au sein du système de santé avec les usagers.

6. Il convient de promouvoir l'accueil et l'information offerts à tous les patients, particulièrement les plus vulnérables.

Le 22 janvier 2002, notre Parlement a adopté à l'unanimité cette résolution relative à la promotion des droits des patients pour les matières relevant du Parlement et du Gouvernement de la Communauté française.

Celle-ci précise d'ailleurs que le Gouvernement de la Communauté française Wallonie-Bruxelles doit présenter, dans un délai de six mois à dater de l'adoption de la résolution, un rapport reprenant les modalités de mise en application de la Charte relative à la promotion des droits des patients en tant que texte de référence.

Neuf mois se sont écoulés depuis lors. Nous pouvons donc estimer que le rapport est prêt et que la commission de la Santé pourra rapidement en prendre connaissance.

Madame la ministre, pouvez-vous dès lors nous indiquer concrètement si ce rapport est effectivement bien prêt, si des organismes ont été consultés pour la réalisation de ce rapport et lesquels et dans quel délai vous comptez présenter ce rapport aux membres de la commission de la Santé ?

Il me semble en effet important que notre Parlement puisse veiller à la bonne application et au suivi des textes qu'il adopte, d'autant plus quand il s'agit d'un texte adopté à l'unanimité.

M. le Président. — La parole est à Mme Maréchal, ministre.

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé. — Monsieur le Président, mesdames, messieurs, la résolution adoptée par le Parlement le 22 janvier 2002 concerne les compétences de la Communauté française en matière de santé, en l'occurrence, essentiellement le champ de la promotion de la santé et de la prévention. Il s'agit d'encourager les patients à devenir acteurs de leur santé. Je ne reviendrai pas sur les longues discussions que nous avons eues pour donner au terme « patient » une acception qui nous convienne. En effet, quand on parle de promotion de la santé, on s'adresse en général à des personnes en bonne santé et l'on veille à ce qu'elles la conservent.

Dans le cadre de mes compétences, il s'agit de soutenir et de promouvoir la participation des individus et des collectivités à l'amélioration de la santé.

Vous l'avez rappelé, madame Bertouille, la ministre Aelvoet a conduit, à l'échelon fédéral, une démarche similaire qui a abouti à l'adoption d'une loi relative aux droits du patient; cette loi a été publiée au *Moniteur belge* du 22 août 2002. Les préoccupations de la résolution du Parlement de la Communauté française rejoignent largement cette loi.

Des réunions intercabincts sont organisées pour préparer un protocole d'accord entre les entités fédérées et l'Etat fédéral en cette matière. J'en profite pour saluer l'initiative que vous avez prise du côté francophone. Elle porte ses fruits et sera concrétisée par un protocole d'accord. Une harmonisation sera, en effet, indispensable et sera bénéfique pour les usagers du système, quelle que soit l'entité compétente. Cela prendra bien sûr encore quelques mois.

Entre-temps, j'ai souhaité valoriser certaines démarches dans l'esprit de la Charte.

Le décret de 1997 organisant la promotion de la santé offre à cet égard un cadre conceptuel et opérationnel intéressant: la promotion de la santé y est définie comme un ensemble de stratégies visant à améliorer la santé en augmentant le contrôle de la population sur sa propre santé et les déterminants de celle-ci. Le texte évoque la promotion de la santé comme le processus qui vise à permettre à l'individu et à la collectivité d'agir sur les acteurs déterminants de la santé, en privilégiant l'engagement de la population dans une prise en charge collective et solidaire.

Concrètement, depuis l'an dernier, un accent tout particulier a été mis sur le développement de politiques locales de promotion de la santé qui veillent particulièrement à valoriser la participation des usagers. Il s'agit:

— Du réseau des mandataires locaux. Ils sont aujourd'hui plus de 300 à participer à ce réseau qui est soutenu par un comité de pilotage et un bulletin d'information.

— Des conférences locales de promotion de la santé (la première se tient à Liège, ce vendredi), le principe étant d'organiser, une année sur deux, des conférences locales où sont exprimés les besoins de la population en concertation avec la population et les acteurs-relais et, l'année suivante, une conférence communautaire permettant aux politiques communautaires de s'inspirer des demandes du terrain, en ne partant donc pas du sommet de la pyramide mais bien de la base.

— De l'appel à projets locaux. Deux dates de dépôts ont été prévues. Deux projets ont été retenus après le premier dépôt. Le second dépôt vient de se terminer et une dizaine de projets seront encore retenus. J'ai en effet dégagé un budget de 10 millions pour le lancement de projets locaux de promotion de la santé associant les communes et les associations.

— De la pérennisation des programmes d'action communautaires tels que « Forest en Santé » du programme développé à Seraing.

Ces programmes sont financés dans le cadre de politiques nouvelles. La Ligue des usagers des services de santé est une association subventionnée depuis 2001 pour constituer une plate-forme de groupes d'usagers. Il s'agit d'expérimenter la reconnaissance d'une place spécifique des usagers dans la gestion des dispositifs de promotion de la santé.

Ces initiatives nouvelles sont autant de démarches concrètes traduisant notre volonté de faire des usagers et de la population un acteur à part entière des actions de promotion de la santé. Les textes relatifs à la promotion de la santé à l'école et au sport en santé mettent aussi en évidence la place réservée aux usagers, dès le plus jeune âge. De même, la campagne « A table les cartables » insiste aussi, en parfaite harmonie avec les objectifs du décret-missions, sur le rôle de l'enfant face à sa santé.

L'administration est chargée de rédiger le rapport tel que prévu dans la résolution du Parlement. Ce rapport sera ensuite soumis pour avis au Conseil supérieur de promotion de la santé qui représente largement tous les acteurs du secteur. Un rapport pourra être présenté au Parlement en février 2003.

Dans le même temps, j'espère que nous aurons pu concrétiser le protocole d'accord entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées. Ce rapport nous permettra alors adéquatement d'envisager toute action nécessaire à améliorer encore ce qui est déjà caractéristique de la promotion de la santé mais doit encore être évalué sur le terrain: la participation de l'utilisateur, la prise en compte de sa parole dans

l'analyse des problèmes et dans les solutions à mettre en œuvre pour y remédier.

Par ailleurs, nous devons accorder une attention soutenue à la prévention. En effet, la prévention passe davantage par des actes techniques de dépistage, qu'il s'agisse du dépistage du cancer du sein, de la tuberculose ou du sida. Dans ce domaine, nous ne sommes plus tellement dans la logique de la promotion de la santé mais davantage dans une logique de service offert à certaines populations cibles. Notre approche devra donc peut-être être plus attentive aux droits du patient.

M. le Président. — La parole est à Mme Bertouille pour une réplique.

Mme Chantal Bertouille (MR). — Je remercie Mme la ministre de sa réponse. Je reviendrai sur le sujet quand je développerai la question orale que j'ai déposée sur le bilan du plan quinquennal de promotion de la santé. Je crois qu'il sera intéressant de poursuivre le débat. Le plus important, c'est la place des usagers; elle est primordiale dans la résolution que nous avons adoptée. Je crois que tous les acteurs de terrain doivent être consultés pour le rapport et il faut vraiment rencontrer les préoccupations concrètes et quotidiennes des différents services.

Je me réjouis en tout cas qu'un rapport puisse être déposé pour le mois de février. On peut considérer qu'il y a deux mois de vacances ...

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé. — Je peux vous dire que l'administration ne chôme pas. Le sport en santé, c'est nouveau; il y a la mise en œuvre du nouveau décret Promotion de la santé à l'école ...

Mme Chantal Bertouille (MR). — Nous pourrions faire le point à l'occasion du dépôt du nouveau rapport, en espérant aussi que le protocole avec les autres entités soit prêt pour cette date.

QUESTION ORALE DE M. ELSÉN À MME MARECHAL, MINISTRE DE L'AIDE À LA JEUNESSE ET DE LA SANTÉ, SUR LA « REALISATION ET RECONNAISSANCE DE LITS K SPÉCIFIQUES POUR DELINQUANTS JUVÉNILES »

M. le Président. — La parole est à M. Elsen pour poser sa question.

M. Marc Elsen (CDH). — Monsieur le Président, le Conseil des ministres du 25 mars 2002 a approuvé la réalisation et la reconnaissance de cinq fois huit lits K spécifiques pour délinquants juvéniles.

Le financement et l'ouverture de ces lits se fera à partir du 1^{er} novembre 2002.

Les agréments de ces lits dépendent entièrement des Régions et Communautés. L'admission de ces jeunes sera également liée à une mesure d'enfermement ordonnée par le juge de la jeunesse pour un délit.

Cette dernière condition pose problème. Une telle mesure, qui donne pouvoir au juge pour décider de l'admission ou de la sortie d'une unité de soins psychiatriques, n'est-elle pas en contradiction avec le principe médical de prise en charge d'un patient psychiatrique?

Avez-vous été consultée dans ce dossier, madame la ministre? Quelle politique avez-vous défendue auprès de la ministre de la Santé publique?

M. le Président. — La parole est à Mme Maréchal, ministre.

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé. — Je remercie M. Elsen de sa question particulièrement intéressante, d'autant plus que nous n'avons pas encore abordé cet aspect des choses dans le cadre des débats relatifs à Everberg. Or, c'est bien dans le cadre de la création de ce centre que les communautés flamande et française ont fait part, face à la proposition du fédéral, de situations difficiles, puisque les IPPJ, tant francophones que flamandes, doivent régulièrement prendre en charge des jeunes qui n'ont manifestement pas leur place dans ces institutions. La question des mineurs étrangers non accompagnés, des toxicomanes et des jeunes qui présentent des troubles psychiatriques importants a donc été soulevée.

Je vous donne un exemple. Depuis treize mois, un jeune ayant ce type de profil est dans une de nos IPPJ à régime fermé. Il a été pris en charge dans un ou deux centres spécialisés, mais on ne le garde pas parce qu'il est extrêmement difficile. Il est donc revenu à l'IPPJ. Il ne reçoit pas les soins psychiatriques ou médicaux qu'il est en droit d'attendre. Les neuf autres jeunes qui vivent avec lui dans la section sont quotidiennement soumis à son état de santé mentale. Pour les éducateurs, c'est évidemment affolant. Voilà un exemple d'une place occupée depuis treize mois par un jeune. Je pense que l'institution aurait pu prendre trois ou quatre jeunes en charge pendant ce temps.

Pourquoi ce jeune est-il en IPPJ? Parce que, généralement, dans le cadre de tels troubles psychiatriques, il y a de la violence. Logiquement, ce n'est pas par le biais de la violence qu'il faut aborder ces jeunes individus, mais par celui de leur pathologie. Mais, vu la dangerosité de ces jeunes, les services spécialisés ou les hôpitaux refusent souvent de les prendre en charge, ou alors pour de courtes périodes, et les renvoient au juge de la jeunesse.

Le Gouvernement fédéral a été sensible à nos arguments et a approuvé la création de cinq unités spécifiques de prise en charge de délinquants juvéniles présentant des troubles avérés de la personnalité.

En Communauté française, trois promoteurs ont déposé leur candidature. Celles-ci ont été examinées par les ministres fédéraux Vandembroucke, Aelvoet et Tavernier, ainsi que par les différents ministres régionaux compétents, et particulièrement le ministre Detienne pour ce qui concerne la Région wallonne. La Communauté française n'est pas compétente en ce domaine dont le financement dépend du fédéral et l'agrément de la Région.

Ces trois promoteurs sont :

— la clinique Titeca dans le cadre d'une convention avec l'hôpital Brugman pour la région bruxelloise; cette unité aura une compétence bi-communautaire;

— l'hôpital psychiatrique de Bertrix;

— l'hôpital de la Citadelle à Liège.

Ce ne sont pas à proprement parler des lits K qui seront agréés dans ces unités mais plus précisément des lits bénéficiant de l'encadrement médical prévu effectivement pour les lits K, encadrement supplémentaire de personnel éducatif équivalent à environ 2,5 équivalents temps plein pour huit lits. Pour rassurer le personnel médical, souvent dépassé par ces situations, on a donc prévu du personnel plus spécialisé. Au total, l'encadrement prévu pour huit lits est fixé à 2,4 équivalents temps plein de niveau universitaire et de 12 équivalents temps plein de niveau A1. Par ailleurs, la loi du 8 avril 1965 ne permet pas l'enfermement d'un jeune ailleurs que dans une IPPJ. La décision prise par un juge de la jeunesse sera donc une hospitalisation d'un

jeune dans une structure sécurisée, mais d'abord médicale, non comparable à une IPPJ. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle ces structures sont hospitalières.

Ces services s'adresseront à des adolescents et adolescents présentant des troubles du comportement avec notion de dangerosité pour eux-mêmes ou pour autrui, avec des difficultés importantes d'ordre psychologique et/ou psychiatrique attestées par un certificat médical circonstancié — diagnostic psychiatrique rédigé par un expert — et pour lesquels aucune autre réponse thérapeutique adaptée n'est possible dans les services hospitaliers ou d'aide à la jeunesse; ces trois conditions sont cumulatives.

Les projets pilotes fédéraux visant à la création de structures spécialisées pour délinquants majeurs présentant des troubles lourds et avérés de la personnalité tendent à démontrer que la prise en charge contrainte est non seulement possible mais encore efficace avec ces patients.

Nous avons été associés et consultés dans ce dossier, tant par les autorités fédérales que par les autorités régionales. Nous avons tenu à ce que toutes les garanties juridiques et médicales soient présentes lors des admissions des jeunes dans ces structures qui ne s'apparenteront évidemment pas à de la défense sociale pour mineurs délinquants.

Nous avons directement fixé les limites en disant qu'il n'était pas question de créer des lieux spécialisés d'enfermement. De notre côté, nous sommes satisfaits de la concrétisation rapide de ce dossier connexe à Everberg. Il nous reste à espérer que le dossier relatif aux MENA (mineurs étrangers non accompagnés) puisse aussi trouver une solution.

En ce qui concerne les toxicomanes, nous avons eu moins d'insistance parce que, de l'avis même des IPPJ et des services, il y a peu de cas lourds de toxicomanie avérée. La toxicomanie que l'on connaît, assez banalisée, qui concerne des drogues telles que le hachisch, l'extasy, etc. pose davantage problème dans nos services d'accueil.

Quand nous aurons un peu de temps, donc pas avant l'année prochaine, je voudrais organiser un travail en table ronde avec tous ceux qui sont intéressés par la prise en charge et la réponse à la toxicomanie, avec les régions et les services de prise en charge et de prévention. Je crois que nos intervenants sont parfois un peu dépassés par ces problèmes au quotidien, surtout quand ils apparaissent en hébergement dans une institution. Comment réagir et gérer les situations dans ce cas?

On avait prévu un travail semblable par rapport aux cas psychiatriques et cela nous a beaucoup aidé dans la concrétisation du projet.

M. le Président. — La parole est à M. Elsen pour une réplique.

M. Marc Elsen (CDH). — Je remercie la ministre de cette réponse circonstanciée. D'abord un petit commentaire personnel. Il n'est *a priori* pas tellement aisé, dans le domaine de la psychologie et de la psychiatrie, d'établir la différence entre le type de violence qui nécessite une prise en charge psychiatrique et celle qui n'en nécessite pas. Il faut faire confiance aux spécialistes qui feront le diagnostic. J'imagine que sera également pris en considération le fait que ces difficultés d'ordre psychologique ou psychiatrique peuvent ou non être prises en charge dans un contexte normal de vie. Je reste convaincu personnellement, comme beaucoup d'autres, qu'il faut travailler d'abord sur cette base-là.

Une question précise sur laquelle je me permettrai de rebondir par la suite en fonction de votre réponse concerne

le personnel spécialisé d'encadrement auquel vous avez fait allusion pour ces lits K. Qui remplira ces fonctions ?

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé. — Il s'agira d'éducateurs, d'assistants sociaux qui, au-delà du travail psychiatrique et médical, feront un travail de réinsertion et un travail avec la famille mais qui veilleront aussi à la surveillance des patients. On n'enferme pas les patients dans un hôpital mais il faut s'assurer de leur présence.

M. Marc Elsen (CDH). — Donc, il y aura aussi du personnel d'éducation qui veillera à la réinsertion sociale, au sens large. Au-delà de la prise en charge dont la durée sera forcément limitée, il faudra veiller au suivi qui sera mené pour assurer une véritable réinsertion, car c'est là le véritable enjeu.

QUESTION ORALE DE MME MOLENBERG A MME MARECHAL, MINISTRE DE L'AIDE A LA JEUNESSE ET DE LA SANTE, RELATIVE AU «DEPISTAGE DU CANCER DU SEIN»

M. le Président. — La parole est à Mme Molenberg pour poser sa question.

Mme Isabelle Molenberg (MR). — Monsieur le Président, le 25 novembre 2000, les Gouvernements fédéral et communautaires ont signé un protocole visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés en matière de dépistage de masse du cancer du sein par mammographie. Cette campagne a pour objectif d'offrir aux femmes âgées de 50 à 69 ans, qui ne font pas l'objet d'un traitement pour un cancer et qui ne subissent pas de contrôle régulier, la possibilité d'un examen tous les deux ans.

En Communauté française, les provinces sont associées très largement à ce projet et, dans ce cadre, une convention de collaboration a été signée le 10 décembre 2001. Celle-ci vise la valorisation des compétences et des moyens des deux niveaux institutionnels pour permettre au plus grand nombre de femmes de réaliser, dans les meilleures conditions, une démarche de dépistage du cancer le plus fréquent chez la femme.

A cet égard, un centre de coordination par province a été mis en place. Ces centres sont chargés de missions importantes, à savoir : adresser tous les deux ans les invitations aux femmes concernées, organiser la deuxième lecture des clichés de mammotest et en adresser les conclusions au radiologue qui les transmet au médecin choisi, servir de lieu central d'enregistrement des données relatives à l'exécution du programme. Quant à l'agrément à titre personnel du radiologue et de l'unité de mammographie, elle est du ressort du ministre de la Santé de la Communauté française.

Les centres de coordination provinciaux se réunissent régulièrement pour faire le point sur l'état d'avancement de la campagne. Des lacunes, voire des manquements, sont encore constatés à l'heure actuelle, bien que des informations sur le site internet de la direction de la Santé de la Communauté française donnent à penser que la campagne a atteint sa vitesse de croisière et que tout se déroule sans encombre.

Lors de leur dernière réunion de concertation, les centres ont mis en évidence de sérieux problèmes à régler au plus vite, à savoir :

1. « Des difficultés sont toujours constatées au niveau de l'agrément des unités de mammographie et particulièrement

pour la province de Liège. » On y compterait seulement quatre centres agréés, pour vingt-deux dans le Hainaut, onze dans le Brabant wallon, neuf à Namur et sept dans le Luxembourg. Quelles sont les raisons qui justifient une telle situation à Liège et quels sont les impératifs à respecter pour être agréé ? Qu'en est-il du nombre de radiologues agréés et de leur répartition en Communauté française ? D'autres personnes ou structures doivent-elles être également agréées et selon quelles règles ?

2. « Le logiciel de centralisation des données que la Communauté française était censé tenir à jour est apparemment non opérationnel. » Qu'en est-il ? Comment, madame la ministre, comptez-vous résoudre le problème ?

3. « Si le programme de dépistage du cancer du sein peut être mis en œuvre avec un traitement manuel des données, la campagne de santé publique dans sa globalité n'est toujours pas possible actuellement » précisent les centres de coordination. Ce constat est assez grave et il nous paraît plus qu'urgent de clarifier la situation. En effet, lancer des campagnes et faire des annonces publiques sur des questions de santé publique, sans que tout cela ne trouve une concrétisation, risque bien de porter un préjudice à la crédibilité de nos institutions. De plus, les enjeux concernent ici une maladie qui tue encore et toujours, et qui concerne une femme sur douze en moyenne.

4. « Il faut faire le constat d'un manque de cohérence et d'unicité dans la communication entre les différents partenaires impliqués par la Communauté française. Il n'y a pas de référent au niveau de la Communauté française et les réponses fournies aux questions varient suivant les interlocuteurs. » Etes-vous consciente de ces difficultés ? Quel est le rôle du Centre de référence et de pilotage de la Communauté française dans l'absence constatée d'une communication coordonnée et efficace ?

5. Des soucis apparaissent également pour ce qui concerne la facturation de l'ensemble des actes posés et des remboursements INAMI. Qu'en est-il exactement ?

On le voit, madame la ministre, la campagne de prévention dont l'objectif est de réduire le nombre de cancers du sein chez la femme ne semble pas encore avoir trouvé sa pleine efficacité sur le terrain. Depuis la signature du protocole d'accord en novembre 2000, deux années se sont passées, cela fait beaucoup quand des vies humaines sont en cause. A cette fin, il me paraît urgent, ainsi qu'au groupe MR, de faire toute la lumière sur ce dossier qui doit désormais rapidement donner des résultats concrets.

M. le Président. — La parole est à Mme Maréchal, ministre.

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé. — Monsieur le Président, mesdames et messieurs, le programme de dépistage du cancer du sein en Communauté française est réalisé en partenariat avec les provinces qui ont chacune mis en place un centre de coordination du programme. Ces centres sont subventionnés par la Communauté française en fonction du nombre de femmes qui constituent leur population cible.

Vous soulevez, madame la députée, une série de questions qui m'ont été communiquées fin septembre par les centres provinciaux et pour lesquelles des solutions sont soit déjà mises en place, soit à l'examen. Vous avez entendu un point de vue. Il est bien d'avoir aujourd'hui l'occasion d'en entendre un autre.

Je vais donc reprendre une à une vos questions mais, avant cela, je voudrais formuler quelques remarques préalables.

Je n'apprécie guère le ton de votre question, d'autant qu'elle manque d'informations.

Certes, le protocole d'accord a été signé en décembre 2000. « Deux années presque se sont passées, ce qui est beaucoup quand des vies humaines sont en jeu. » Vous allez bientôt m'accuser d'être responsable de plusieurs décès! J'ai déjà donné, à deux reprises, à Mmes Corbisier et Defraigne, des informations sur la chronologie depuis la signature de l'accord, en décembre 2000. La signature d'un protocole ne signifie pas que l'on peut commencer un programme. Je vais vous rappeler la succession des événements:

— Décembre 2000: signature du protocole d'accord en Conférence interministérielle de la Santé;

— Mai 2001: accord, au sein de cette Conférence interministérielle, sur le protocole qui organise l'algorithme utilisé pour le programme de dépistage;

— Juin 2001: l'INAMI donne les numéros de nomenclature précis pour cette campagne; en dehors de ces numéros de nomenclature, la gratuité n'est pas assurée aux femmes;

— Décembre 2001: publication au *Moniteur belge* de l'arrêté royal relatif au tiers payant pour les mammothests; on peut difficilement s'en passer.

Vous pouvez donc partir de janvier 2002.

Deuxième préalable, tous les centres provinciaux ont envoyé leurs invitations pour les mois d'août et de septembre, et les invitations d'octobre partiront bien ce mois-ci. Nous organisons donc le rattrapage des mois d'août et de septembre. Je n'ai, pour ma part, fait un communiqué sur le lancement officiel de cette campagne qu'au mois d'août. Les invitations concernent les femmes de 50 à 69 ans qui sont nées un jour pair en août, septembre et octobre. Les femmes nées un jour impair seront, elle, invitées l'année prochaine. Le but est de réaliser un dépistage par mammographie tous les deux ans.

Le nombre d'unités agréées est de 70 et celui des radiologues agréés pour la première lecture est de 124 et, pour la seconde lecture, de 20. La procédure est extrêmement exigeante en termes de qualité technique — il s'agit d'un programme européen qui exige la qualité maximale. Cela a un impact tout à fait positif en Communauté française puisque nous disposons désormais d'un parc d'installations de mammographie de haute qualité.

Il faut savoir qu'à l'examen des dossiers qui ont été introduits, seules deux unités ont pu être agréées d'emblée. Les autres ont dû adapter leur matériel, ce qui représente un investissement et prend du temps. La procédure d'agrément a donc été lente mais elle nous permet de disposer d'un matériel de haut niveau.

J'en reviens maintenant à vos questions.

Concernant l'agrément des unités en province de Liège, je dirai que les conditions d'agrément sont identiques dans toutes les provinces et la répartition géographique est globalement satisfaisante. Je n'ai pas d'explication particulière à fournir quant à la situation liégeoise, hormis, peut-être, le fait que la province a maintenu un parc de mammothests qui s'adressent aux femmes de 40 à 69 ans et qui circulent dans la province. La logique du programme de la Communauté française est tout à fait différente: on s'adresse, sur la base d'un consensus scientifique mondial, aux femmes de 50 à 69 ans et on procède par invitation. La présence de ces mammothests a peut-être pu réduire la motivation des radiologues mais on peut supposer que, le programme se mettant concrètement en route, d'autres

unités de mammographies introduiront des demandes d'agrément.

Pour répondre à votre deuxième question, je dirai que le logiciel d'enregistrement est en place dans les centres depuis le mois d'août mais il a souffert de problèmes de mise en route. Ce logiciel a été commandé à l'Institut scientifique de santé publique. Ces difficultés sont aujourd'hui répertoriées, une vérification sur le site est en cours et les aménagements nécessaires seront entrepris dans les meilleurs délais. Nous y travaillons avec un sentiment d'urgence, croyez-le bien. Une part des difficultés rencontrées ne tient toutefois pas au logiciel mais au fichier de population qui nous est transmis par la Banque-Carrefour. Ce fichier contenait un trop grand nombre d'erreurs pour être utilisé. Ce problème est aussi en voie de règlement. A titre d'exemple, je vous citerai une erreur des plus évidentes et parlantes: inviter à un dépistage une femme déjà soignée pour un cancer, ce qui est pour le moins maladroit.

J'aborde votre troisième question. Il n'est bien sûr pas question de mener une campagne de ce type sans disposer des outils nécessaires à son suivi. C'est bien le sens de ce qui précède. La Communauté française a eu des exigences très élevées, plus élevées qu'en Communauté flamande. Aujourd'hui, le programme lancé est un programme de santé publique. Il ne s'agit pas d'un programme tape-à-l'œil. C'est bien à ce titre que je terminerai sa mise en place.

En réponse à votre quatrième question, je dirai que les centres de coordination disposent d'un référent au sein de mon cabinet qui est le même depuis les premiers jours. Il s'agit du docteur Jacques Morel.

Le nombre important d'acteurs concernés rend évidemment le problème de la cohérence et de la communication tout à fait central.

Il faut savoir que les centres provinciaux ne sont pas les seuls à participer à la campagne. D'autres acteurs ont leur importance dans le dispositif: les médecins traitants, généralistes et gynécologues, les radiologues, les spécialistes en communication, les usagers, les évaluateurs ... Le centre communautaire de référence a reçu mandat pour être un lieu de concertation et pour assurer la cohérence du programme, pour en garantir l'exécution suivant les critères de qualité. Il a travaillé jusqu'à présent sur les dossiers d'agrément. La création d'une nouvelle ASBL regroupant la plupart des acteurs, y compris les provinces, devra lui permettre de remplir dorénavant sa mission de coordination. Un comité de pilotage rassemblera les facultés de médecine, les sociétés de généralistes, les gynécologues, les radiologues, les communicateurs, les évaluateurs et les usagers autour du coordinateur du centre. La direction générale de la Santé sera présente comme observateur. La première réunion de cette ASBL aura lieu ce 21 octobre.

Pour répondre à votre cinquième question, je dirai que la facturation auprès des mutuelles ne pose pas de problème puisque les numéros de nomenclature existent pour permettre le remboursement. La difficulté — qui, une fois de plus, ne vient pas de nous — réside dans les différences dans la procédure édictée par les mutuelles pour réaliser cette facturation de façon informatisée. Cette procédure n'est pas harmonisée. Un nouveau contact avec le Collège intermutuelliste est prévu pour une harmonisation des procédures.

Vous aurez ainsi toute la lumière sur les questions que vous avez posées et je compte évidemment bien sur votre vigilance de tous les instants.

M. le Président. — La parole est à Mme Molenberg pour une réplique.

Mme Isabelle Molenberg (MR). — Madame la ministre, je voudrais réagir au préambule de votre réponse. Vous semblez en effet penser que c'est avec retard que je m'inquiète de cette situation alors que nous tenons aujourd'hui la première réunion utile après la rentrée. Or, en tant que parlementaire, il me paraît normal de relayer des préoccupations qui s'expriment sur le terrain et dont certaines datent du mois de septembre. Je ne vois pas très bien comment nous aurions pu être plus diligents, à moins de changer la date de la rentrée parlementaire, ce à quoi je ne suis pas opposée.

Par ailleurs, le ton que j'utilise est celui du terrain. Ce sont des préoccupations rencontrées par les gens. Il appartient aux parlementaires de faire écho aux propos issus de plusieurs sources et, à ce titre, le parlementaire est prié de vérifier qu'il ne s'agit pas d'une opinion isolée.

Poser des questions sur ce ton fait partie de la liberté du parlementaire.

Cela étant, j'ai entendu vos réponses et je note qu'une série de problèmes semblent trouver une solution concrète sur le terrain. Je m'en réjouis, ainsi que de la tenue d'une réunion en octobre. Vous pourrez compter sur ma vigilance car il s'agit d'un programme très important en termes de santé publique.

M. le Président. - - Voilà qui clôt l'heure des questions.

— L'heure des questions se termine à 11 h 25.