

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

PARLEMENT

DE LA

COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2007-2008

14 NOVEMBRE 2007

COMPTE RENDU INTÉGRAL

SÉANCE DU MERCREDI 14 NOVEMBRE 2007

TABLE DES MATIÈRES

1	Ordre des travaux	3
2	Questions orales (Article 64 du règlement)	3
2.1	Question de M. Paul-Olivier Delannois à Mme Marie Arena, ministre-présidente, chargée de l'Enseignement obligatoire, et à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « stage formatif court des médecins scolaires et aux pénuries des médecins scolaires »	3
2.2	Question de M. Paul Galand à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à « l'avancement du projet de campagne de vaccination contre le cancer du col de l'utérus »	5
2.3	Question de Mme Chantal Bertouille à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à « www.accueildesenfants.be et à la participation de la Communauté française »	7
2.4	Question de Mme Chantal Bertouille à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « journée mondiale de lutte contre le diabète »	8
2.5	Question de Mme Chantal Bertouille à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « trafic d'enfants et à l'adoption d'enfants du Guatemala »	9
2.6	Question de M. Yves Reinkin à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative à « l'avenir de l'ONE et au soutien aux parents en Communauté française »	12
2.7	Question de Mme Véronique Bonni à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative aux « travailleurs médico-sociaux »	12
2.8	Question de M. Benoît Langendries à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative au « cas de pollution au PCB à Hennuyères et à Tubize »	14

Présidence de M. Paul Galand, président.

– *L'heure des questions et interpellations commence à 13 h 40.*

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

1 Ordre des travaux

M. le président. – La question orale de Mme Isabelle Emmery à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, sur le « suivi de l'application du décret modifié du 28 avril 2004 relatif à la connaissance et au soutien des écoles de devoirs et aux moyens budgétaires qui leur sont allouées » est reportée.

La question de M. Damien Yzerbyt à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative à « l'existence de statistiques et à l'utilisation de celles-ci » est également reportée.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH). – Je désire reporter ma question portant sur le dépistage du cancer du sein afin qu'elle puisse être transformée en interpellation.

M. le président. – Votre demande sera relayée en conférence des présidents.

2 Questions orales (Article 64 du règlement)

2.1 Question de M. Paul-Olivier Delannois à Mme Marie Arena, ministre-présidente, chargée de l'Enseignement obligatoire, et à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « stage formatif court des médecins scolaires et aux pénuries des médecins scolaires »

M. Paul-Olivier Delannois (PS). – À l'heure où le *numerus clausus* ne cesse d'alimenter le débat dans différents milieux, je souhaiterais évoquer une mesure adoptée par la Communauté française à votre initiative, madame la ministre,.

En effet, le 21 juin 2005, nous avons examiné – et voté – une disposition qui vise précisément à remédier à la pénurie de médecins dans les services de promotion de la santé à l'école en permettant aux docteurs en médecine d'entrer directement en fonction à condition de suivre, dans les trois ans suivant leur entrée en fonction, un stage formatif court pour obtenir un certificat de médecine scolaire. Un arrêté du 17 février 2006 définit

par ailleurs les modalités de ce stage. Je souhaiterais vous interroger aujourd'hui sur les retombées de cette mesure.

Pouvez-vous déjà nous dresser un bilan ? Combien de médecins ont entrepris ce stage formatif ? De quels services – par réseau et par région géographique – relèvent-ils ? Sont-ils en concurrence avec des jeunes médecins généralistes qui se lancent dans cette branche de la médecine préventive ?

Au cours de nos discussions en commission, vous avez déclaré ne pas disposer de chiffres précis quant au nombre de médecins scolaires manquants. Êtes-vous en mesure de nous les donner aujourd'hui ? Avez-vous commandé une enquête dans l'ensemble des services PSE pour connaître le nombre de médecins actifs et le nombre de médecins manquants ? Certaines régions seraient-elles particulièrement touchées par cette pénurie de médecins ?

Enfin, plusieurs de mes collègues ont insisté sur la nécessité de mener un débat plus global sur la valorisation sociale et pécuniaire de ces fonctions médicales afin d'attirer davantage de praticiens en médecine préventive. Partagez-vous cette réflexion ? Une campagne de sensibilisation des futurs généralistes, axée sur l'importance des fonctions médicales dans les services PSE, est-elle en cours ? Comptez-vous, à l'occasion du prochain budget, dégager des moyens supplémentaires pour améliorer le statut de ces médecins scolaires ?

Certains CPMS connaissent une pénurie de médecins scolaires. Or, l'on sait combien la tridisciplinarité est une composante plus qu'essentielle de ces centres.

D'aucuns expliquent cette pénurie par les rémunérations et par des horaires de travail – souvent des temps partiels – difficiles à combiner avec une pratique en cabinet privé.

Ainsi, dans les limites de compétences de la Communauté française, pouvez-vous nous dire, madame la ministre, si vous envisagez de mener une réflexion avec le pouvoir fédéral – dès que celui-ci sera sorti de l'impasse – pour dégager des pistes permettant de contribuer à résoudre ce problème de pénurie et ainsi défendre la pluridisciplinarité là où elle est fondamentale ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – La pénurie de médecins scolaires est une problématique déjà ancienne et préoccupante. Les dispositions réglementaires prises par le gouvernement précédent et qui visaient à augmenter la professionnalisation des équipes et l'implication des médecins

dans l'ensemble des missions des services poursuivraient un objectif clair d'amélioration de la qualité du travail. Il fallait atteindre cet objectif en améliorant la formation des médecins scolaires et en réglementant le temps minimum qu'ils consacraient à leurs activités. Les praticiens doivent donc avoir les titres requis et prêter au minimum quarante heures par mois. Bien que louables, ces dispositions ont très probablement aggravé la pénurie.

Face au constat selon lequel de telles exigences ne permettraient plus aux services d'obtenir l'indispensable collaboration médicale, elles ont été adaptées à la réalité du terrain et deux nouvelles dispositions réglementaires ont été prises.

Il s'agit tout d'abord de l'engagement immédiat des généralistes candidats sans les titres requis, moyennant l'organisation, au moment de leur prise de service, d'une formation théorique et pratique de huit heures, ajoutée à la condition de s'inscrire, dans les trois ans qui suivent leur engagement, à la formation nécessaire à l'obtention du titre universitaire requis, c'est-à-dire le fameux certificat en médecine scolaire.

Deuxièmement, la clause de durée des prestations a été assouplie : seul un des médecins du service doit prêter quarante heures par mois pendant les semaines d'obligation scolaire, c'est-à-dire trois cent soixante heures par an, les autres ne sont tenus de prêter qu'au minimum vingt heures par mois, soit cent quatre-vingt heures par an.

Depuis ces nouvelles dispositions, sept médecins ont suivi le stage formatif court. Force est de constater que malgré les dispositions prises, la pénurie est toujours d'actualité.

Elle s'observe d'ailleurs partout, que ce soit en milieu hospitalier, généralistes y compris, dans les laboratoires, à l'ONE, en médecine du travail ou dans les mutuelles. Elle est en grande partie aggravée par les dispositions d'attribution des numéros Inami. L'augmentation des offres d'emplois pour les jeunes praticiens diminue d'autant la disponibilité pour la médecine scolaire. Le constat est d'autant plus évident que l'heure prestée par un médecin généraliste en médecine scolaire est souvent moins bien rétribuée que dans d'autres secteurs avec en sus, de grandes disparités entre les différents services PSE : la situation semble la plus favorable dans le réseau de la Communauté française, nettement moins favorable dans le provincial et encore moins dans le communal et le libre.

Il est évident qu'un médecin généraliste qui serait disposé à prêter un certain nombre d'heures en médecine scolaire, avec des horaires le plus

souvent très dispersés, ne pourra les prêter qu'à proximité de son cabinet ou de son domicile, ce qui limite encore d'autant les possibilités de recrutement.

Ce problème est spécifique aux médecins des services car le plus souvent vacataires et indépendants, ils n'ont pas pu bénéficier de la revalorisation du non-marchand.

Nous avons parfaitement conscience de la problématique mais également de la diversité des services PSE. C'est cette grande variation de situations, tant du point de vue des ressources financières qu'humaines qui rend encore plus difficile la prise de mesures correctives.

En ce qui concerne l'âge des médecins candidats, je ne dispose pas de statistiques à ce sujet mais au vu des multiples témoignages qui concordent, il semble clair qu'ici aussi, nous nous trouvons face à un autre effet pervers imprévu : un certain nombre de praticiens expérimentés ont cessé leur activité en médecine scolaire et ont été remplacés par de jeunes confrères. Les médecins expérimentés n'ont le plus souvent pas pu ou pas voulu se plier aux nouvelles exigences, que ce soit pour les heures à prêter, pour les nouvelles missions à effectuer, pour les honoraires jugés trop maigres, et parfois versés avec des mois de retard à cause des difficultés financières des services.

Les services sont demandeurs de définition de taux d'encadrement optimaux, par chacune des professions des services et par nombre d'élèves sous tutelle, pour remplir les missions dont la charge de travail se verrait alors répartie sur chacun de ces professionnels.

Les rôles respectifs des divers professionnels dans les équipes – psychologues, infirmiers, assistants sociaux et médecins – pourrait faire l'objet de textes légaux. Je suis consciente que la problématique de la revalorisation des prestations et des normes d'encadrement devrait être analysée en profondeur. Cela ne peut se faire sans engagement budgétaire conséquent de la part du gouvernement. Des avancées budgétaires ont déjà eu lieu pour la médecine scolaire, notamment pour les services de promotion de la santé à l'école.

Ma priorité a été de rendre le décret de 2002 applicable et de simplifier ainsi grandement le travail administratif des services et les calculs des subventions. De plus, j'ai travaillé à la mise en place du recueil des liens informatisés ; chaque service recevra une aide financière pour l'achat de matériel et d'instruments. En 2008, j'entamerai une réflexion sur les médecins scolaires afin de répondre à la pénurie croissante.

Grâce à une étroite collaboration avec Mmes Arena et Simonet, ministres compétentes respectivement en relations intra-belges et en relations internationales, le gouvernement créera prochainement une *task force* sur le *numerus clausus* et ses enjeux, comme la restriction de l'attribution des numéros Inami. Son objectif est de préparer les négociations avec le fédéral. La ministre-présidente souhaite en effet que la Communauté française se présente unie après avoir consulté l'ensemble des acteurs : professeurs, étudiants, universités, chercheurs, industriels et personnes de terrain. Dès que le gouvernement fédéral sera mis en place, la *task force* rencontrera les représentants de la nouvelle coalition pour négocier une solution à la pénurie de médecins qui s'annonce. Nous en voyons déjà les effets à différents niveaux, lieux et secteurs, bien que la situation ne soit pas uniforme.

M. Paul-Olivier Delannois (PS). – Je vous remercie pour vos réponses. Nous sommes d'accord sur les constats. En être conscient est déjà une étape, tenter de régler le problème en est une autre.

(Mme Chantal Bertouille prend la présidence de la commission.)

2.2 Question de M. Paul Galand à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à « l'avancement du projet de campagne de vaccination contre le cancer du col de l'utérus »

M. Paul Galand (ECOLO). – Le 5 septembre dernier, le ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé publique, accompagné par la ministre-présidente de la Communauté française, annonçait le remboursement du vaccin contre le cancer du col de l'utérus à partir du 1er septembre 2007. Ce remboursement est partiel car le prix sera de trente et un euros pour les trois injections et limité à certaines tranches d'âge.

Lors d'une séance précédente, je vous avais interrogée, ainsi que la ministre-présidente, sur divers aspects du dossier notamment le calendrier de la campagne, la concertation avec les vaccinateurs, la faisabilité et le coût d'une campagne massive de vaccination ciblée sur quatre cohortes d'âge de jeunes filles et la nécessité du développement d'un dépistage généralisé.

Les réponses apportées par la ministre-présidente montrent que la campagne de vaccination présentée comme une « priorité du gouvernement de la Communauté française » est loin d'être mise en œuvre.

Depuis lors, plusieurs prises de position ont été entendues, notamment sur l'efficacité du vaccin, la nécessité d'organiser une campagne cohérente et une prévention rationnelle. Ces préoccupations rejoignent et amplifient les recommandations du Conseil supérieur de la santé.

Une première question porte sur l'identification des vaccinateurs. Les médecins généralistes, représentés par l'Association belge des syndicats médicaux (Absym), l'Association des médecins de Famille (AMF), le Forum des associations généralistes (FAG), le Groupement belge des omnipraticiens (GBO) et la Société scientifique de médecine générale (SSMG) ont fait savoir qu'ils étaient prêts à relever le défi. Ils souhaitent jouer un rôle plus central dans cette campagne. Ils dénoncent cependant le flou actuel et le manque de vue d'ensemble.

Pour remédier à cela, les généralistes demandent l'instauration d'un registre des vaccinations. En effet, une centralisation de ces données éviterait une survaccination inutile et dangereuse. De plus, les médecins auraient une meilleure connaissance de l'état vaccinal d'un patient et d'une collectivité.

Pour Philippe Vandermeeren, président du GBO, « si une jeune fille de treize ans se fait vacciner et que, quinze ans plus tard, on détecte un problème au col de l'utérus, qui pourra confirmer qu'elle a bien été vaccinée ? »

Par ailleurs, la *Folia Pharmaceutica* d'octobre 2007, éditée par les instances fédérales de Santé publique, s'attarde également sur le remboursement du Gardasil pour préciser que « toutes les questions relatives à ce vaccin ne sont pas encore élucidées. Ainsi la durée de protection n'est pas connue, les données ne concernent qu'une période couvrant jusqu'à cinq ans après la vaccination et on ne sait pas si une vaccination de rappel sera nécessaire. Par ailleurs, il est impossible de prévoir l'évolution ultérieure des types de virus HPV non repris dans le vaccin : la vaccination mènera-t-elle à une sorte de protection croisée ou, au contraire, le caractère pathologique de ces autres souches sera-t-il renforcé ? »

Les gynécologues se sont également exprimés, notamment par les voix de Jean Doyen, praticien, et de Jean-Michel Foidart, professeur à l'ULg. Ils ont, eux aussi, recommandé la tenue d'un registre de vaccination, l'instauration rapide d'un programme de dépistage du cancer du col et l'information systématique des femmes lors des vaccinations et des dépistages.

Les acteurs de terrain demandent donc que ce dossier soit géré avec précaution et bonne gouver-

nance. Il s'agit de mettre en place une organisation rationnelle de la prévention du cancer du col, comme je l'évoquais déjà dans mon interpellation précédente. Nous devons faire en sorte que les millions d'euros investis dans la campagne soient utilisés de façon rigoureuse.

Comment la concertation s'est-elle engagée entre les différents vaccinateurs, les niveaux de pouvoir et les plannings familiaux le cas échéant ?

Je souhaite obtenir un calendrier précis et une méthodologie détaillée de la mise en œuvre de cette concertation.

Quelle est la volonté du gouvernement pour le choix des vaccinateurs ? Êtes-vous favorable à la mise en place d'un registre de vaccination ? Dans quelles conditions ? La Communauté française est-elle prête à travailler à la création d'un tel registre à l'échelon fédéral ?

Où en est le gouvernement dans la mise en place du programme de dépistage du cancer du col de l'utérus en Communauté française repris dans les objectifs du programme quinquennal de promotion de la santé de la Communauté française 2004-2008 ?

Comment comptez-vous tenir compte des interrogations sur l'efficacité du vaccin proposé et son impact sur les autres souches non comprises dans le vaccin ?

Le 1^{er} décembre reste-t-il la date du lancement de la campagne ?

Mes interrogations sur l'éducation à la vie relationnelle, affective et sexuelle recommandées par les acteurs de terrain et le Conseil supérieur de la santé sont toujours d'actualité et j'attends encore des réponses concernant la systématisation de ce type d'éducation.

Cette campagne de vaccination soulève toujours un certain nombre de questions sur le plan scientifique, sur le plan de sa concrétisation, de son organisation et des mesures d'accompagnement.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – À la suite de l'annonce du remboursement du vaccin Gardasil par l'Inami, j'ai pris des mesures pour que le corps médical, les services PSE et PMS ainsi que les familles et les adolescentes puissent avoir accès à une information cohérente et complète sur la prévention du cancer du col de l'utérus.

Cette information est basée sur trois points principaux : le rôle du vaccinateur – médecin traitant, généraliste et gynécologue –, l'importance du dépistage comme première mesure de prévention et l'efficacité limitée de la vaccination à cer-

taines souches de papillomavirus.

Dans les jours qui viennent, j'adresserai une lettre à tous les médecins généralistes et gynécologues afin de confirmer leur rôle de vaccinateur principal et d'insister sur la première mesure de prévention : le dépistage par frottis.

Par ailleurs, lors d'une réunion de concertation avec ma collègue Marie Arena, nous avons décidé d'adresser avant la fin de ce mois une lettre d'information conjointe à tous les parents des jeunes filles concernées par la vaccination. Ce courrier sera envoyé pour information aux médecins des services PSE.

Un dépliant sera rédigé en collaboration avec Question Santé et diffusé avant la fin de ce trimestre aux services PSE et PMS ainsi qu'à la Fédération des plannings familiaux. Il pourra être distribué aux familles avec le courrier reprenant les résultats du bilan médical obligatoire.

Il appartient aux médecins traitants et aux gynécologues de délivrer l'ordonnance et de procéder à la vaccination. Le rôle des médecins PSE se limite à donner les informations adéquates aux jeunes filles concernées et à leurs parents.

La mise en place d'un registre de vaccination permettrait d'obtenir une information fiable sur le statut vaccinal de chacun. Une réflexion permettant la mise en place d'un tel registre est inscrite dans les objectifs du programme communautaire opérationnel (PCO) actualisé pour 2007-2008 et cette thématique sera abordée lors de la semaine européenne de vaccination en avril 2008.

Il est également prévu de mener une campagne d'information et de sensibilisation afin de favoriser une couverture adéquate de l'ensemble des femmes concernées par le dépistage. Les recommandations prévoient un frottis tous les trois ans à partir de vingt-cinq ans. Il faut noter que l'on observe un « surdépistage » dans certaines tranches de population.

Je ne sais pas s'il m'appartient de répondre à votre question concernant l'efficacité du vaccin. Comme vous le savez, la décision de remboursement appartient à l'Inami. Je me permets de me référer au tout récent rapport du KCE, le Kenniscentrum – Centre d'expertise, qui met l'accent sur la limitation des souches concernées par les deux vaccins, le Gardasil et le Cervarix, ce dernier ne bénéficiant pas encore d'une autorisation, et sur la méconnaissance de la durée de protection du vaccin, étant donné que le suivi se limite à cinq ans. Il est important de préciser que le KCE se base sur les études actuelles car personne ne saura, avant de connaître les résultats des études ultérieures,

quelle est l'efficacité à moyen et long termes du vaccin. Je me réfère également au rapport du KCE sur l'importance de poursuivre et de promouvoir le dépistage par frottis.

Une des recommandations du KCE est également « qu'en raison des incertitudes liées à la vaccination contre le HPV, l'image trop optimiste véhiculée par les médias devrait être contrebalancée par des informations indépendantes, correctes et complètes pour permettre un choix éclairé par les décideurs et les individus ». D'où l'importance des mesures mises en œuvre par mon cabinet et mon administration pour diffuser une information cohérente et complète sur l'organisation de la prévention du cancer du col.

Selon l'arrêté ministériel publié au *Moniteur belge* du 18 octobre 2007, le remboursement par l'Inami sera d'application à partir du 1er novembre et non du 1er décembre 2007.

M. Paul Galand (ECOLO). – J'aurais préféré, pour des questions de cohérence, que la ministre-présidente de la Communauté française et le ministre fédéral associent la ministre de la Santé à l'annonce publique.

Malgré mon intervention en séance plénière, je me suis permis d'intervenir à nouveau ici sur ce sujet après avoir lu les *Folia Pharmaceutica*.

Je crains que nous n'appliquions pas avec suffisamment de rigueur le principe de précaution. Si j'ai bien compris, la campagne est lancée sans registre, alors que l'efficacité n'est garantie que pour une période de cinq ans. Comment allons-nous réaliser un suivi épidémiologique sans registre ? Nous ne saurons pas qui est vacciné et il sera donc difficile d'évaluer les effets.

Une revue scientifique, *Folia pharmaceutica*, distribuée à tous les médecins belges par les autorités de santé publique et de pharmaco-vigilance attirait récemment l'attention sur le risque qu'il y avait que certaines souches deviennent plus virulentes. La prudence et la précaution doivent être de rigueur. Les firmes pharmaceutiques, qui ont fait tant d'efforts pour promouvoir leur produit, vont-elles contribuer financièrement à en assurer le suivi ou est-ce, une fois de plus, la collectivité qui devra prendre en charge les mesures de prudence et le privé qui récoltera les bénéfices ?

Il ne serait pas prudent de lancer la campagne sans registre. Cela ne relève pas uniquement de la responsabilité de la Communauté française. L'Inami dispose d'autres moyens et pourrait contribuer aux mesures de suivi nécessaires. Que l'on ne vienne pas se plaindre dans quelques années !

(*M. Paul Galand, président, reprend la présidence*)

2.3 Question de Mme Chantal Bertouille à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à « www.accueildesenfants.be et à la participation de la Communauté française »

Mme Chantal Bertouille (MR). – En février, je vous ai interrogée, madame la ministre, sur la création, par la Région wallonne, du site www.accueildesenfants.be. Son premier objectif était de lutter contre les discriminations dont pourraient être victimes les femmes sur le marché de l'emploi en Région wallonne en leur fournissant une liste aussi complète que possible des structures d'accueil de l'enfance et de la petite enfance existant dans leur commune.

Ce projet est assez ancien puisqu'il date de 2002. Sa première version a été remaniée à la suite des remarques de l'ONE car les objectifs du site ne correspondaient pas tout à fait à ceux de l'Office. Un appel à projets a alors été lancé. Ensuite, l'Observatoire de la Communauté française a été associé à l'extension du projet à l'ensemble de la Région wallonne. Cent travailleurs sous statut PTP ont d'ailleurs été engagés pour la réalisation du site.

De quels ajustements demandés par l'ONE a-t-on tenu compte pour le recensement en cours ? Sur la base de quels critères les structures existantes seront-elles retenues pour figurer sur ce site ? Les initiatives locales d'accueil de l'enfance sont très nombreuses. Toutes ne possèdent toutefois pas le label de l'ONE. Comment les parents pourront-ils savoir si la structure accueillant leurs enfants répond bien aux normes de l'ONE ?

Ce recensement constitue évidemment un travail colossal, de longue haleine. Comment les informations seront-elles mises à jour sur le site ? L'ONE informera-t-elle les gestionnaires du site d'un retrait d'agrément ou de la création d'une structure ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Le projet de portail est financé par les subsides européens « Equal ». Il a pour objectif d'une part de concilier plus aisément les vies professionnelle et familiale et d'autre part, de concrétiser l'égalité entre les hommes et les femmes dans l'accès au marché du travail. Ce projet est également soutenu par la Région wallonne et s'inscrit ainsi dans un ensemble de mesures destinées à lever les freins à l'emploi.

Pour répondre à cet objectif, le projet s'articule autour de deux axes. Le premier est le développement de la visibilité de l'offre globale d'accueil des enfants de moins de douze ans. Cela permet aux travailleurs de trouver une solution d'accueil proche de leur domicile ou de leur lieu de travail. Le système permet dès lors à tous les opérateurs d'accueil et aux associations de bénéficier d'une publicité gratuite de leurs activités. Le second axe, qui ne représente qu'une petite partie du projet, vise à améliorer l'accès aux places disponibles en accueil d'extrême urgence ponctuels ou de très courte durée. Il est complémentaire à un outil portant plus particulièrement sur l'accueil des enfants en dessous de trois ans qui permettrait aux parents d'être informés des places disponibles dans les milieux d'accueil dits classiques.

Les informations relatives aux structures d'accueil reprises sur le site sont nombreuses. Elles sont encodées dans le système via un accès sécurisé. L'utilisateur peut être la structure elle-même ou toute autre personne susceptible d'être en possession de ces informations et disposant de l'accord de la structure pour les diffuser. Il peut par exemple s'agir des coordinateurs ATL des services communaux.

Par ailleurs, dès que la date de validité des informations arrive à échéance, le système prévoit un rappel automatique par courrier électronique. Pour l'accueil des enfants de deux ans et demi à douze ans, un renouvellement de l'agrément des programmes est prévu tous les cinq ans par le décret « ATL ». La procédure des mises à jour pourrait donc se faire à ce rythme.

Pour tous les autres types de renseignements, dont le retrait d'agrément, les modalités de la collaboration ne sont pas encore déterminées. Des concertations devront être organisées pour analyser la faisabilité d'une telle démarche. Cette réflexion prendra en compte non seulement les besoins d'information des parents mais également les contraintes de toutes les parties.

Mme Chantal Bertouille (MR). – Je vous ai interrogée sur ce sujet suite à l'annonce du site dans la presse. Or, les informations qu'on y trouve ne sont pas à jour. La coordination devra donc être plus efficace.

Je me réjouis de ce que l'ONE réfléchisse au moyen de tenir ce site à jour afin que les parents puissent être informés de la nature de la structure à laquelle ils font appel.

2.4 Question de Mme Chantal Bertouille à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « journée mondiale de lutte contre le diabète »

Mme Chantal Bertouille (MR). – Le diabète affecterait actuellement 5 % de la population du pays. Si le rythme de croissance de ces dernières années se maintient, dans vingt ans, un habitant sur dix sera atteint.

Le diabète est une maladie bien connue par la population belge, mais ses implications, particulièrement graves pour la santé, sont souvent ignorées. Pour beaucoup, cette maladie a peu de conséquences et de nombreux diabétiques ignorent tout simplement qu'ils en sont atteints. Or, s'il est détecté et pris en charge suffisamment tôt, le diabète n'aura que de légers effets sur le quotidien du malade qui pourra continuer à mener une existence normale.

Malheureusement, les campagnes de dépistage ne sont pas encore systématiques et ce n'est que lorsque les conséquences du diabète sont visibles suite à certains « accidents » que le malade prend conscience de la gravité de son cas. Ce constat peut par exemple être fait quand le patient souffre de problèmes de pieds. C'est parfois à la suite d'une blessure bénigne au pied, qui tarde à guérir, que les malades apprennent qu'ils sont atteints du diabète. Le même constat s'applique aux problèmes et aux accidents cardiovasculaires.

Dans un premier temps, je souhaiterais vous interroger, madame la ministre, sur les campagnes de prévention. Comment la Communauté française aborde-t-elle la question du diabète ? Y a-t-il des campagnes de prévention spécifiques ou ce problème est-il systématiquement abordé dans le cadre plus général de la prévention en matière de santé ou de lutte contre certaines maladies ?

Interrogée à ce sujet en octobre 2006, vous sembliez intéressée par l'idée d'une campagne de sensibilisation au diabète, en collaboration avec l'Association belge du diabète (ABD), dans le cadre, par exemple, de la Journée mondiale du 14 novembre. Que ressort-il des contacts que vous avez eu avec l'ABD ? Quelles actions ont-elles eu lieu, notamment dans le cadre de la Journée mondiale du diabète ?

Il faut également s'attaquer aux facteurs et aux causes aggravant sensiblement cette maladie. On cite souvent comme causes principales les mauvaises habitudes alimentaires et la sédentarité. D'autres facteurs tels que la cigarette ou encore la consommation d'alcool pourraient avoir un effet

négatif. Ces dernières années, l'alimentation saine est l'un des axes majeurs de prévention. Comment la question du diabète est-elle abordée dans ces diverses campagnes ?

Le diabète est l'une des grandes maladies du XXI^e siècle et de plus en plus de jeunes en sont atteints. Il est temps d'agir !

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Le travail réalisé pour la prévention du diabète de type II est omniprésent dans les actions développées par la Communauté française dans le domaine de la santé.

Je voudrais rappeler que le diabète de type II représente plus de 85 % de tous les cas de diabète, il est dix fois plus fréquent que celui de type I. L'étiopathogénie des différents types de diabète n'est pas du tout la même.

Prévenir le diabète de type II, c'est s'attaquer aux causes et aux origines de cette affection. Totalemment absent chez les jeunes de dix ou quinze ans, ce diabète est directement lié au surpoids et aux déséquilibres alimentaires, éventuellement accompagnés d'une hypersédentarité, voire d'autres facteurs moins importants.

Prévenir le diabète, c'est agir à la fois sur la prévention globale des maladies cardiovasculaires, la promotion d'attitudes alimentaires saines et la lutte contre le surpoids et l'obésité. Pour être efficaces, ces politiques doivent s'inscrire dans le moyen et le long terme. Modifier des habitudes n'est cependant pas chose aisée. C'est un travail à réaliser en amont du développement de la maladie. Il faut sensibiliser les enfants, les jeunes et tout un chacun à manger mieux et à bouger plus.

Je ne reviendrai pas sur toutes les actions menées par la Communauté française. En outre, dans le cadre du Plan communautaire opérationnel (PCO), l'on encourage également les médecins généralistes à promouvoir le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire.

De nombreuses associations développent aussi des projets en faveur de la promotion des attitudes saines, tant chez les jeunes que chez les adultes. Elles sont d'ailleurs reprises, pour partie, dans le cadastre cardiovasculaire disponible sur le site internet de la santé de la Communauté française.

Concernant l'ABD (Association belge du diabète) et la Journée mondiale, je rappellerai que c'est le rôle des associations d'attirer l'attention du grand public sur des problématiques particulières et de faire connaître leurs actions et leurs interventions.

J'ai expliqué le champ d'intervention de la Communauté française et j'ajouterais que dépister le diabète dans l'ensemble de la population n'est pas nécessaire, en particulier pour celui de type II. C'est pourquoi l'action des associations consistent à sensibiliser à cette maladie, souvent longuement ignorée par les personnes atteintes car les symptômes sont peu marqués.

La Journée mondiale du diabète du 14 novembre est l'occasion d'attirer l'attention du public sur cette maladie méconnue. La Communauté française intervient à un niveau macro, c'est-à-dire sur l'origine de cette maladie afin d'enrayer son incidence. Il faut par ailleurs rester attentif au vécu des patients, à leurs antécédents et leur situation clinique. Il revient au médecin ensuite d'éventuellement procéder à une analyse glycémique ou à une hyperglycémie provoquée.

Il ne faut pas se précipiter dans une action valorisante pour celui qui l'organise alors que l'on sait scientifiquement et rationnellement qu'un dépistage généralisé est inutile.

Mme Chantal Bertouille (MR). – Vous avez démontré l'intérêt que vous portiez à cette pathologie. Les campagnes sont transversales comme souvent en Communauté française. Le bilan du programme quinquennal de promotion de la santé sera l'occasion d'évaluer ces diverses actions et campagnes. Le rôle de la Communauté française est de soutenir les associations de terrain et la Journée mondiale qui permet de parler de cette maladie.

Je ne pense pas qu'un dépistage généralisé soit nécessaire mais il faut sensibiliser l'ensemble de la population.

2.5 Question de Mme Chantal Bertouille à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « trafic d'enfants et à l'adoption d'enfants du Guatemala »

Mme Chantal Bertouille (MR). – Des histoires de trafic d'enfants sont régulièrement relatées dans la presse. En août dernier, les médias français ont mentionné le cas d'un orphelinat guatémaltèque suspecté de pratiques d'adoption clandestine. J'ai cet article sous les yeux.

Les enfants étaient volés ou enlevés de force à leurs familles et proposés à l'adoption moyennant le versement d'une somme d'argent parfois très importante et la fourniture de faux documents.

Cette fraude serait rendue plus difficile si les instruments juridiques mis en place au plan in-

ternational avaient été adoptés par l'ensemble des pays réellement impliqués. On songe tout particulièrement à la Convention de La Haye, qui n'a pas encore été ratifiée par le Guatemala.

La mise en place de nouvelles procédures en matière d'adoption internationale est un mal nécessaire pour lutter contre ce genre de trafic.

Ce thème de l'adoption est une matière très sensible. Certains parents sont découragés par les lenteurs des procédures officielles mises en place dans différents pays et notamment en Communauté française. Ils sont parfois tentés par d'autres circuits qui pourraient être plus rapides et moins difficiles. Ces futurs parents ne sont pas toujours conscients d'agir dans l'illégalité. Ils partent d'un bon sentiment et, parfois, leur geste cautionne des cas de vol et de trafic d'enfants.

Outre le Guatemala, madame la ministre, avez-vous eu connaissance d'autres cas de ce type ? Quelles sont les mesures adoptées par la Communauté française pour lutter contre ces pratiques ?

Généralement, les parents sont découragés face aux difficultés qu'ils rencontrent dans les procédures officielles et les parcours normaux en Communauté française. Ceux qui souhaitent adopter sont-ils suffisamment informés sur les dangers qu'ils courent et font courir aux enfants en utilisant des filières parallèles ?

À l'échelon international, quelle est l'action menée par la Communauté française en collaboration avec les États à l'origine de ce genre de trafic ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Je l'ai dit hier en séance plénière à propos du Tchad et du Darfour et je le répète ici avec force : l'actualité récente montre bien ce qu'il ne faut pas faire et ne pas laisser faire !

Malgré le vécu des candidats adoptants et toute la compréhension que l'on peut avoir pour leur attente, on ne peut pas accepter que l'adoption se trouve aux mains d'amateurs et ne soit pas régulée par l'autorité publique. J'ai été régulièrement interpellée en commission, voire attaquée dans la presse à ce sujet, mais ce qui s'est passé au Tchad-Darfour a le mérite de démontrer l'importance et l'intérêt de ce qui a été mis en place depuis trois ans en Communauté française.

Vous savez, madame, que ces nouvelles procédures ont permis à la Belgique de se conformer aux principes et aux dispositifs de la Convention des Nations unies relative aux droits de l'enfant de 1989 ainsi qu'à ceux de la Convention de La Haye sur la protection des enfants et la coopération en

matière d'adoption internationale de 1993.

Je ne puis accepter que l'on parle d'un mal nécessaire.

Il s'agit au contraire d'une importante plus-value en termes de contrôle et d'accompagnement des enfants et des candidats adoptants. Les procédures ont été instituées pour prévenir les dérives liées à l'adoption.

La situation du Guatemala est un peu différente de celle du Tchad et du Darfour. Pour rappel, au moment du génocide du Rwanda, des enfants ont été adoptés en Belgique, malgré le fait qu'ils avaient encore une famille au pays. Peu de temps après, les familles d'origine ont ouvert des procès pour récupérer leurs enfants. Pareille situation n'a pas été sans provoquer d'importants dégâts humains, tant pour les familles d'origine et les enfants que pour les familles d'accueil.

Je peux comprendre que les procédures soient un peu longues pour les candidats adoptants. En termes de délais, la Communauté française se situe entre la France et les Pays-Bas. Près de trente mille candidats adoptants français, ayant un certificat d'adoptabilité, attendent désespérément et n'auront peut-être jamais d'enfant.

Aux Pays-Bas, en revanche, les candidats adoptants doivent attendre deux ans après s'être engagés dans une procédure d'adoption, sans pouvoir commencer leur préparation. Contrairement aux a priori, la différence est grande entre le nombre de candidats et le nombre d'enfants réellement adoptables. Nous connaissons la même situation en Belgique.

Nous devons donc être vigilants par rapport au trafic d'enfants, mais aussi ne pas bercer d'illusions les futurs parents et leur faire croire qu'ils auront rapidement un enfant.

Je vous rappelle qu'en Communauté française, neuf enfants adoptés sur dix proviennent de l'étranger.

Depuis des dizaines d'années, nous obtenons des informations relatives à des trafics d'enfants sous le couvert d'adoption internationale. Certains pays sont plus exposés que d'autres à cause de l'absence d'une législation adaptée et de la pression incessante et croissante exercée par les ressortissants des pays d'accueil sur les pays d'origine. Ce ne sont pas les procédures d'encadrement des adoptions qui induisent les trafics d'enfants mais l'absence de procédure ou le manque de rigueur dans leur application. Les trafics d'enfants n'impliquent jamais des candidats adoptants dans des États ayant des mécanismes efficaces de contrôle

et d'encadrement. Par contre, les personnes impliquées, à leur insu ou non, dans de tels trafics résident généralement dans des pays qui n'assument pas totalement leurs responsabilités de pays d'accueil définies par les conventions internationales.

La diminution du nombre d'enfants destinés à l'adoption peut s'expliquer par certains facteurs conjoncturels tels qu'une suspension provisoire des procédures dans l'un ou l'autre pays. Mais ses causes principales sont dues à des facteurs davantage structurels liés au développement socio-économique de certains pays. Celui-ci entraîne fort heureusement une réduction du nombre d'abandons et non une augmentation du nombre d'adoptions nationales. À l'inverse, dans les pays d'accueil, le nombre de candidats à l'adoption ne cesse de croître. On aboutit ainsi à ce déséquilibre qui, s'il n'est pas régulé, induit une pression porteuse de tous les dangers : dérives éthiques, corruption ou profits indus issus de trafics d'enfants.

La Communauté française a pris des mesures pour lutter contre les trafics d'enfants. Les premières concernent la prévention. Au cours des séances d'information organisées durant la préparation obligatoire de tous les candidats adoptants, leur attention est largement attirée sur cette réalité de l'adoption internationale et sur la situation de certains pays qui, par manque de ressources ou de volonté, ne peuvent garantir l'origine et l'adoptabilité des enfants, ni contrôler les agissements de certains intermédiaires. Il s'agit également d'informer et de sensibiliser les candidats sur leurs responsabilités en cas d'abus et de trafics.

Notre Communauté a également beaucoup investi dans la coopération internationale entre les autorités centrales, notamment en collaborant activement avec le Bureau permanent de la Convention de La Haye et en participant aux rencontres annuelles des autorités centrales européennes.

La question du Guatemala et de son système d'adoption qui favorise le trafic d'enfants a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs réunions ces dernières années. La Communauté française a joué un rôle important dans la sensibilisation de ses partenaires européens. Un membre du service de l'adoption de l'autorité centrale communautaire participe au groupe de travail créé par le bureau permanent de la Convention de La Haye et chargé d'apporter une assistance technique à l'autorité centrale guatémaltèque afin de lui permettre de se doter des outils indispensables à l'adoption internationale et, de manière plus large, à la protection de l'enfance.

Enfin, la Communauté française a pris deux initiatives concernant le Guatemala et Haïti

connus pour leur problèmes de trafic d'enfants.

La législation communautaire permet à un candidat adoptant de solliciter directement auprès du service de l'adoption de l'ACC un encadrement de son adoption de manière exceptionnelle et sous de strictes conditions. Une seule demande d'encadrement pour l'adoption d'un enfant guatémaltèque a été enregistrée. Elle a été refusée. Le service de l'adoption a motivé cette décision par le fait que lors de l'examen de la demande, qui a duré quatre mois, aucun élément a permis de recueillir les garanties nécessaires sur l'origine et l'adoptabilité des enfants en question ni sur le bon déroulement des procédures. Le 9 mai 2007, les candidats ont donc reçu une réponse négative.

Par ailleurs, à la fin du mois de novembre, le service d'adoption de l'ACC effectuera une nouvelle mission en Haïti. La précédente remontait à 2000. Depuis nous ne travaillons plus avec ce pays puisqu'il a été constaté qu'un important trafic d'enfants y était organisé. Le temps s'étant écoulé, la nouvelle mission devra évaluer la fiabilité d'une dizaine de crèches à Port-au-Prince.

Un des problèmes avec ces pays est que les autorités internationales ne sont pas toujours en mesure de contacter une structure extérieure qui définisse la situation des enfants. Or, pour qu'un enfant soit adoptable, il doit être orphelin et sans famille. La démarche de la Communauté française consiste donc à trouver des interlocuteurs locaux, autres les autorités locales, tels que des ONG, des orphelinats ou des crèches, avec lesquelles elle peut mettre en place des procédures et avoir des garanties. Peut-être alors, pourrions-nous reprendre les adoptions en provenance de ces pays selon des critères précis, verrouillés et avec des garanties solides sur la transparence des procédures.

Mme Chantal Bertouille (MR). – Heureusement, nous ne sommes pas confrontés tous les jours à des problèmes aussi graves que ceux survenus au Tchad.

Néanmoins, les candidats adoptant ont une telle attente qu'il faut pouvoir les protéger également des tentations qui pourraient les séduire. L'aspect affectif et psychologique est important. La Communauté française doit y être attentive et soutenir les candidats. L'information qu'ils reçoivent au début de leur parcours d'adoption devrait être complétée par une sensibilisation plus large, avant qu'ils ne s'engagent dans la procédure.

2.6 Question de M. Yves Reinkin à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative à « l'avenir de l'ONE et au soutien aux parents en Communauté française »

2.7 Question de Mme Véronique Bonni à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative aux « travailleurs médico-sociaux »

M. le président. – Je propose de joindre ces deux questions. (*Assentiment*)

M. Yves Reinkin (ECOLO). – La presse – tant *La Dernière Heure* que *Le Soir* – a fait état des préoccupations exprimées – en front commun, soulignons-le – par les syndicats concernant la situation de l'Office de la naissance et de l'enfance. Selon eux, en raison d'un manque criant d'effectifs sur le terrain, l'ONE n'est plus en mesure d'assurer toutes ses missions. Ces articles inquiétants m'incitent à vous interroger, d'autant plus que vous avez déjà proposé un certain nombre de pistes.

Ces articles sont l'occasion de mener une réflexion globale sur l'avenir de l'ONE, sur ses missions au service de la santé des enfants, mais aussi de soutien aux familles et aux parents dans une société en complète mutation, où certaines catégories de la population rencontrent de plus en plus de difficultés. Hier, en commission, nous avons reçu des représentants du groupe Agora. Nous y avons abordé la question de l'aide à la jeunesse dans son articulation avec les problèmes du quart-monde. L'ONE joue également un rôle important à cet égard.

J'aurais souhaité savoir comment les négociations relatives au futur contrat de gestion affrontent le besoin d'assurer un service universel de la santé – c'est-à-dire applicable toujours et partout – et d'accompagnement des familles. Comment maintenir cette dynamique à l'échelon de l'ONE ?

Dans la presse, vous vous êtes engagée à répondre au manque d'effectifs dus à la pénurie et à la faible attractivité des fonctions de travailleur médico-social et de médecin. Le ferez-vous dès le prochain conclave budgétaire ? De quelle manière ? À quelle hauteur ? Pouvez-vous chiffrer les manques ?

Enfin, comment le gouvernement de la Communauté française envisage-t-il de conserver un service public de la petite enfance « fort », au moment où le gouvernement semble privilégier la voie des chèques-services, parfois sans grande préoccupation pour la qualité de l'accueil ?

Mme Véronique Bonni (PS). – *Le Soir* du 24 octobre dernier publiait un article intitulé *L'ONE réduite au kit de survie ?* dans lequel le journaliste relayait les propos de deux syndicalistes inquiets de la situation actuelle. En effet, sur un effectif prévu de 769 personnes, il manquerait actuellement 128 travailleurs sur le terrain. Il s'agit essentiellement de travailleurs médico-sociaux qui assurent les consultations de nourrissons, les cars sanitaires et les visites à domicile. Cette situation est particulièrement préoccupante à Bruxelles où, sur les dix visites qu'un enfant doit avoir au cours de sa première année, il peut tout au plus en avoir quatre.

Les syndicalistes précisent qu'il ne s'agit pas de revendication salariale. Le personnel désireux de réaliser les missions pour lesquelles il a été engagé serait très inquiet. Il semble que sans réaction adéquate, on court à la catastrophe.

Soucieuse du rôle majeur des travailleurs médico-sociaux, principalement dans les consultations prénatales et les consultations des nourrissons, j'ai contacté des responsables de mon arrondissement. Les problèmes évoqués par l'article s'avèrent également en province de Liège.

Il est vrai que, suite à la réforme récente, le secteur se réjouit de l'attention apportée par exemple aux locaux. Il regrette toutefois que leurs missions se soient alourdies, notamment avec le projet de soutien à la parentalité, au détriment de leur mission principale, à savoir l'accompagnement des enfants et de leurs parents. À condition de pouvoir consacrer le temps nécessaire, les visites constituaient jusqu'alors le premier lien et l'outil de prévention par excellence.

Il m'est également revenu que le cadre avait diminué entre 1995 et 2000 ; les personnes admises à la pension n'étant plus remplacées en conséquence des problèmes financiers.

En outre, aucune base de calcul convenable n'existerait pour la répartition géographique des travailleurs médico-sociaux (TMS). Le nombre de TMS affectés à un secteur ne tiendrait pas compte de paramètres tels que la précarité plus ou moins importante, le nombre de familles nombreuses ou de familles monoparentales.

Bref, il y a urgence. À ce stade pourriez-vous m'informer du nombre de TMS actuellement en fonction ? Disposez-vous de chiffres précis sur les besoins réels du terrain ? Quels sont vos projets pour le contrat de gestion ? Y aura-t-il une base de calcul équitable entre les régions ? Quel avenir peut-on espérer pour les consultations des nourrissons ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Je partage bien évidemment vos préoccupations. Il est en effet important de rappeler que les deux grandes missions de l'ONE sont l'accueil et l'accompagnement de la petite enfance. La qualité de l'accueil est un élément essentiel du soutien à la parentalité.

Les négociations sur le contrat de gestion sont en cours. Nous tenterons de répondre au mieux aux attentes des travailleurs de terrain. Des choix devront être opérés en tenant compte des contraintes budgétaires auxquelles nous sommes soumis.

Nous devons continuer à créer de nouvelles places d'accueil à travers le plan Cigogne II et j'estime prioritaire, en matière d'accompagnement, le renforcement des consultations prénatales.

On ne peut évoquer ici tous les sujets importants et vous voudrez bien m'en excuser. Cela ne signifie pas que je réduise le travail et les missions de l'ONE à ces différents éléments.

Vous parliez de 769 personnes. Il s'agit du cadre administratif fixé par un arrêté du gouvernement répondant à des préoccupations de fonction publique. Dans un souci de bonne gestion, l'ONE souhaiterait distinguer à l'avenir les cadres administratifs des cadres opérationnels. Je peux vous donner les chiffres réels des postes TMS tels qu'ils apparaissent dans les dossiers de personnel de l'ONE sous cette législature. Entre le 31 décembre 2004 et le 30 juin 2007, les équivalents temps plein courants sont passés de 612 à 633 et les équivalents temps plein rémunérés sont passés de 594 à 610 ou 618, je vérifierai ce dernier chiffre. On passe ainsi de 729 à 758 personnes employées.

Lors des négociations du contrat de gestion, voici un an, j'avais prévu de renforcer et d'ajuster autant que possible les effectifs des TMS afin de leur permettre de mieux assumer non seulement leurs missions médico-sociales, mais également le travail de soutien à la parentalité.

La réalité n'est pas identique partout. Un élément objectif explique les disparités locales, à savoir l'augmentation des naissances qui diffère selon les endroits : elle est par exemple plus faible en Wallonie qu'à Bruxelles. Au sein de la Région wallonne des rajustements internes doivent aussi être envisagés.

Comment les effectifs TMS sont-ils répartis entre la Région wallonne et la Région bruxelloise ? La base objective actuelle ne suffit peut-être pas et pourrait être remodelée. J'ai évoqué à l'instant la disparité des situations, favorables ou défavo-

rables, d'un lieu à l'autre.

La répartition de 85 % de l'effectif se fait sur la base du nombre de naissances et d'inscrits, alors que les 15 % restants sont attribués en fonction de critères de discrimination positive. Le taux de chômage, le nombre de personnes disposant d'un revenu d'insertion, le nombre de petits poids de naissance, le niveau d'instruction des femmes et la ruralité sont les facteurs d'attribution des TMS supplémentaires.

Le secteur a subi une importante mutation. Une réforme, engagée en 2002, a engendré de profondes modifications. Une mobilisation des travailleurs de terrain a donc été nécessaire. Les responsables de l'Office rencontrent actuellement l'ensemble des équipes de TMS.

Cette réforme semble être jugée de manière positive. Elle produit des résultats très concrets au bénéfice des familles. Nous pouvons espérer, et l'analyse le démontre, que les consultations trouvent un rythme de travail plus supportable pour les acteurs de terrain.

Effectivement, la négociation du contrat de gestion nous permettra d'ajuster les effectifs des TMS à leurs différentes missions. Je me suis un peu plus centrée sur l'accompagnement mais j'ai également insisté sur l'accueil. Je ne m'y attarderai pas ici, car nous avons déjà discuté à maintes reprises des différentes avancées. Nous ne manquerons pas de les poursuivre et de les amplifier dans les prochaines années.

M. Yves Reinkin (ECOLO). – Madame la ministre, vous avez rétabli l'importance de l'accueil et de l'accompagnement. Ces points devaient être actés une fois encore.

Vos chiffres révèlent une croissance. Il est évident que le travail a profondément évolué et que le mouvement se poursuit. Ces professionnels doivent dès lors effectuer des tâches de plus en plus élargies et difficiles.

Je déplore malgré tout que les visites prévues n'aient pas eu lieu. Si nous voulons que ce service reste universel et remplisse ses objectifs, nous devons lui en donner les moyens. Je pense au soutien à la parentalité, mais aussi à la prévention et à l'aide à la jeunesse, qui sont liés. Nous attendons avec impatience le nouveau contrat de gestion.

Vous nous dites que des choix budgétaires devront être faits, mais vous ne précisez pas les domaines concernés. Je suppose que nous en saurons plus dans les prochaines semaines.

Mme Véronique Bonni (PS). – Que dire de plus ? Je me joins aux conclusions de M. Reinkin.

2.8 Question de M. Benoît Langendries à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative au « cas de pollution au PCB à Hennuyères et à Tubize »

M. Benoît Langendries (cdH). – Madame la ministre, je dois être à ma cinquième question sur le sujet. Je vous dit d'emblée que je ne vous en veux pas en particulier, puisque dans la dynamique et dans le processus, vous êtes me semble-t-il un des derniers chaînons du mécanisme qui doit normalement fonctionner.

En mai dernier, on a constaté une pollution au PCB dans le zoning d'Hennuyères. Un entrepreneur du zoning a été malveillant ou n'a pas contrôlé convenablement le matériel reçu et une série de produits dangereux ont contaminé les ruisseaux de la Favarge et du Coeurq. Ce dernier se jette dans un étang qui appartient à une association de pêcheurs qui ne peuvent plus s'adonner à leur loisir.

J'ai déjà interrogé le ministre Lutgen en commission de l'Environnement sur l'état d'avancement du dossier il y a presque deux mois. Depuis quelques semaines, je pousse quelques « gueulantes » – pardonnez-moi l'expression – pour essayer d'obtenir des informations.

Je soupçonne que la *task force* qui est l'organe censé gérer les informations à échanger entre le ministre de l'Environnement et les ministres régionaux et communautaires de la santé ne fonctionne pas.

En effet, six mois et demi après la détection d'un problème majeur de pollution, on n'est toujours pas capable de réagir au niveau de la politique de la santé, faute d'éléments d'analyse suffisants. C'est ce que m'a répondu le ministre de la Santé de la Région wallonne : « il manque les résultats de l'enquête effectuée par l'Institut de santé publique.

Aujourd'hui, j'espère obtenir quelques renseignements sur cette étude. Je peux déjà vous assurer de ma volonté de mener le combat parlementaire en Région wallonne et en Communauté française sur le principe de cette *task force*.

En matière de santé publique et d'environnement, je ne peux pas admettre qu'il faille attendre six mois avant d'obtenir une information correcte.

Suite à cette pollution, les étangs, le ruisseau et les nappes phréatiques ont été pollués et la qualité de l'eau de consommation des ménages s'est dégradée. La commune a d'ailleurs lancé un avis à la population. Les cabinets ministériels et les ad-

ministrations ont enjoint la commune à maintenir ces mesures de précaution jusqu'à ce que les derniers éléments de l'enquête menée par l'Institut de santé publique soient connus.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Je comprends que le délai ne vous satisfasse pas, mais il est difficile dans ce dossier de faire plus vite. Toute précipitation mènerait en effet à des décisions erronées ou inappropriées. Comment par exemple mesurer les risques sanitaires sans disposer des analyses des données environnementales? La constitution rigoureuse de ces données demande également du temps, compte tenu du nombre de facteurs à analyser.

Suite au constat établi en mai 2007 par l'agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire du cas de contamination du lait de vache par des PCB dans une exploitation située dans le zoning d'Hennuyères, la Spaque a procédé à une étude environnementale. Elle a remis un rapport préliminaire fin septembre. Sur base des premiers résultats qui confirment une contamination très localisée des sols d'une prairie située plus bas que les Tuileries, j'ai demandé à l'ISP d'analyser les risques sanitaires éventuels en vue de mettre en place une communication à la population, voire des mesures de protection de la population.

Cette analyse sanitaire, effectuée par l'ISP, est en cours. Elle a lieu en étroite collaboration avec la Spaque qui, de son côté, poursuit ses investigations. Le travail de cette dernière consiste notamment à confirmer la source exacte de la contamination. Les Tuileries ont été incriminées mais il existe également une déchetterie à trois kilomètres du lieu pollué. Il est également indispensable de vérifier si les vaches paissant dans la prairie et leur lait sont contaminés.

Je puis aisément comprendre que chacun veuille connaître les résultats tout de suite.

M. Benoît Langendries (cdH). – Cela fait sept mois...

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Je vous ai rappelé les délais qui se sont écoulés avant la transmission du rapport préliminaire de la Spaque à la fin du mois de septembre.

Si les premiers résultats confirment un risque, nous informerons immédiatement les riverains des mesures à prendre. Comme nous l'avons déjà fait dans des dossiers relatifs à la santé environnementale, nous collaborerons avec les autorités communales. Nous devons toutefois nous baser sur des éléments rationnels et des analyses objec-

tives. Dans certains dossiers, ce n'est pas facile. Il convient d'être objectif, précis et rapide. Les délais ne résultent cependant pas d'un choix mais sont dus à la complexité de ce type de dossier et à l'approche conjointe indispensable, et à la volonté d'éviter toute erreur.

M. Benoît Langendries (cdH). – Je peux imaginer qu'en pareil cas il n'est pas nécessaire de précipiter les choses d'autant que cela n'en garantit pas la réussite. Je comprends aussi que les différentes étapes décisionnelles doivent être respectées.

Cependant, je ne peux m'empêcher de trouver ce temps excessivement long, même si l'ensemble de vos explications est parfaitement cohérent. Il n'est pas normal de devoir attendre sept mois pour évaluer l'impact d'un problème environnemental sur la santé de la population, même en sachant que la procédure décisionnelle est graduelle et l'étude de l'Institut de la santé publique l'aboutissement d'un long processus.

M. le président. – Voilà qui clôt l'heure des questions et interpellations.

– *L'heure des questions et interpellations se termine à 15 h 40.*