

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 MERCREDI 4 JUIN 2003

COMPTE RENDU INTEGRAL

SOMMAIRE

Pages

Questions orales (article 64 du règlement)

- de M. Walry aux ministres Nollet, ministre de l'Enfance chargé de l'Enseignement fondamental, de l'Accueil et des Missions confiée à l'ONE et Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative à la «santé du dos des enfants en milieu scolaire».. . . . 3
Orateurs: M. Walry et Mme Maréchal, ministre.
- de M. Bock à Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative à l'«organisation de la promotion de la santé à l'école».. . . . 4
En l'absence de M. Bock empêché, la commission a entendu la question orale développée par Mme Bertouille et la réponse de Mme Maréchal, ministre.
- de Mme Molenberg à Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative au «suivi de la campagne de dépistage du cancer du sein». . . . 5
Orateurs: Mmes Molenberg et Maréchal, ministre.

	Pages
de M. Elsen à Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative aux « équipes SOS enfants ».	7
Orateurs : M. Elsen et Mme Maréchal, ministre.	
de M. Elsen à Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé relative à la « suppression des subsides alloués aux espaces-rencontres ».	9
Orateurs : M. Elsen et Mme Maréchal, ministre.	

Présidence de M. Josse, Président

— *L'heure des questions commence à 10 h 35.*

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 M. WALRY A M. NOLLET, MINISTRE DE L'ENFANCE CHARGE DE L'ENSEIGNEMENT FONDAMENTAL, DE L'ACCUEIL ET DES MISSIONS CONFIEES A L'ONE ET A MME MARECHAL, MINISTRE DE L'AIDE A LA JEUNESSE ET DE LA SANTE, RELATIVE A LA « SANTE DU DOS DES ENFANTS EN MILIEU SCOLAIRE ».

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

M. Léon Walry (PS). — Monsieur le Président, madame la ministre, chers collègues, dans le cadre scolaire, la question de la santé chez nos enfants pose notamment celle du maintien du dos.

Les causes de problèmes dorsaux chez l'enfant peuvent être nombreuses et certaines d'entre elles peuvent en effet trouver leur source dans les comportements adoptés par l'enfant à l'école.

La position de l'enfant en classe — où il est amené à demeurer assis pendant des périodes relativement longues — ainsi que la manière dont l'écopier charge et porte son cartable sont susceptibles d'engendrer chez l'enfant diverses problématiques dorsales.

Comme pour tout aspect de santé publique, la prévention s'avère ici aussi indispensable. Elle implique une sensibilisation des élèves, mais également des parents et enseignants, à la nécessité d'adopter les gestes et postures adéquats.

Madame la ministre, pouvez-vous nous indiquer quels types d'actions de prévention sont spécifiquement menés dans ce domaine ? Des études portant sur la problématique des maux de dos en milieu scolaire ont-elles été réalisées afin de mieux appréhender ce phénomène qualifié de « mal du siècle » ?

Je vous remercie de la réponse que vous m'apporterez.

M. le Président. — La parole est à Mme Maréchal, ministre, qui répondra également au nom de son collègue.

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. — Monsieur le président, chers collègues, je répondrai d'abord aux questions qui concernent plus particulièrement le ministre Nollet.

Depuis le début de cette législature, M. Nollet est régulièrement interrogé sur la question de la santé du dos des

enfants, souvent par les parents et principalement concernant le poids du cartable. Il a pris l'initiative de convier des représentants des différents réseaux d'enseignement, des associations de parents (FAPEC et FAPEO), de la Ligue des familles et des spécialistes du dos (kinésithérapeutes, professeurs d'éducation physique) pour créer un groupe de réflexion afin d'étudier les différents aspects de cette problématique. Ces réunions sont actuellement en cours.

Son objectif est tout d'abord d'aboutir à l'établissement de conseils et de recommandations concrètes qui devraient contribuer à l'amélioration du confort général des élèves dans l'école et de favoriser la préservation de leur dos tant aujourd'hui que demain.

En ce qui me concerne, je suis en charge de la promotion de la santé à l'école et je prendrai en compte les résultats de ces travaux. Je vous rappelle que le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école offre un cadre aux services de santé scolaires et aux établissements scolaires qui souhaiteraient axer leur projet santé sur cette problématique du mal de dos.

Les services de promotion de la santé à l'école ont reçu comme mission, outre le suivi de la santé de l'élève, de mettre en place des programmes de promotion de la santé, de veiller à la présence au sein de l'école d'un environnement favorable à la santé et de recueillir des informations sanitaires standardisées.

Les programmes de promotion de la santé, que chaque établissement scolaire doit traduire dans un projet santé d'une durée de trois ans, sont établis en concertation avec les partenaires de l'école et pourraient aborder cette question du mal de dos s'il ressortait de l'analyse de la situation de l'école qu'il s'agit d'une priorité.

Premièrement, d'un point de vue théorique et pratique, les projets santé doivent mobiliser tous les échelons de la communauté éducative, c'est-à-dire les enfants, les enseignants, le personnel, la direction, les parents, les acteurs extérieurs, PMS, PSE et, pourquoi pas, des opérateurs de santé locaux. Un cadre existe donc pour pouvoir travailler avec des personnes extérieures.

Les programmes « environnement » porteurs de santé au sein même de l'école offrent également une quantité d'opportunités pour développer cet aspect bien particulier dans une prise en charge globale de la santé, de la qualité de la vie et du bien-être à l'école. Nous pouvons simplement prendre pour exemple les sièges sur lesquels les enfants sont assis. Voilà un des éléments qui peut être travaillé au sein de l'école.

Enfin, le recueil de données sanitaires devrait permettre à moyen terme d'établir un système d'informations qui nous permettra d'évaluer l'état de santé des jeunes, ce qui nous est impossible aujourd'hui puisque le système n'est pas encore standardisé. Ce recueil permettra également d'évaluer les besoins spécifiques locaux et, à plus long terme, d'établir une vision plus large des priorités de santé à l'école. La santé du dos des écoliers sera alors intégrée dans un ensemble de priorités de santé des jeunes. Je pourrais en effet également vous citer d'autres maux du siècle parfois considérés comme des épidémies : l'obésité, la sédentarité, les assuétudes, les traumatismes, le suicide ...

On se trouve face à une quantité de défis importants à relever et je pense que disposer de données plus précieuses sur la santé de nos enfants, futurs adultes, sera tout à fait précieux.

QUESTION ORALE DE M. BOCK A MME MARECHAL, MINISTRE DE L'AIDE A LA JEUNESSE ET DE LA SANTE, RELATIVE A «L'ORGANISATION DE LA PROMOTION DE LA SANTE A L'ECOLE»

M. le Président. — La parole est à Mme Bertouille qui posera la question en lieu et place de son collègue.

Mme Chantal Bertouille (MR). — Monsieur le Président, madame la ministre, chers collègues, je poserai d'autant plus volontiers la question de M. Bock qu'elle m'intéresse également.

Il nous est témoigné de certaines difficultés d'organisation de la promotion de la santé à l'école, portant en particulier sur les possibilités de recrutement des médecins scolaires.

Ces difficultés ne sont pas vécues de la même manière, d'une part, par les services de promotion de la santé à l'école (compétents pour l'enseignement subventionné) et, d'autre part, par les centres PMS de la Communauté française qui exercent, pour ledit réseau, la mission de promotion de la santé, parce que les uns et les autres ne sont pas soumis aux mêmes règles.

1) En premier lieu en effet, si le décret initialement voté par notre Parlement, c'est-à-dire le décret du 20 décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école, ne comportait pour le personnel médical aucune autre condition de formation initiale que le diplôme de docteur en médecine, le décret du 20 juin 2002 modifiant le premier texte exige en revanche que les membres de ce personnel médical soient en outre porteurs, soit d'un certificat de médecine scolaire, soit d'un diplôme d'études spécialisées en santé publique.

Cette exigence supplémentaire (mais conforme à la législation antérieure à celle organisant la promotion de la santé à l'école) paraît de prime abord comme la garantie d'un encadrement de qualité; elle pose néanmoins deux problèmes:

— D'abord, elle se révèle en pratique comme un frein important au recrutement, ce qui met somme toute l'édifice sinon en péril, au moins en difficulté;

A cet égard, j'ai rencontré des personnes qui m'ont signalé que leur service était passé de 12 à 2 membres du personnel.

— Ensuite, techniquement, cet ajout a été introduit par modification de l'article 17 du décret du 20 décembre 2001, lequel ne vise que les « services » et non les « centres ». Ces derniers sont-ils ou non concernés par les exigences de formation énoncées ? On parle de dérogations (ce qui impliquerait une soumission de principe auxdites exigences) accordées en faveur de membres du personnel médical de certains centres PMS/PSE.

Pourriez-vous, madame la ministre, clarifier cette situation ? Il m'a également été signalé, sous réserve, qu'un centre serait dirigé par une régente en mathématiques-physique. La législation actuelle le permet-elle ?

Deuxièmement, il est exigé des personnels médicaux des services PSE qu'ils prestent dans lesdits services au moins 10 heures par semaine ou 40 heures par mois.

Ici encore, cette disposition ne serait, d'une part, pas d'application pour les centres de la Communauté française et, d'autre part, poserait des difficultés de recrutement encore plus importantes et inquiétantes que l'exigence de diplôme évoquée en premier lieu.

Je remercie Mme la ministre de clarifier ou de réfuter les différences apparentes de traitement entre centres PSE et services PSE.

Le cas échéant, la ministre a-t-elle l'intention d'assouplir, de manière générale ou par dérogation au cas par cas, les exigences décrétales, afin de permettre un exercice effectif de la promotion de la santé à l'école ?

Je terminerai en demandant s'il est possible de réaliser un bilan de l'application de ces deux décrets dans le cadre de la promotion de la santé à l'école. Outre le personnel et le fonctionnement des centres et des services, il me semble que le plus important, c'est la santé des enfants à l'école. Dans la précédente question, vous avez bien abordé la problématique. Il est important de faire aujourd'hui un bilan général. Dans le cas contraire, je vous interrogerai ultérieurement à ce sujet.

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, j'avais prévu de répondre à M. Bock, ce dernier n'ayant pas participé à nos travaux parlementaires, je pense qu'il lui manque malgré tout un éclairage par rapport aux objectifs du décret. En effet parler d'une exigence de travail de dix heures par semaine au lieu de deux ou trois heures effectives, ce n'est pas une erreur ni une distraction.

J'aborderai tout d'abord la question de la qualification des médecins. L'article 17, paragraphe 2, 1^o, du décret de décembre 2001 relatif à la promotion de la santé à l'école et modifié en juin 2002 — article 1^{er}, paragraphe 1^{er} du décret de juin 2002 — fixe les qualifications reprises pour que les médecins puissent exercer la promotion de la santé à l'école. Ceux-ci doivent en effet détenir un certificat de médecine scolaire ou un diplôme d'études spécialisé en santé publique. Nous nous sommes conformés là aussi aux titres en vigueur.

Ce prescrit est d'application pour les médecins qui pratiquent dans les services PSE, promotion de la santé à l'école. Bien que les activités des médecins des centres PMS de la Communauté française soient réglées par l'arrêté royal organique des centres psycho-médico-sociaux du 13 août 1962, et que ces médecins soient placés sous l'autorité du ministre de l'Enseignement secondaire et de l'Enseignement spécial, la réglementation en vigueur pour les PMS stipule également que les médecins doivent être en possession d'un certificat de médecine scolaire.

La convention d'agrément qui lie les médecins aux centres PMS prévoit un délai de deux ans pour que le médecin acquière cette qualification s'il ne l'a pas initialement. Le médecin doit donner la preuve de son inscription à une formation. Pour les services PSE, il est vrai que le décret n'envisage aucune dérogation. Cependant, durant la période transitoire et dans l'attente des agréments définitifs, l'administration a toléré que le médecin ne disposant pas des titres requis mais qui pouvait donner la preuve d'une inscription dans une faculté de médecine, soit à une spécialisation en santé publique soit à une formation en médecine scolaire, preste des activités en promotion de la santé. On a donc fait preuve d'une souplesse face à des situations dont certains centres nous ont fait part. Ce n'est pas une dérogation officielle, mais elle se concrétise dans les faits. Cette période transitoire court, comme vous le savez, jusqu'en 2005. C'est à ce moment-là que nous lancerons les projets santé dans les écoles.

Mme Chantal Bertouille (MR). — Pouvez-vous nous communiquer des pourcentages ?

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. — Je n'ai pas ces renseignements sous la

main mais je vous les communiquerai car nous avons travaillé sur ce point.

Vous m'interrogez ensuite sur la durée des prestations médicales. L'article 17 du décret de décembre 2001 prévoit pour les médecins des services spéciaux une durée de travail de 40 heures par mois au minimum. Mais rappelez-vous, nous en avons discuté en commission: en deçà de dix heures par semaine, je pense vraiment que l'intégration des médecins dans la vie des services est impossible. Ces médecins venaient deux ou trois heures par semaine pour voir des enfants, à raison de huit par heure. Telle était malheureusement la réalité de nombreux établissements scolaires et d'équipes IMS, à l'époque.

Nous en avons beaucoup parlé au Parlement, en commission, et nous avons vraiment tenu à exiger une présence minimale de dix heures de manière à ce que le médecin s'imprègne aussi de sa mission de promotion de la santé et qu'il ne soit pas là uniquement pour faire des examens médicaux.

Cette mesure n'est malheureusement pas obligatoire pour les centres PMS qui dépendent d'un décret plus ancien. En revanche, le décret du 20 décembre 2001 pour l'enseignement obligatoire et le décret de juin 2002 pour l'enseignement supérieur ne visent que les services de promotion de la santé à l'école, et non les centres PMS. Ces derniers sont organisés sur la base d'un arrêté royal de 1962. Par contre, le décret organise des missions de santé scolaires pour les services PMS de la Communauté française qui remplissent les deux missions, PMS et PSE. Organiquement, ce n'est donc pas moi qui suis en charge de cette matière, mais le contenu des missions relève cependant de mes compétences.

Nous avons en effet fait une première fois le point en ce qui concerne le personnel, afin de savoir comment les choses se passaient. Il est d'ailleurs assez surprenant de se rendre compte que ce secteur n'est pas rattaché à une commission paritaire et qu'il était complètement désorganisé. Dans le cadre du non-marchand, nous travaillons maintenant avec ce secteur afin de le structurer quelque peu. C'était un secteur oublié, qui vivait un peu en dehors de toute règle.

En ce qui concerne le personnel infirmier, il n'y a pratiquement pas de perte d'emplois. Quelques glissements ont été effectués d'une équipe à l'autre. Nous avons aussi rencontré les organisations syndicales et les pouvoirs organisateurs. Pour le personnel non médecin, les choses sont plutôt favorables. La diminution constatée du nombre de médecins est due au fait que les médecins qui n'ont pas voulu faire le choix de s'impliquer au moins dix heures par semaine dans la santé scolaire sont partis. Jusqu'à présent, on ne nous a toutefois pas signalé de problème de recrutement.

Si vous le souhaitez, à l'occasion d'une prochaine question orale ou d'une question écrite, je vous fournirai les chiffres plus précis dont nous disposons.

Il est évident que comme pour tout nouveau texte réglementant un secteur, il faudra prendre la peine de procéder à une évaluation. Il convient de se rappeler que nous sommes dans une période transitoire, au cours de laquelle le personnel est en formation. D'ailleurs, la formation fonctionne de mieux en mieux, la dynamique s'installe. N'oublions pas que le système était très mécanique et se limitait en quelque sorte aux examens de santé. Aborder la promotion de la santé, cela ne s'improvise pas. Il a fallu le temps d'entrer dans la logique de la formation mais actuellement, les choses se passent plutôt bien. Il est toutefois difficile de faire une évaluation alors que la formation est en cours. C'est seulement à partir de 2005 qu'il faudra obligatoi-

rement avoir un projet santé. Ceux qui désirent disposer d'un tel projet pour la prochaine rentrée, peuvent le préparer mais l'évaluation ne sera pas faite de la même manière qu'à partir de 2005. Quant aux chiffres, je vous les fournirai sans problème.

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

Mme Chantal Bertouille (MR). — Je vous remercie, madame la ministre, d'avoir rappelé les débats que nous avons eus en commission lors de l'examen des décrets. On peut effectivement comprendre que des problèmes surviennent à l'occasion de modification sur le terrain. Je vous interrogerai donc à nouveau par écrit pour obtenir des chiffres, notamment en ce qui concerne le pourcentage de dérogations et la diminution du nombre de médecins. Il me semble qu'un service soit passé de douze à deux médecins. Cela pose quand même un problème ...

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. — Sauf si ce service compte désormais deux médecins qui travaillent 10 heures par semaine au lieu de dix médecins qui travaillent deux heures par semaine.

Mme Chantal Bertouille (MR). — En effet. Il faudra donc analyser les chiffres que vous me fournirez. Evidemment, il existe des différences entre les deux modes de fonctionnement — service et centre — et je comprends que cela crée des difficultés. Cependant, l'important, le but premier, c'est la santé de l'enfant à l'école.

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. — Au fil du temps, en fonction des analyses de la manière dont s'exerce la promotion de la santé à l'école, il faudra un jour ouvrir à nouveau cette boîte de Pandore, en sachant qu'il existe un risque d'explosion.

QUESTION ORALE DE MME MOLENBERG A MME MARECHAL, MINISTRE DE L'AIDE A LA JEUNESSE ET DE LA SANTE, RELATIVE AU «SUIVI DE LA CAMPAGNE DE 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, madame la ministre, chers collègues, depuis que le protocole visant une collaboration entre l'Etat fédéral et les Communautés a été signé le 25 novembre 2000, que de remous, que de retards accumulés et que de tergiversations!

Le 17 octobre dernier, je vous avais interrogée, madame la ministre, sur ces obstacles multiples et variés qui ont fait craindre le pire quant à l'efficacité requise lorsqu'on lance un projet de grande envergure et qu'en sus, il est dirigé vers ce qui constitue une maladie qui tue trop, le cancer.

Aujourd'hui, la campagne est normalement pleinement active dans l'ensemble de la Communauté française Wallonie-Bruxelles.

Quel est l'état des lieux à l'heure actuelle dans chaque province wallonne et à Bruxelles?

Si septante unités de radiologie étaient agréées en octobre 2002, qu'en est-il à ce jour?

Qu'en est-il des constats de dysfonctionnement du logiciel d'enregistrement des données ? Tout est-il rentré dans l'ordre et des interprétations ont-elles déjà pu émaner des données disponibles ?

Selon la Fédération belge contre le cancer, il est difficile de parler de prévention alors que les causes précises du cancer restent méconnues. Excepté quelques principes généraux de vie saine tels que la qualité de son alimentation, le contrôle de son poids ou la pratique sportive, il est impossible, en l'état actuel de la médecine, de détecter les causes précises de la maladie. Le seul recours resterait le dépistage précoce par l'auto-examen ou la mammographie mais ces examens ne seraient pas considérés comme des gestes de prévention si on suit le raisonnement de la fédération. La Communauté française n'exercerait-elle dès lors pas sa mission de prévention dans ce cadre ? Quel est votre avis à ce sujet ?

Autre débat d'importance capitale : la question de l'intérêt du dépistage mammographique entre 50 et 70 ans est loin d'être tranchée. Ce n'est pas moi qui l'affirme mais un ensemble de spécialistes en sénologie, en gynécologie et obstétrique de l'université de Liège, qui s'étaient réunis en octobre dernier pour participer au très intéressant symposium « Action sein » organisé par la Fédération belge contre le cancer. Selon ces médecins, le bénéfice du dépistage de masse reste modeste — puisqu'on estime qu'on pourrait atteindre une possible réduction de la mortalité par cancer du sein de 20 % — sans impact sur la mortalité globale. De plus, les effets secondaires sont incontestables.

Que faut-il dès lors en conclure ? Quels ont été les fondements scientifiques utilisés par les Gouvernements fédéral et communautaire pour lancer la campagne, dès lors que les avis divergent d'un pays à l'autre, d'une région à l'autre, d'une université à l'autre et d'un chercheur à l'autre sur une échelle d'avis que l'on peut graduer de 1 à 15 ?

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

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. — Merci, madame la députée, de l'assiduité avec laquelle vous suivez cette campagne. Il est effectivement important que le Parlement soit vigilant.

La campagne de dépistage du cancer du sein en Communauté française est pleinement active depuis juin 2002, sur prescription du médecin traitant, et depuis août 2002, sur invitation des femmes de 50 à 69 ans suivant un plan-calendrier qui les sollicite tous les deux ans.

Cinq centres de coordination provinciaux font l'objet d'une convention et de subventions de la Communauté française. Ils organisent les invitations, la seconde lecture des mammothèses et l'enregistrement des données.

Un centre de référence accompagne le pilotage du programme et son évaluation. Il en existe un dans chaque province et un pour la Communauté française. Il est assorti d'un comité d'accompagnement dans lequel on retrouve tous les acteurs concernés : médecins généralistes, gynécologues, radiologues, spécialistes en communication, associations d'usagers et coordinateurs des centres provinciaux.

Il est vrai que le développement du logiciel que nous avons commandé à l'ISSP a connu des difficultés. Les problèmes ont toutefois pu être résolus grâce à une concertation avec les utilisateurs — essentiellement les provinces — et les concepteurs. Les derniers développements concernant l'ergonomie et la facturation sont en cours de réalisation.

A titre indicatif, je vous signale, non pas pour nous dédouaner mais pour souligner la complexité d'une telle campagne, que nos collègues de la Communauté flamande connaissent des difficultés similaires d'harmonisation de leur logiciel et ne disposeront pas d'un outil unique plus rapidement que nous.

Le tableau que je vous communiquerai après ma réponse vous permettra de connaître la situation des unités de mammographie et des radiologues agréés par la Communauté française dans chaque province. Nous disposons aujourd'hui de 115 unités de mammographie agréées.

La situation bruxelloise est, comme d'habitude, tout à fait spécifique. C'est la Commission communautaire qui agréé les unités et qui pilote le centre de coordination Brumammo.

Les Communautés flamande et française contribuent à son fonctionnement par le biais d'institutions monocommunautaires, à savoir la VUB du côté flamand et l'UCL et l'ULB du côté francophone.

Cet accord prévu par le protocole d'octobre 2002 au niveau fédéral fait l'objet d'un protocole spécifique.

Les invitations sont envoyées aux Bruxelloises depuis février 2003 et 30 unités de mammographie sont agréées à Bruxelles.

La première évaluation de la participation des femmes au programme sera effectuée au terme d'un an, soit en septembre prochain, de manière à disposer d'une période suffisante pour prendre en compte tous les délais de rendez-vous. Il est prématuré de vouloir interpréter les données enregistrées avant le terme de cette période d'une année.

Les brochures qui expliquent le mammothèse font l'objet d'une réédition. Quelques corrections sont apportées sur la base de l'utilisation de la première édition. Une campagne de sensibilisation adressée au grand public est en outre en préparation.

J'avais bien annoncé que je voulais d'abord m'assurer que le système fonctionnait sans grippage avant de lancer une campagne d'envergure ayant une bonne visibilité.

Les questions concernant les missions de prévention de la Communauté dans ce programme méritent quelques précisions.

Je ne dispose pas du document de la fédération contre le cancer auquel vous faites allusion mais je pense qu'il faut préciser le sens du terme « prévention ».

Quand on parle de prévention, notion liée à l'évolution du cours de la maladie, il faut distinguer :

— La prévention primaire : il s'agit d'interventions sur les facteurs de causalité avant l'apparition de la maladie. Je citerai comme exemple la vaccination. Il n'y a aucun signe de maladie mais on se prémunit néanmoins contre cette maladie.

— La prévention secondaire : il s'agit de la recherche des signes les plus précoces de la maladie. C'est le cas du dépistage. La plupart des dépistages se solderont par un résultat négatif.

— La prévention tertiaire : il s'agit d'interventions visant à empêcher l'apparition de complications et de rechutes.

Dans le cas du cancer du sein, il est extrêmement difficile, voire impossible, d'agir sur le facteur de causalité et de réaliser des actions de prévention primaire puisqu'on ne maîtrise pas encore bien les causes d'apparition de ce cancer. En revanche, une prévention secondaire par le

dépistage, par le biais d'un mammothest pratiqué tous les deux ans chez les femmes de 50 à 69 ans, est réalisable et pertinente puisque cette mesure permet une réduction significative de la mortalité.

Quant à l'auto-examen par palpation que vous évoquez, on ne dispose pas de preuves équivalentes au sujet de son efficacité mais on peut en tout cas y voir une sensibilisation et une prise de conscience intéressante qui s'insèrent dans une réflexion globale de prévention du cancer du sein.

L'intérêt du protocole qui lie le fédéral et les entités fédérées est d'avoir articulé, d'une part, les compétences de prévention des Communautés et du fédéral en spécifiant bien les interventions communautaires, c'est-à-dire l'information, la sensibilisation des femmes et des médecins, l'invitation, l'organisation du programme, l'enregistrement des données et, d'autre part, l'intervention du fédéral dans le remboursement de l'acte de dépistage par l'Inami.

En développant ce programme, la Communauté organise bien ses missions de prévention, éventuellement secondaire, la prévention primaire étant effectivement peu pertinente dans ce cas-là.

Votre question portait sur l'intérêt du programme en lui-même et sur la controverse scientifique, toute relative, qui existe à ce sujet.

Le consensus international adopté par le programme «Europe contre le cancer», valide le protocole tel qu'il est développé en Belgique. C'est dans ce cadre-là que nous avons développé notre programme. La Commission européenne — DG5 F2 Programme «Europe contre le cancer» et la DG 12 «Action de protection contre les radiations» — a publié en mai 1996, «*European Guidelines for Quality Assurance in Mammography Screening*».

Des études américaines confirment également ce consensus qui a, du reste, servi de référence à des programmes de dépistage développés en France et en Suisse. De nombreux pays européens se sont donc inscrits dans le cadre proposé par la Commission européenne. Ces études ont démontré que les femmes ayant bénéficié régulièrement d'une mammographie de dépistage entre 50 et 69 ans voyaient leur risque de décéder d'un cancer du sein réduit par rapport à celles chez lesquelles le diagnostic avait été posé à l'apparition des symptômes.

La réduction de mortalité de 20 % que vous évoquez ne me paraît pas anodine, la réduction visée étant de 30 %.

J'en viens à présent aux effets secondaires. Dans la mesure où l'on s'adresse à une population asymptomatique, puisque générale, il est indispensable, pour des raisons éthiques tout à fait évidentes, que les bénéfices attendus pour la population soient supérieurs aux effets négatifs.

Le bénéfice principal que l'on attend de cette campagne est la réduction de la mortalité par cancer du sein. Les effets positifs secondaires sont la réduction des indications de mastectomie et chimiothérapie. Ils impliquent par ailleurs une assurance ou une réassurance pour les femmes dont le test est normal.

Parmi les effets négatifs, pointons les résultats faux positifs ou faux négatifs qui peuvent générer bien des angoisses — néanmoins, je vous rappelle que contrairement à ce qui se passe en Région flamande, les résultats passent, en Communauté française, par le médecin qui les communique à la patiente — le risque de simple avance de diagnostic, de surdiagnostic ou de surtraitement des formes *in situ*. Le risque de cancer induit par la mammographie est

très faible, pour autant que les normes de qualité soient respectées mais nous avons fait en sorte que le niveau d'exigence vis-à-vis des unités de mammographie soit particulièrement sévère. Les études réalisées ont démontré qu'entre 50 et 69 ans, le bénéfice était cent fois supérieur au risque encouru.

Il est vrai que depuis quelques années, la province de Liège développe une campagne de dépistage de 40 à 69 ans. Elle est cependant la seule à se positionner de cette manière, tant dans le paysage francophone que dans une bonne partie du paysage européen. Globalement, pour les femmes de cette tranche d'âge, il a été démontré que les bénéfices l'emportaient largement sur les effets négatifs. J'insiste sur l'importance des critères de qualité du matériel, à savoir la double lecture, la double incidence et le contrôle du matériel pour obtenir des bénéfices optimaux. Enfin, un nombre restreint de médecins continuent à proposer, en tant que mesure de dépistage de masse, un bilan sénologique plus complet consistant en une mammographie couplée à une échographie et une ponction.

Cette disposition n'a aucun fondement en termes de santé publique mais il reste que la culture de santé publique n'a pas encore contaminé tout le corps médical, dont une partie continue à considérer l'acte clinique médical individuel comme le paradigme essentiel et référentiel.

Avec le fédéral, nous allons nous pencher sur cette déviance inacceptable du programme à laquelle se livrent certains médecins ou gynécologues qui proposent ces examens à leurs patientes dans le cadre de la campagne.

Je vous remercie de votre attention et je vous remets un petit tableau montrant le nombre d'unités agréées pour chaque province.

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

Mme Isabelle Molenberg (MR). — Monsieur le Président, je remercie la ministre de sa réponse. Je suis heureuse d'apprendre que ce programme évolue positivement. Je serai bien entendu attentive à l'évaluation prévue au mois de septembre, évaluation qui, à ce stade-ci, serait effectivement prématurée.

QUESTION ORALE DE M. ELSSEN A MME MARECHAL, MINISTRE DE L'AIDE A LA JEUNESSE ET DE LA SANTE, RELATIVE AUX «EQUIPES SOS ENFANTS»

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

M. Marc Elsen (cdH). — Madame la ministre, vous envisagez de réviser le décret du 16 mars 1998 relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitances. Vu l'inexistence des arrêtés d'application nécessaires, la législation telle qu'arrêtée en 1998 n'est pas mise en œuvre sur le terrain. Comme l'ont précisé les équipes SOS Enfants lors du colloque de l'ONE le 19 décembre dernier : «Près de cinq ans plus tard, le Gouvernement n'a toujours pas pris les arrêtés d'exécution de ce décret. Aucune équipe SOS Enfants n'a été agréée. Toutes travaillent sans reconnaissance légale, dans la précarité.»

Les acteurs de terrain sont, sans nul doute, dans l'attente d'une clarification législative cohérente. Dans cette optique, je voudrais connaître l'état d'avancement de ce projet. Quels en sont les principes directeurs ? Quel en est le *timing* ? Quels moyens seront affectés à cette réforme ?

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, s'agissant d'une question très générale, je me propose, avec votre permission, d'aborder certains points de détails, d'autant que le dossier sera bientôt soumis à votre examen.

Au terme de rencontres avec toutes les équipes SOS Enfants dans leurs locaux, j'ai réuni les équipes SOS Enfants, l'ONE, le secteur de l'Aide à la jeunesse — les conseillers, les directeurs et l'administration —, ainsi que la cellule de coordination de l'aide aux enfants victimes de maltraitements, en vue d'aboutir, dans le respect de la philosophie générale du texte précédent, à un projet de modification du décret relatif à l'aide aux enfants victimes de maltraitements et d'élaborer les arrêtés d'application.

Le projet de modification du décret a été envoyé pour avis au Conseil consultatif de l'aide à la jeunesse et à l'ONE.

Les arrêtés d'application, essentiellement relatifs à l'agrément et au subventionnement, sont en préparation. A ce sujet, j'attends les propositions des équipes. Leur confort et leur bon fonctionnement en dépend.

Les propositions de modification du décret tiennent compte de l'évolution de ce champ d'action, des clarifications intervenues depuis 1998 en termes de compétences ministérielles et administratives, ainsi que des éléments d'évaluation concernant l'application du décret qui figuraient dans la déclaration de politique communautaire.

Ce décret organise les principes de prise en charge des situations de maltraitance en impliquant tout intervenant, généraliste ou spécialiste, et harmonise le travail des différents secteurs dans une coordination privilégiée avec le décret relatif à l'aide à la jeunesse.

Dans un souci de continuité, la déclaration de politique communautaire de 1999 avait prévu une mise en application à partir des éléments d'évaluation recueillis depuis 1998, notamment au sujet de l'article 2 du décret, lequel avait suscité un vaste débat au moment des votes.

L'agrément des équipes SOS Enfants, fondé sur des critères de qualité et de respect des droits de l'enfant, constitue une priorité quant à cette mise en application. Les amendements proposés s'inscrivent donc dans la continuité des options proposées en 1998.

J'en viens aux principes directeurs du décret tel qu'il évolue.

Tout d'abord, la construction d'une transversalité entre l'aide à la jeunesse, l'enfance, les équipes SOS et les partenaires stratégiques que sont les services de promotion de la santé à l'école ou les équipes PMS est primordiale.

Ensuite, il convient de combler une lacune en donnant des définitions de l'enfance, de la famille, de l'intervenant, de la situation de maltraitance, de l'équipe SOS, des acteurs spécifiques du décret, en se référant à la Convention relative aux droits de l'enfant de 1989.

L'article 2, pivot du décret, impose à l'intervenant l'obligation, dans les limites de ses missions et de sa capacité à agir, de porter aide et protection à l'enfant et à sa famille ou à son milieu de vie. Par ce principe, la Communauté française ouvre à l'enfant et à sa famille, toujours sans nuire à l'intérêt de l'enfant, le droit à aide, protection et accompagnement. Il est vraiment important que nous nous entendions sur cet article.

Les mesures de protection et de prise en charge s'organisent dans une complémentarité, une pluridisci-

plinarité au sein des équipes et une application responsable de tous les professionnels, qu'ils soient spécialistes ou généralistes. Ces dispositions confirment et prolongent la compétence organisée par le décret du 4 mai 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse.

La Communauté française a également pour compétence d'établir que tout intervenant en lien avec l'enfant ne peut avoir été condamné ou interné pour des faits commis sur la personne d'un enfant mineur.

Les aspects de coordination sont revus compte tenu de l'avis du Conseil d'Etat du 5 février 1997 et des évaluations portant sur les structures de coordination telles qu'elles existent et qu'elles fonctionnent. Ces évaluations confirment néanmoins l'intérêt, voire la nécessité, de mettre en place des lieux de coordination en complémentarité des CCAJ prévus par le décret de 1991.

Dans le volet « Prise en charge spécialisée des situations de maltraitance », la compétence et l'expertise des équipes SOS les confirment clairement en tant que services pluridisciplinaires spécialisés dans la prévention individuelle et dans le traitement des situations de maltraitance à destination première de l'enfant. Aucune modification n'est prévue à cet égard. Bon nombre de pays européens nous envient d'ailleurs ces équipes.

L'harmonisation et l'agrément des équipes constituent une priorité de ce décret. Depuis 1998, la multiplicité des statuts — ONE, projets pilotes subsidiés par l'Aide à la jeunesse —, l'absence de cadre d'agrément les maintiennent dans un inconfort auquel il convient de mettre un terme. La situation des tutelles administratives, diverses et multiples, doit également être rationalisée.

Compte tenu des avancées réalisées en termes de compétences ministérielles et administratives, il convient d'organiser les équipes SOS de manière convergente et uniformisée. Le décret qui a réformé l'ONE en juillet 2002 confirme son statut d'administration de référence pour les équipes SOS. Toutes les équipes doivent donc être organisées dans ce cadre institutionnel et assurer des missions identiques dans une convergence d'action. La couverture de prise en charge assurée par les équipes doit progressivement envisager l'ensemble des arrondissements judiciaires. Cette référence aux arrondissements judiciaires est également fondée sur des notions de coordination et de réseaux que le décret organise ainsi que sur l'articulation avec le décret de 1991.

On confirme la composition pluridisciplinaire des équipes. Leur mission s'organise autour de la phase de diagnostic et de la prise en charge thérapeutique selon une lecture plurielle et pluridisciplinaire de chaque situation d'enfant dans son contexte familial et de vie. Désormais, le décret prévoit la possibilité de prendre en compte l'évolution des situations de maltraitance ou des singularités locales et des réponses à y apporter par le développement d'une mission à titre accessoire. Exemple: l'abus de mineurs par les mineurs, problématique qui apparaît de plus en plus clairement. Sans doute existait-elle précédemment mais elle était moins connue.

En matière de formation, d'information et de sensibilisation, des avancées budgétaires permettent déjà la mise en action de programmes communautaires. La formation s'adresse aux professionnels en tant que soutien à leur mission et en lien avec les situations de maltraitance. Elle doit participer à la professionnalisation des pratiques, toujours dans une approche transversale et coordonnée des situations de maltraitance, à partir d'une complémentarité. Les campagnes de sensibilisation et d'information doivent s'adresser en particulier aux adultes — parents et formateurs. Il y a quelques années, on a vu se développer des

campagnes qui responsabilisaient l'enfant. Elles ont montré leurs limites et leur absurdité: ce n'est évidemment pas à l'enfant d'être garant de sa sécurité; ce sont les adultes qui, en tant que responsables des enfants, doivent s'assurer de la sécurité et de la protection de ceux-ci.

Il faut également tenir compte des évaluations des actions de prévention à destination des enfants. Elles ont mis en évidence l'inefficacité des objectifs de prévention poursuivis, voire des effets secondaires négatifs qu'elles ont sur l'enfant qui finit par se stresser et par se sentir incapable de se protéger. La culpabilité vient ainsi s'ajouter à une situation déjà difficile. Des campagnes à l'intention des enfants doivent néanmoins favoriser la connaissance des services et leur accessibilité auprès des jeunes et des enfants.

Quels sont les moyens de la réforme? Les avancées budgétaires ont été principalement réalisées au profit des équipes. Un nouveau budget a été dégagé afin de mettre en œuvre la prévention et la formation.

Depuis 2001, un budget de 297 500 euros a permis de consolider les équipes en manque flagrant de moyens — je pense à Verviers ou à Huy par exemple. Dans le cadre des budgets Recherches et Projets pilotes de l'Aide à la Jeunesse, différentes expériences et actions ont été soutenues au sein des équipes SOS Enfants de l'ULB, de Namur, de Charleroi et de Montignies. A l'ULB, par exemple, c'est la création d'un groupe de prise en charge d'adolescents abuseurs mineurs.

Dans le cadre du premier contrat de gestion de l'ONE, la dotation des équipes SOS Enfants a également été augmentée cette année de 20 000 euros afin de gonfler le budget consacré à la formation collective des équipes et afin de couvrir les frais de publication de leur média. En 2004, une augmentation complémentaire de 25 000 euros permettra l'achat d'un nouveau logiciel en vue de l'élaboration d'un nouveau programme de recueil de données. C'est d'autant plus important que ces équipes faisant partie aujourd'hui de projets pilotes dépendant de l'aide à la jeunesse viendront s'ajouter et qu'il convient de standardiser la récolte des données.

Dans le cadre du PACA, des moyens nouveaux permettront la consolidation des équipes SOS Enfants, l'application de critères objectifs à l'octroi de subventions, la couverture territoriale totale organisée par l'arrondissement judiciaire et la revalorisation des indépendants, car ce problème se pose aujourd'hui au sein des équipes. Ces moyens passeront de 620 000 euros en 2005 à 1 337 000 euros en 2010.

En ce qui concerne la mise en œuvre des actions de prévention et de formation, depuis 2001, un budget récurrent de 198 000 euros permet la mise en application des actions de prévention, telle que la campagne YAPAKA ainsi que la formation et l'information des intervenants de première ligne.

Vous m'interrogez enfin sur le calendrier. L'avis du CCAJ et de l'ONE est sollicité pour la fin juin/début juillet. En concertation avec le secteur, je poursuis de mon côté le travail de préparation des arrêtés d'application: ceux relatifs à l'agrément des équipes seront adoptés en priorité pour lancer la procédure d'agrément. Vous aurez donc assez rapidement l'occasion de découvrir en commission le contenu de mes propositions de modification du décret de 1998. Ce sera vraisemblablement l'occasion d'aborder les questions dépendant de l'arrêté ministériel.

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

M. Marc Elsen (cdH). — Monsieur le Président, je remercie Mme la ministre de ce long exposé digne de l'importance de la question.

Je note avec beaucoup d'intérêt que l'ensemble des acteurs concernés par les nouvelles dispositions ont été consultés préalablement, car dans la précédente mouture, un certain nombre d'interrogations subsistaient, notamment par rapport au secret professionnel, etc.

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. — En la matière, la législation a évolué au niveau fédéral.

M. Marc Elsen (cdH). — Cette consultation préalable est, selon moi, opportune. Je prends note aussi du fait que nous aurons, très certainement après les vacances parlementaires, l'occasion de travailler sur le sujet — il me paraît important de travailler dans un laps de temps relativement bref — et que vous accordez toute l'importance requise à la pérennisation des équipes SOS Enfants. Ce sont effectivement les ressources humaines qu'il importe de valoriser en premier lieu.

Permettez-moi d'apporter un ultime commentaire. Vous avez notamment parlé de l'importance des campagnes de sensibilisation des parents ou des éducateurs. Je présume qu'il s'agit des éducateurs au sens large, parce que les enseignants en tant que tels sont évidemment des interlocuteurs privilégiés. Il s'agit bel et bien de renforcer la confiance dans l'adulte. C'est un enjeu essentiel.

Mme Maréchal, ministre de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. — Dans le cadre des formations qui sont organisées depuis deux ans de manière décentralisée par la cellule de coordination, gérée par M. Magos, nous avons établi les statistiques au sujet des personnes qui y assistent et de quel milieu elles proviennent. Il s'agit essentiellement d'enseignants.

QUESTION ORALE DE M. ELSÉN A MME MARÉCHAL, MINISTRE DE L'AIDE A LA JEUNESSE ET DE LA SANTÉ, RELATIVE A LA «SUPPRESSION DES SUBSIDES ALLOUÉS AUX ESPACES-RENCONTRES»

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

M. Marc Elsen (cdH). — Monsieur le Président, madame la ministre, le service public fédéral de la Justice ne subsidie plus les espaces-rencontres.

Ceux-ci sont pourtant d'une nécessité impérieuse. Grâce au cadre de confiance qu'ils proposent aux différents protagonistes, ils contribuent à restaurer entre un enfant et un parent un contact qui est rompu depuis plusieurs années.

D'après le cabinet de M. Verwilghen, le poste a été supprimé parce qu'il est apparu qu'il relevait de l'Aide à la jeunesse.

Des pourparlers sont en cours ... Qu'en est-il d'un accord de coopération entre les ministres en charge de ce secteur? Vous êtes-vous concertée avec vos collègues?

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

Mme Nicole Maréchal, ministre de l'Aide à la Jeunesse et de la Santé. — Monsieur le Président, monsieur Elsen,

vous vous rappellerez certainement qu'il y a quelques années, ces services étaient subsidiés par l'Aide à la jeunesse. Une analyse institutionnelle, dans ce petit pays toujours aussi surprenant, a montré que cette matière n'était peut-être pas du ressort de la Communauté française.

Aujourd'hui, le ministre de la Justice, sans doute en partance, nous répond qu'à cet égard, les compétences sont communautaires. Il faut bien préciser que nos amis flamands n'ont toujours pas compris que depuis 1993, une partie des compétences communautaires ont été transmises aux Régions; ils ont tendance à englober dans le terme « Communauté » tout ce qui relève de nos deux entités fédérées francophones.

En tout cas, un arrêté royal a été adopté en fin de législature par le Gouvernement fédéral, mais aucune publication au *Moniteur belge* ne confirme aujourd'hui la décision de retirer au ministre de la Justice la possibilité de subsidier les espaces-rencontres. Par ailleurs, leurs subventions sont toujours allouées jusqu'au 30 septembre 2003.

Je partage votre analyse concernant le caractère nécessaire, voire indispensable de ces services qui permettent à l'enfant de retrouver une relation sereine avec le parent non gardien, ce qui est d'ailleurs le rôle principal joué par ces services.

Le Conseil d'Etat a estimé que la compétence d'organisation et de subvention de ces services relevait des Communautés. A la suite de l'interpellation du ministre de la Justice, le ministre des Affaires sociales de la Région wallonne, M. Detienne, et moi-même avons demandé un avis à un constitutionnaliste, à savoir M. Uyttendaele, afin de clarifier cette question de compétence. De cette analyse, il ressort que cette matière relève exclusivement des Régions en ce qui concerne la partie francophone du pays, en application du décret de 1993 qui a transféré les compétences en matière d'aide aux familles aux Régions wallonne

et bruxelloise, puisque ces services prennent en charge parents et enfants.

Plusieurs réunions de coordination et de discussion ont eu lieu avec les représentants du ministre de la Justice actuel, des trois Communautés et des trois Régions, mais elles n'ont toujours pas abouti à un accord de coopération. Dès que le nom du nouveau titulaire du ministère de la Justice sera connu, je ne manquerai pas de prendre contact avec lui afin que les familles ne pâtissent pas de cette situation ubuesque. En effet, durant de nombreuses années, un pouvoir subsidie des services qui réalisent leur mission à la plus grande satisfaction et dans l'intérêt de tous et qui, soudain, devraient disparaître pour des raisons institutionnelles.

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

M. Marc Elsen (cdH). — Madame la ministre, je pense effectivement que le fait d'avoir sollicité votre constitutionnaliste préféré me paraît particulièrement judicieux. C'est une question d'appréciation personnelle.

Vous dites qu'il ne semble pas y avoir de problèmes financiers mais, d'après mes informations, des soldes de subsides ne seraient toujours pas versés. Or, ces équipes travaillent déjà dans des contextes difficiles et cette épée de Damoclès qui se trouve constamment au-dessus de leur tête n'améliore pas la situation! Je prends note de la concertation qui a été entreprise et dont on a tout lieu de penser qu'elle trouvera une issue favorable avec le futur ministre de la Justice. Cela permettrait de rassurer les équipes et de faire en sorte qu'elles puissent continuer à réaliser un travail que tout le monde juge excellent.

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

— *L'heure des questions se termine à 11 h 30.*