

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

PARLEMENT
DE LA
COMMUNAUTÉ FRANÇAISE

Session 2006-2007

1 MARS 2007

COMPTE RENDU INTÉGRAL

SÉANCE DU JEUDI 1 MARS 2007

TABLE DES MATIÈRES

1	Ordre des travaux	3
2	Questions orales (Article 64 du règlement)	3
2.1	Question de Mme Chantal Bertouille à Mme Marie Arena, ministre-présidente chargée de l'Enseignement obligatoire et de Promotion sociale, et à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « Safer Internet Day »	3
2.2	Question de M. Marc de Saint Moulin à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, concernant la « mise en oeuvre de l'article 53 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse »	4
2.3	Question de Mme Eliane Tillieux à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « mise en place actuelle du dépistage de la surdité en Communauté française »	5
2.4	Question de Mme Eliane Tillieux à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « plan Sema bis »	8
2.5	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 la « prise en charge des mineurs ayant commis des faits qualifiés infraction et souffrant de troubles psychiatriques »	10
2.6	Question de M. Marc Elsen à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « prise en charge des jeunes délinquants présentant des troubles psychiatriques »	10
2.7	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 « Au secours, tes parents ont un livre d'information pour toi » et à l'éducation à la vie affective et sexuelle par le gouvernement fédéral » . . .	13
2.8	Question de M. Daniel Senesael à Mme Marie-Dominique Simonet, vice-présidente et ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique et des Relations internationales, et à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « santé des étudiants »	14
2.9	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 « négociations relatives au nouveau contrat de gestion de l'ONE »	17
2.10	Question de M. Marc Elsen à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « répartition des postes des conseillers et directeurs adjoints dans les SAJ et SPJ. »	18

Présidence de M. Paul Galand, président.

– *L'heure des questions et interpellations commence à 10 h 45.*

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

1 Ordre des travaux

M. le président. – La question de M. Paul-Olivier Delannoy à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « réaction à adopter face à une situation d'étouffement chez un jeune enfant » est transformée en question écrite.

La question de Mme Isabelle Emmery à M. Claude Eerdekens, ministre de la Fonction publique et des Sports, et à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « protection des jeunes sur Internet » est reportée.

2 Questions orales (Article 64 du règlement)

2.1 Question de Mme Chantal Bertouille à Mme Marie Arena, ministre-présidente chargée de l'Enseignement obligatoire et de Promotion sociale, et à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « Safer Internet Day »

Mme Chantal Bertouille (MR). – Le *Safer Internet Day* a eu lieu voici quelques jours. Il s'agit d'une journée de sensibilisation des jeunes et des adultes aux dangers qu'encourent les mineurs d'âge lorsqu'ils surfent sur Internet. L'opération, menée par la Commission européenne, a débuté en 2005 et s'achèvera en 2008. Elle vise essentiellement à lutter contre le contenu illégal et non désiré des sites web.

Le ministre de l'Informatisation, Peter Vanvelthoven, a récemment diffusé les résultats d'une enquête sur ce sujet commandée par la Commission européenne. Une centaine de parents et d'enseignants ont participé à un programme test destiné à bloquer les éléments non désirés comme la pédopornographie, le racisme ou le commerce des médicaments. Selon la presse, cette étude révèle que les filtres sont d'une efficacité relative et qu'ils ne suffisent pas. Ils doivent absolument être accompagnés d'une éducation à l'usage de l'Internet, tant à destination des enfants qu'à celle des pa-

rents afin qu'ils puissent traiter « d'égal à égal » avec leurs rejets.

Avez-vous pris connaissance de cette étude ? L'an dernier, à l'occasion de cette journée, vous aviez fait le point sur la question. Divers projets pédagogiques consacrés à ce sujet existent déjà. Des sites répertoriés sur www.enseignement.be existent afin de prévenir les différents publics. Il n'est toutefois pas très facile d'avoir accès à cette information.

L'an dernier, la ministre Arena souhaitait ajouter au Passeport TIC un module de formation intitulé *Développer une attitude citoyenne*, qui serait une réflexion sur l'utilisation d'Internet et des moyens électroniques de communication. Les enfants seraient, par exemple, amenés à se questionner sur les conséquences d'un recours abusif aux copies ou de la fréquentation de sites xénophobes. Où en êtes-vous dans l'élaboration de ce module et des projets que vous souhaitez développer en Communauté française ? Quel est votre point de vue sur le sujet ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – La ministre-présidente et moi-même partageons votre préoccupation sur les risques que présente pour les jeunes l'utilisation des technologies de l'information et de la communication. Comment peut-on les protéger des informations illégales ou nuisibles disponibles sur Internet ?

Les résultats de l'étude commandée par la Commission européenne viennent en effet d'être publiés. Ils portent sur les solutions de filtrage des informations illégales ou potentiellement nuisibles pour les enfants. Trente techniques de filtrage parmi les plus répandues ont été testées par plus d'une centaine de parents et d'enseignants dans plusieurs pays européens. Ces tests confirment que la technologie actuelle permet de filtrer les contenus dangereux et nuisibles sans entraver la façon dont les jeunes utilisent Internet.

Il existe déjà un système de filtrage pour les écoles de la Communauté française. Il est une des possibilités de sécurisation des jeunes. Il s'agit d'un complément certes utile, mais secondaire, à leur éducation à l'utilisation des TIC.

À cet égard, la ministre-présidente a souhaité prendre des mesures afin d'assurer le développement d'une attitude citoyenne et critique dans l'utilisation de ces technologies par les jeunes. Comme vous le rappeliez, elle a demandé qu'un module supplémentaire soit introduit dans le projet Passeport-TIC. Il vise à l'acquisition de compétences minimales en informatique pour les élèves

du premier degré de l'enseignement secondaire et il propose cette année un nouveau module intitulé *Adopter une attitude citoyenne face à l'outil informatique et aux informations qu'il véhicule*. Ce nouveau module n'est pas encore finalisé, mais il aborde déjà trois thématiques : s'assurer de la validité des informations, respecter la propriété intellectuelle et adopter une attitude responsable face aux dangers de l'Internet comme les virus, les spam ou l'identification.

Le site www.enseignement.be propose un riche espace d'information sur l'utilisation de ces nouvelles technologies par les jeunes et les enseignants. L'administration en étudie actuellement une nouvelle architecture afin de le rendre plus convivial et d'en faciliter la navigation.

Mme Chantal Bertouille (MR). – Votre réponse me paraît quelque peu limitée. Je savais qu'un module de formation allait être développé. Il était déjà annoncé en 2005, mais il n'a toujours pas été concrétisé, ce que je regrette.

Par ailleurs, la prévention des dangers de l'Internet est un des points de l'accord du gouvernement, qui spécifiait qu'il fallait prendre et accompagner les mesures appropriées, notamment préventives. Je m'étonne qu'aucun autre projet ne soit prévu. Comme l'étude que j'ai évoquée l'indique, les projets existants montrent leurs limites.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Il existe bien d'autres initiatives, mais je n'en ai pas parlé car ce n'était pas l'objet de la question. D'autres projets ont été menés, en collaboration avec le secteur de la petite enfance en vue d'élaborer des outils pour préparer les jeunes à l'utilisation des médias et, notamment, de l'Internet. L'Etnic a également développé une série d'autres outils, mais comme vous ne m'avez pas interrogée sur ce sujet qui dépend des compétences de M. Eerdeken, je ne l'ai pas abordé.

Mme Chantal Bertouille (MR). – Monsieur le président, dans le texte que j'ai transmis à la ministre, je demandais si elle préparait d'autres projets pour prévenir ces dangers.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Moi, non. M. Eerdeken, oui.

Mme Chantal Bertouille (MR). – Ma question était également adressée à la ministre-présidente. Il me semble qu'elle pouvait répondre au nom du gouvernement.

M. le président. – Madame Bertouille, vous aurez certainement l'occasion de revenir sur ce su-

jet ultérieurement.

2.2 Question de M. Marc de Saint Moulin à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, concernant la « mise en oeuvre de l'article 53 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse »

M. Marc de Saint Moulin (PS). – Madame la ministre, je vous avais déjà interrogée en avril 2005, sur la mise en œuvre de l'article 53 du décret du 4 mars 1991 relatif à l'Aide à la jeunesse. Cet article dispose « qu'un accord de coopération peut être conclu avec la Région wallonne, la Région bilingue de Bruxelles-Capitale et l'État fédéral dans le but d'améliorer la prise en charge des jeunes visés par le décret. Cet accord s'attachera à régler, entre autres, le contenu général des protocoles de collaboration particuliers entre les conseillers et directeurs de l'Aide à la jeunesse et les CPAS ».

Le 6 février dernier, vous nous avez fait part, dans votre réponse à une interpellation, de votre décision d'intervenir à nouveau auprès des CPAS, la réglementation n'étant pas encore appliquée. Je suppose que vous faisiez alors allusion à cet article 53.

En avril 2005, je vous faisais remarquer que les conseils de l'action sociale seraient renouvelés en avril 2007 et qu'il me semblait intéressant que les premiers jalons des protocoles de collaboration soient posés avant cette date.

Je souhaiterais, madame la ministre, que vous nous expliquiez la manière dont vous travaillez pour réaliser, enfin, cette collaboration entre l'Aide à la jeunesse et les CPAS. Quelles actions avez-vous déjà entreprises ? Quelles mesures envisagez-vous pour impulser cette dynamique indispensable entre ces deux secteurs ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – De nombreuses et fructueuses collaborations existent déjà aujourd'hui entre les CPAS, les services de l'Aide à la jeunesse et les services de protection judiciaire.

De l'avis de l'ensemble des partenaires, il est indispensable d'encourager les collaborations qui tiennent compte des particularités locales. En effet, les situations varient d'un endroit à l'autre. L'abrogation de l'article 56 nous a permis d'écarter les enjeux institutionnels et financiers pour nous concentrer davantage sur les jeunes, leur orientation et l'échange d'informations, ce dont nous pouvons nous réjouir.

Vous l'avez rappelé, les carrefours de l'aide à

la jeunesse ont permis d'identifier certaines tensions et ont réaffirmé la nécessité des collaborations. Selon moi, la mise en place des nouveaux conseils de l'Action sociale et le renouvellement des conseils d'arrondissement de l'Aide à la jeunesse, véritables plates-formes entre CPAS et secteur de l'Aide à la jeunesse, sont propices à la reprise des discussions sur un accord de coopération.

Le défi est de proposer un accord qui, tout en posant des balises, ne soit pas trop restrictif et reste suffisamment général pour laisser la place aux protocoles et aux spécificités locales. L'enjeu est d'éviter les difficultés de délimitation entre l'aide sociale générale et l'aide sociale spécialisée pour se centrer sur l'essentiel – la prise globale du jeune – et pour éviter que chacun finisse par rejeter la responsabilité sur l'autre.

Les CPAS se trouvent en première ligne. Si l'Aide à la jeunesse constitue le dernier maillon de la chaîne, ce n'est pas une raison pour qu'au final, par effet d'entonnoir, tout retombe sur ses épaules. ! Tous les acteurs jouent un rôle spécifique qui est fonction de leur type d'intervention et de leurs moyens, notamment financiers. Même pour un mineur, l'action sociale est concernée avant l'aide à la jeunesse.

La meilleure manière de s'approprier une action est d'être associé dès le départ du projet. C'est dans cette démarche qu'actuellement je m'inscris. À cet égard, j'attends avec impatience la mise en place des nouveaux conseils de l'action sociale et des arrondissements de l'Aide à la jeunesse pour poser les premiers jalons d'un futur accord sur lequel mon cabinet travaille. Nous prendrons également directement contact avec les fédérations des CPAS et l'Union des villes et des communes.

2.3 Question de Mme Eliane Tillieux à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « mise en place actuelle du dépistage de la surdité en Communauté française »

Mme Eliane Tillieux (PS). – Nous avons examiné tout récemment, en commission des Affaires générales, le dernier rapport d'activités de la Commission consultative de la langue des signes (CCLS). Je me permets de revenir sur le sujet et spécifiquement sur la mise en œuvre du dépistage précoce de la surdité qui, comme l'a rappelé M. Klinkenberg, vice-président de la CCLS, est une belle avancée. Nous ne pouvons que nous réjouir de cette heureuse initiative.

La mise en place de ce test de dépistage est ef-

fective depuis novembre 2006. J'aimerais obtenir quelques précisions sur son application actuelle dans les différentes maternités.

À ce jour, combien d'institutions hospitalières ont-elles signé le protocole ? La répartition géographique permet-elle de couvrir l'ensemble du territoire ? Que se passe-t-il si une maternité n'a pas adhéré à la convention ? Les parents sont-ils orientés immédiatement vers une autre maternité ou doivent-ils faire appel, à leur sortie, à un ORL ? En matière de dépistage, qui est habilité à effectuer le test ? Quels sont les membres des cellules de dépistage des maternités ?

On a noté que l'ONE est un partenaire privilégié dans les différents étapes de ce dépistage. Il a notamment la mission de sensibiliser à l'intérêt de ce test et de jouer un rôle capital dans la procédure de rappel au cours des visites à domicile ou lors des consultations.

Des séances de formation sont-elles prévues pour ces travailleurs du secteur médico-social et les médecins de l'ONE, afin de mieux informer les parents ? Qui fixe et assure les formations nécessaires ? Sont-elles ouvertes à tous les professionnels de la santé ? Je pense aux médecins ORL, aux infirmières et au personnel soignant des maternités.

Toujours sur le plan de la formation et des compétences, je souhaiterais savoir si vous avez prévu du personnel compétent pour annoncer les résultats du dépistage, surtout quand ceux-ci révèlent un problème. Qui finance, comment est composée et organisée l'équipe pluridisciplinaire qui annonce aux parents une éventuelle surdité et les oriente vers les services adéquats ?

Quel pouvoir public finance, compose et organise les équipes multidisciplinaires amenées à prendre en charge l'enfant et sa famille dans les différents centres de revalidation de la Wallonie et de Bruxelles ? Y a-t-il eu des contacts ou des concertations avec les Régions ? Je rappelle que la CCLS a fortement insisté pour que cette prise en charge et l'accompagnement des enfants soient multidisciplinaires, en présence de personnes sourdes, afin de garantir le développement de l'ensemble de leur potentialités de communication et de langage ?

L'importance de dépister la surdité à la naissance et surtout la possibilité de faire désormais le test à un coût réduit seront-elles mentionnées dans le carnet des parents et dans celui de l'enfant ?

Nous accordons une importance capitale aux outils de prévention. Nous essayons de contribuer par nos questions parlementaires à les rendre

plus complets, plus précieux, plus bénéfiques pour toutes les familles.

J'ai déjà eu l'occasion d'évoquer le cas des bébés qui ont une audition normale à la naissance mais qui la perdent au cours des premiers mois de leur vie. Pour eux, un dépistage auditif néonatal ne suffit pas. Existe-t-il des statistiques précises sur le nombre d'enfants dont l'audition est relativement bonne à la naissance mais se détériore profondément dans les premiers mois de leur vie ? Pouvez-vous me dire si des mesures sont prévues dans ces cas ?

Ces questions prolongent le débat qui a eu lieu lors de l'examen du rapport de la langues des signes.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Je crois avoir déjà répondu à toutes ces questions mais il n'est pas inutile de faire à nouveau le point.

Au mois de novembre, la Communauté française a lancé un programme de dépistage néonatal de la surdité dans les maternités. Ce programme tourne autour de cinq axes : la rédaction d'un protocole d'organisation en coordination avec un groupe de professionnels, l'implication des maternités ayant volontairement signé la convention, la collaboration avec l'ONE, le recueil scientifique des données auprès des centres de dépistage néonatal et la coordination efficace du programme, qui a été confiée à l'École de santé publique de l'ULB.

Ce programme a été préparé pendant des mois par mon cabinet et par de nombreux spécialistes rassemblés dans un groupe de travail : médecins ORL, pédiatres et professionnels appartenant à différentes institutions, comme l'ONE.

La convention a été signée par 37 maternités, soit plus de 70 % de celles de la Communauté française. D'une certaine manière, c'est un exploit, car ce genre de programme se heurte souvent à une certaine forme d'inertie. Je n'osais espérer qu'autant de maternités adhèrent au programme en si peu de temps. Ce succès montre le dynamisme des services hospitaliers.

Je ne m'étendrai pas sur l'aspect financier puisque j'ai déjà expliqué à plusieurs reprises le mode de calcul de la contribution parentale. Leur participation est en tout cas modique.

Les maternités qui n'ont pas signé la convention continuent à exiger des sommes importantes pour le dépistage. Il est regrettable qu'elles aient choisi de rester non conventionnées. Cependant, le « coût concurrentiel » pratiqué par les nombreuses

maternités conventionnées incitera vraisemblablement les maternités qui le ne sont pas encore à adhérer à leur tour à ce programme.

Elles prennent évidemment les initiatives qu'elles jugent utiles. Hormis les hôpitaux universitaires, je n'ai évidemment pas de compétences pour les autres institutions hospitalières. Je vous ai parlé tout à l'heure de la convention avec l'École de santé publique de l'ULB qui a engagé une coordinatrice à temps plein pour suivre de près l'évolution de ce programme de dépistage. Cette personne sera invitée à rencontrer les maternités qui ne suivent pas ce programme et qui ne sont pas conventionnées pour tenter de les amener à y adhérer.

L'organisation systématique d'un dépistage chez l'enfant permet de détecter la majorité des cas de surdité néonatale. Beaucoup plus rares sont celles qui se détectent après la naissance. Toute une série d'exemples sont cités dans la littérature comme celles qui sont la conséquence d'un CMV contracté par la maman durant la grossesse, ou le résultat d'une thérapie consistant en la prise de certains types d'antibiotiques par l'enfant – je pense notamment aux aminoglycosides, même si c'est moins fréquent à l'heure actuelle – et, en tout cas, toutes les formes acquises de surdité.

Des tests de dépistage de la surdité sont pratiqués au cours des visites médicales scolaires. Ils touchent donc tous les enfants de 3 à 18 ans.

Toutes les institutions hospitalières ou celles qui ont signé une convention avec la Communauté française s'engagent à désigner un médecin ORL chargé d'assurer l'organisation du programme de la maternité. Un coordinateur référent peut être désigné pour en prendre en charge l'application pratique. Le médecin ORL peut cumuler les deux fonctions si tel est le choix de la maternité.

Le test proprement dit est assuré par du personnel formé à cet effet – infirmier, puéricultrice, logopède ou audiologiste – et, si ce test détecte la présence d'une déficience auditive chez un nouveau-né – je rappelle qu'il existe de faux positifs – l'enfant sera examiné dans les quinze jours par un médecin ORL apte à poser un diagnostic de surdité. Ce nouveau test permettra de confirmer le diagnostic.

Les centres de référence proches peuvent également être sollicités si nécessaire. Le travail d'annonce du diagnostic relève uniquement du médecin ORL ou du pédiatre. Par contre, comme vous, je suis convaincue de l'importance de la prise en charge multidisciplinaire, même si elle ne relève pas totalement des compétences de la Commu-

nauté française. Nous n'avons pas voulu mettre en place le dépistage et laisser ensuite les gens se débrouiller. Non, nous avons voulu construire un lien après le dépistage et affiner le diagnostic qui relève pourtant de l'Inami.

Dès la pose d'un diagnostic de surdité, le relais peut être pris par un de ces centres de réhabilitation en Wallonie ou à Bruxelles. Une collaboration entre la maternité et les centres vers lesquels sont envoyés les enfants dépistés est indispensable dans l'intérêt des familles. Il est aussi important de pouvoir garantir un accès rapide aux centres de réadaptation. En effet, on ne peut laisser les familles seules devant une situation difficile car la communication avec l'enfant doit être adaptée. Je voudrais aussi préciser que ces centres sont reconnus par l'Inami comme des centres de réadaptation fonctionnelle : ils ne relèvent pas de la compétence de la Communauté.

J'ai pris toutes les mesures afin qu'un minimum d'enfants échappe aux tests. C'est ainsi que les centres de dépistages des maladies métaboliques ont mis en place une procédure de rappel pour les tests non effectués. Le travailleur médico-social (TMS), en liaison avec l'ONE, est également informé des cas d'enfants non dépistés. L'Office peut avertir le TMS qui assurera le contact avec la famille et ainsi sensibiliser les parents et les encourager à honorer leurs rendez-vous. Les carnets de l'ONE ont aussi une grande importance dans le cadre des soins dispensés aux enfants et des contacts sociaux qui peuvent en découler. Les résultats du test ainsi que d'autres éléments seront donc repris dans le nouveau carnet médical de l'enfant.

La formation constitue un volet important de ce programme. J'ai organisé trois séances de formation à Bruxelles, à Liège et à Namur, de novembre 2006 à janvier 2007. L'objectif était d'expliquer le protocole aux médecins et aux intervenants médico-sociaux amenés à effectuer le test. Les différentes sessions ont été encadrées par des médecins ORL du groupe de pilotage en collaboration avec la coordinatrice du programme. Cette dernière rencontre actuellement les équipes des maternités intéressées en vue de répondre aux questions pratiques. La coordinatrice peut aussi organiser des formations à la demande.

L'ONE est un maillon important du programme. Deux de ses médecins pédiatres ont ainsi été associés au groupe de pilotage. Ils mobilisent les médecins et les TMS de l'Office pour les sensibiliser à l'importance du test et les inciter à participer à la diffusion du *folder*. À ce propos, je voudrais vous signaler qu'un site Internet sera pro-

chainement créé. En outre, l'ONE a organisé le 20 février une première journée de formation à l'intention des TMS. Une information est donnée systématiquement aux nouveaux travailleurs médico-sociaux lors de leur entrée en fonction.

Les deux premières années de la vie de l'enfant sont bien entendu essentielles pour son développement neuromoteur, de même que sur le plan de la communication et de l'apprentissage, plus particulièrement de la langue. Les conséquences de la surdité sur l'accès au langage, l'épanouissement personnel, les apprentissages scolaires, l'insertion sociale et professionnelle sont extrêmement lourdes. Un diagnostic et une prise en charge précoces et adaptés peuvent aider l'enfant sourd dans ces domaines et également dans celui du langage des signes, afin de lui permettre d'avoir un développement cognitif optimal. C'est dans cet objectif que j'ai pris l'initiative de mettre en place un dépistage systématique de la surdité.

De nombreuses autres actions devraient encore être entreprises dans ce domaine et certaines ont déjà démarré. Vous avez commencé votre intervention en rappelant l'audition récente de la CCLS. Des contacts sont pris, avec l'aide de la commission, au départ de mon cabinet, plus particulièrement avec la ministre de l'Enseignement. Il faut en effet veiller à l'intégration des enfants sourds dans le parcours scolaire. Certains peuvent avoir un parcours normal, à condition de bénéficier d'une prise en charge adaptée. D'autres enfants, dont la surdité a été diagnostiquée tardivement, doivent suivre un enseignement adapté. La ministre de l'Enseignement est particulièrement attentive à cet aspect des choses et y travaille. Un de ses représentants a d'ailleurs assisté à l'audition de la CCLS.

Nous devons avancer progressivement dans cette matière ; nous ne pouvons tout faire en un jour. De nombreux défis nous attendent encore, en Communauté française et à d'autres niveaux, pour aider les enfants sourds et leurs familles.

Mme Eliane Tillieux (PS). – Je vous remercie, madame la ministre, de vos explications concrètes et détaillées concernant vos initiatives dans ce domaine. Nous savons, madame la ministre, combien vous y êtes attentive, d'autant que l'on revient régulièrement sur les travaux de la CCLS. Vous êtes également sensible à l'importance du suivi des tests de dépistage, d'une bonne information des parents, de la manière de les informer d'une déficience auditive et des centres de réhabilitation. Sur ce point, je vous encourage à créer quelque chose qui permette de réduire au minimum le délai entre l'information et la prise en charge des difficultés

de l'enfant et de la famille. Peut-être une action doit-elle être entreprise à ce niveau.

Le seul élément qui demande encore de l'attention est le nombre de maternités. Le délai écoulé depuis la mise en œuvre de la disposition est très court et si le chiffre de 70 % est déjà très bon, il reste que 30 % des maternités ne s'y sont pas encore affiliées. J'aimerais que l'on veille à ce qu'elles suivent ce programme rapidement ou, le cas échéant, que l'on cherche à connaître les raisons de leur refus. C'est important d'un point de vue social puisque l'objectif était de rendre les tests obligatoires et accessibles à tous.

2.4 Question de Mme Eliane Tillieux à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative au « plan Sema bis »

Mme Eliane Tillieux (PS). – La politique de l'enfance, lit-on dans la Déclaration de politique communautaire, « *façonne plus que toute autre l'avenir de nos enfants et de nos jeunes* ». Un de vos grands défis actuels, madame la ministre, est le nombre de places en milieu d'accueil.

En mars 2002, le Conseil européen de Barcelone a estimé que les États membres de l'Union européenne devaient « *s'efforcer de mettre en place, d'ici à 2010, des structures d'accueil pour au moins 33 % des enfants âgés de moins de trois ans* ».

En Belgique, le déficit d'accueil de la petite enfance est une réalité. Elle est encore plus criante en Communauté française. En 2003, le taux de couverture au niveau national était de 27 %. En Communauté française, il n'était que de 24 %.

Pour donner suite aux recommandations de l'Europe, le Conseil wallon de l'égalité hommes-femmes a alors estimé qu'il fallait créer en Communauté française 10 000 places d'accueil d'ici 2010.

C'est dans cette perspective que fut lancé la même année le plan « Cigogne » et son volet plan Sema (synergie employeurs maisons d'accueil).

Le plan Sema a créé six places au lieu de 635 prévues. Cet échec est dû à deux raisons majeures. D'une part, les entreprises, dans leur grande majorité, considèrent que leur participation financière ne peut excéder 2 000 euros par place et par an, selon des enquêtes effectuées sur les sites de Wavre Nord et du parc scientifique Créalys en Province de Namur. D'autre part, les entreprises ne sont pas disposées à s'engager pour

un nombre de places sur deux ans pour des raisons de flexibilité et d'incertitude de besoins.

Vous avez confirmé ce constat d'échec en septembre 2004. Cela vous a amenée à lancer une révision du plan. Voici un peu plus d'un an, en janvier 2006, vous avez lancé le plan Sema *bis*.

Le plan rénové prévoit une réduction de la participation de trois à deux entreprises, un engagement maintenu sur deux ans mais avec possibilité de mutualisation (et non plus pour un nombre fixe de places) et une participation financière ramenée de 6 000 à 3 000 euros par place et par an.

Si les nouvelles mesures vont dans le bon sens, elles ne rencontrent néanmoins toujours pas les objections faites par les entreprises. Après un an de mise en œuvre, le projet SPI+ avec la participation des entreprises Electrabel et Matysse sur le site de Tihange constitue le seul dossier finalisé selon le schéma Sema *bis*.

Par ailleurs, pour le parc scientifique Créalys, un montage de projet de crèche développé en 2003 convenait – selon mes informations – à toutes les parties, à savoir le BRP, les entreprises et la Ville de Gembloux.

Dans ce montage, l'équilibre financier et la participation des entreprises est de l'ordre de 1 500 euros par place et par an. On peut toutefois s'étonner du fait que la réglementation des plans Sema et Sema *bis* n'en permette pas l'application...

Pouvez-vous nous apporter des précisions sur ce qui paraît être un dysfonctionnement dans ce plan révisé ? Serait-il envisageable de laisser aboutir un projet de ce type qui est finalisé comme projet-pilote ?

Connaissant le déficit chronique en places d'accueil, pourquoi n'autorise-t-on pas la création de crèches en zones d'activité économique financées partiellement par les entreprises, mais en dehors des critères du plan Sema ?

Pouvez-vous également nous dresser le bilan, chiffres à l'appui, du Plan Sema *bis* après un an de mise en œuvre ? Avez-vous des pistes pour améliorer ce plan ? Où en sommes-nous par rapport à l'objectif de 2010 ? Combien de places doivent-elles encore être créées ? Le cas échéant, quand comptez-vous les implémenter ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Vous l'avez rappelé, le plan Sema a créé six places au lieu des 635 prévues sous la précédente législature. Si ma mémoire est bonne, un beaucoup plus grand nombre avait été d'ailleurs initialement envisagé :

la projection globale antérieure postulait plusieurs milliers de places pour ce programme, nombre que j'avais largement revu à la baisse dans le plan « Cigogne 2 ».

Je rappelle que nous ne créons pas les places mais que nous installons un cadre facilitant pour le financement et la législation sur base pluriannuelle. Le plan « Cigogne 2 » prévoit la création de 8 000 places pour la législature 2004-2009. Mille deux cents places l'ont été en 2004-2005 et 3 000 sont prévues en 2006-2007. La programmation est en effet réalisée sur deux ans. Un nouveau plan bisannuel est prévu pour la fin du premier semestre 2007.

Le dispositif Sema a dû être revu pour le rendre plus attrayant pour les employeurs. En décembre 2005, je me suis employée à modifier la législation en tenant compte des suggestions des employeurs et des partenaires. Trois bureaux avaient été désignés pour faire le point auprès des entreprises de la Communauté française, tester leur intérêt et répertorier les freins.

Le coût à charge des entreprises dans le dispositif prévu sous l'ancienne législature est apparu comme étant le principal problème. La réforme de la législation s'est donc principalement centrée sur ce point. Le coût de la place à charge des entreprises a été ramené de 6 000 euros à 3 000 euros bruts par an, soit pour l'employeur soumis à l'Isoc, 2 010 euros. Ce montant correspond à ce que les employeurs consultés semblaient prêts à déboursier pour le projet de crèche du parc scientifique Créalys de Gembloux. Une intervention de 1 500 euros par place par an avait aussi été évoquée.

Le montage imaginé à l'époque par la société privée à l'initiative du parc de Gembloux édulcorait certaines difficultés telles que la prise en compte dans le calcul des charges de délégation et de gestion du milieu d'accueil et la garantie d'obtenir des aides à l'emploi. Ces motifs ont empêché la concrétisation de ce dossier. De plus, à l'époque comme aujourd'hui, il ressort de la législation qu'un employeur ne peut réserver une place dans un milieu d'accueil que par une convention de collaboration Sema. Celle-ci prévoit notamment un coût raisonnable pour l'employeur – beaucoup moindre que si l'entreprise crée une crèche –, l'octroi automatique d'aides à l'emploi sur la base d'une convention entre la Communauté française et chaque Région, et le subventionnement par l'ONE.

Le dispositif Sema modifié présente plusieurs avantages. Les employeurs peuvent désormais mutualiser la réservation de places par le biais d'une association d'entreprises, ce qui diminue encore

les coûts et répond ainsi à certaines de leurs objections. Ces synergies peuvent dès lors concerner un petit nombre de grandes entreprises, mais aussi un nombre plus important de PME qui s'associeraient entre elles dans ce but.

Si nous faisons le bilan du Sema modifié, nous comptons 24 places à Chapelle-lez-Herlaimont, six à Liège, six supplémentaires en Région bruxelloise et 25 à Thiange. En Région wallonne, l'infrastructure, considérée comme un centre de service auxiliaire, a été subventionnée par le MET.

Nous avons différents projets pour 2007. Deux nouvelles crèches Sema de 24 places ouvriront leurs portes à Bruxelles-Capitale, l'une à Schaerbeek, l'autre à Bruxelles-Ville. Trois autres projets doivent encore se concrétiser en Région wallonne. Une série de communes, notamment à Bruxelles, envisagent la création de crèches Sema pour 2008. Certains projets dont j'ai parlé sont donc déjà bien avancés, pour un total de 200 places supplémentaires. D'ici à juillet 2008, il serait question de 250 places Sema.

Compte tenu des subsides en infrastructures de la Région, d'autres initiatives pourraient voir le jour dans certaines zones d'activité économique. La demande existe. Pour l'instant, nous montons des projets répondant aux spécificités locales et à la réalité des entreprises, qui diffèrent selon les régions et le secteur.

Nous avons également effectué une série de démarches pour promouvoir le dispositif Sema rénové auprès des employeurs. Nous avons notamment mené une expérience pilote avec l'Union des classes moyennes du Hainaut. Nous avons édité des brochures, que je ai déjà présentées en commission. Un dépliant est destiné aux employeurs, l'autre, aux milieux d'accueil. Nous continuerons ces démarches. L'intérêt du dispositif me semble en effet largement rehaussé par la réduction du coût à charge de l'employeur.

Il faut bien entendu tenir compte de la faisabilité et de la réalité des projets. Les chiffres nous permettent de constater que les projections commencent à être intéressantes, notamment en 2007, pour la conciliation entre la vie privée et la vie professionnelle des parents mais aussi pour les employeurs qui bénéficient de la flexibilité du travail.

Mme Eliane Tillieux (PS). – Je vous remercie de toutes ces précisions. Cependant, j'aimerais revenir sur le projet proposé au parc Créalys. Il convenait à toutes les parties : la ville, les entreprises et le bureau économique qui tente de mettre des infrastructures à la disposition des PME. Ce projet prévoyait la construction d'un bâtiment sur

le site de Créalys, en partie subsidiée et financée pour le solde par le bureau économique de la Province. Le projet prévoyait également de répartir les 24 places entre les entreprises, pour deux tiers, et la ville, pour un tiers.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – C'est ce que prévoit la législation.

Mme Eliane Tillieux (PS). – Le projet reposait également sur la participation des entreprises, plus précisément par le paiement d'une cotisation annuelle liée au nombre de personnes occupées et d'une intervention spécifique en fonction des enfants inscrits. Dans ce montage, la participation des entreprises était de 1 500 euros par place et par an. Cette contrainte ne permet pas d'entrer dans le plan Sema *bis*. Il a été dit que le montant avait été réduit de 6 000 à 3 000 euros par entreprise...

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Cela leur coûte environ 2 000 euros après imposition.

Mme Eliane Tillieux (PS). – Effectivement. Il convient de procéder à une analyse et d'organiser une réunion avec les décideurs afin de chercher un moyen de concrétiser malgré tout ce projet. On est très proche du but et il serait intéressant de mettre 24 places supplémentaires à l'actif du plan Sema.

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

2.5 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 la « prise en charge des mineurs ayant commis des faits qualifiés infraction et souffrant de troubles psychiatriques »

2.6 Question de M. Marc Elsen à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « prise en charge des jeunes délinquants présentant des troubles psychiatriques »

Mme la présidente. – Je vous propose de joindre ces deux questions. (*Assentiment*)

M. Paul Galand (ECOLO). – L'actualité récente des IPPJ a été marquée par des actions de grève motivées par la difficulté de prise en charge d'un mineur souffrant de troubles psychiatriques dans la section à régime fermé de Fraipont. Il aura fallu cette action de grève et l'inquiétude de la voir se propager à plusieurs IPPJ pour qu'un nouvel accord soit annoncé entre les Régions, l'État fédéral et la Communauté française.

Quel est le calendrier de mise en œuvre de l'accord ? Quelles sont les garanties dont dispose la Communauté française pour son application ? A-t-il déjà été signé ? En attendant, quelles dispositions a-t-on prises pour permettre une prise en charge correcte des jeunes en IPPJ ? De quel soutien psychiatrique bénéficient-ils aujourd'hui ? L'estimez-vous suffisant ? Comptez-vous le renforcer ? Qu'en est-il plus précisément de la situation du jeune de Fraipont ? Est-il adéquatement pris en charge ?

M. Marc Elsen (cdH). – La grève récente des éducateurs de l'IPPJ de Fraipont est un nouveau signal de la difficulté de trouver des structures adaptées pour accueillir des jeunes délinquants présentant des troubles psychiatriques et des conséquences néfastes de cette situation pour les IPPJ ou d'autres institutions de placement.

En 2002, le gouvernement fédéral a décidé, M. Galand en a parlé, de l'ouverture de cinq unités de huit lits K médicolégales. Seule une unité a été ouverte au centre hospitalier Titeca. Ce sujet a déjà fait l'objet de questions précédentes. Les deux autres centres qui avaient posé leur candidature en Région wallonne n'ont pas été agréés par la Région, qui doit juger si le cahier des charges imposé par le pouvoir fédéral est suffisamment respecté pour garantir une prise en charge de qualité.

On se retrouve ainsi dans une situation où les places prévues et financées par le pouvoir fédéral n'ont jamais été attribuées, la Région wallonne n'ayant pas donné son agrément – peut-être avec raison. Toujours est-il que les juges, ne trouvant pas assez de places adaptées aux jeunes délinquants atteints de troubles psychiatriques, les placent alors en IPPJ.

Je suis bien conscient du fait que la Communauté française en général, et vous en particulier, n'est pas directement compétente dans l'organisation des lits K médicolégales, mais il faut se rendre à l'évidence, l'Aide à la jeunesse subit les conséquences de leur manque et elle se doit, dès lors, de trouver avec les autres niveaux de pouvoir des solutions pour les jeunes qui lui sont confiés.

Je sais que vous y travaillez de façon constructive et attentive et que la conférence interministérielle Santé a mis en place un groupe de travail chargé de réfléchir à un protocole d'accord entre les ministres régionaux, fédéraux et communautaires.

Quelles sont les mesures actuellement mises en œuvre par la Communauté française pour la prise en charge des jeunes qui présentent des troubles mentaux ? Je pense aux centres d'accueil d'ur-

gence, par exemple, mais existe-t-il d'autres services ou des mesures spécifiques ?

Quels sont les outils mis en place par le protocole d'accord pour que chaque niveau de pouvoir collabore à la bonne prise en charge des mineurs délinquants atteints de troubles psychiatriques ? Quel sera en particulier le rôle de la Communauté française dans cette collaboration ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Cette importante question relative à la prise en charge des jeunes qui ont commis des faits qualifiés d'infractions et qui souffrent de troubles psychiatriques attend une solution depuis plus de dix ans. La Communauté française pallie cette carence alors que cette matière relève de la Région wallonne et du pouvoir fédéral.

Je me suis déjà exprimée plusieurs fois sur cette problématique qui est loin d'être simple. Il faut, bien entendu, s'occuper de ces jeunes, qui ne peuvent pas être livrés à eux-mêmes. Pour suppléer à cette carence, il faut leur attribuer un certain nombre de places, privant de ce fait les IPPJ de celles nécessaires pour d'autres jeunes qui ont commis des faits qualifiés d'infractions mais qui ne relèvent pas de la psychiatrie. Le travail des IPPJ consiste, en amont, à orienter les mineurs de la manière la plus adéquate possible mais ils sont contraints d'accueillir ces jeunes.

Les IPPJ gèrent ces situations, en collaboration avec une série d'autres structures actives en Communauté française telles que CAS, SAIE, SPEP ou COE, pour le suivi des jeunes dans leur milieu de vie et dans leur famille.

Ces différents acteurs tentent réellement avec beaucoup de professionnalisme d'apporter des réponses éducatives et sociales à cette population dont la prise en charge est problématique. Sur ce point, je rejoins les éducateurs des IPPJ sur sa difficulté. En effet, une prise en charge médicale optimale empêche une prise en charge psychiatrique plus générale.

Dès le début de mon mandat, je me suis attelée aux difficultés liées à l'orientation de ces jeunes et à leur accueil en IPPJ. Ils occupent des places qui auraient pu être offertes à d'autres. En attendant cette coordination globale fédéral/entités fédérées, nous avons lancé deux projets pilotes avec des jeunes délinquants relevant de la psychiatrie.

Le premier consiste en une équipe mobile : l'*Entre-temps*, qui travaille avec des jeunes « borderline » (mineurs ayant commis des infractions et présentant des troubles psychiatriques). Le second projet est celui de l'*Impromptu*, qui pra-

tique l'*outreaching* avec des jeunes souffrant de troubles mentaux.

Dans le cadre de la conférence interministérielle Santé, le gouvernement fédéral et les gouvernements des Communautés et Régions ont entamé des négociations pour la conclusion d'un protocole d'accord sur l'organisation d'un « trajet de soins » destiné aux jeunes délinquants relevant de la psychiatrie.

Ce protocole d'accord prévoit l'installation de 44 lits FOR-K supplémentaires, dont douze en Région bruxelloise et onze en Région wallonne. Il prévoit également la création d'une équipe d'*outreaching* par arrondissement judiciaire, chargée d'assurer le suivi ambulatoire des jeunes concernés.

Ce protocole est en cours de finalisation. Plus de huit millions d'euros sont inscrits au budget fédéral de la Santé publique pour l'année 2007. La Région wallonne a entamé les travaux de construction d'une unité de huit prises en charge en lits FOR-K à Liège, dont l'ouverture est prévue au premier janvier 2008. Une seconde unité sera construite à Tournai, avec ouverture prévue pour premier janvier 2009. Le secteur de l'Aide à la jeunesse attend non seulement une prise en charge de ces jeunes en hébergement psychiatrique, mais aussi une aide ambulatoire permettant aux équipes éducatives, notamment en IPPJ, d'assurer une prise en charge adéquate des jeunes qui présentent des troubles psychiatriques sans toutefois nécessiter d'hébergement hospitalier. Ce protocole d'accord apporte des réponses, tant à l'accueil qu'à l'aide ambulatoire et à l'indispensable travail de réseau.

J'en viens à la grève à l'IPPJ de Fraipont. Je vous rassure, à l'exception de 24 heures de solidarité à l'IPPJ de Jumet, elle n'a pas connu d'extension aux autres IPPJ.

Je le rappelle, la grève était motivée par la présence d'un jeune qui avait commis des délits mais qui relevait manifestement de la psychiatrie. Je peux comprendre la difficulté, pour les éducateurs, de prendre en charge ce type de jeune en IPPJ. Je m'étais rendue sur place le soir même de la grève et j'avais obtenu, dès le lendemain, l'appui d'équipes adaptées à cette situation grâce à l'intervention de l'*Entre-temps* qui a apporté un appui extérieur et une prise en charge ambulatoire par l'équipe psychiatrique du centre hospitalier Titeca. J'avais également pris les mesures nécessaires pour que ce jeune puisse, dans un délai raisonnable, être transféré vers une structure adaptée, plus particulièrement à Titeca. Après cette prise en charge très rapide dans de bonnes conditions, j'ai regretté le

prolongement de la grève. Je comprends la difficulté des éducateurs mais je ne peux que déplorer la prise en otage des autres jeunes de l'IPPJ.

Cela étant, le travail a repris. Je viens de rap-peler les balises du protocole d'accord avec les autres niveaux de pouvoir directement concernés. Je tiens à souligner que le maximum a été fait pour que ce jeune qui était le motif de la grève bénéficie des meilleures conditions d'encadrement possibles.

M. Paul Galand (ECOLO). – Madame la ministre, comme vous, je regrette que la Communauté française subisse les critiques, de gauche comme de droite, de responsables politiques d'autres niveaux de pouvoir, alors que ces mêmes niveaux de pouvoir étaient, au moins partiellement, en défaut. Cette situation a forcément des effets négatifs sur les équipes d'éducateurs et sur les jeunes placés dans ces centres et leurs familles. Les IPPJ se trouvent ainsi sous les feux de l'actualité et doivent assumer des responsabilités que d'autres niveaux de pouvoir n'ont pas prises.

Puis-je aussi attirer votre attention sur le fait qu'il ne faudrait plus parler de lits en matière de psychiatrie, mais plutôt de places, car les lits renvoient à l'image d'une structure de soins dépassée aujourd'hui. Les mots ont leur importance.

Le mot « lit » rappelle des structures de soins qui datent, alors qu'il s'agit de places de traitement. Ces jeunes ne seront pas mis dans un lit, surtout pas en psychiatrie. Il faut, au contraire, souvent les motiver pour qu'ils sortent de leur lit. Il faudrait vraiment employer une terminologie correcte.

Je voudrais revenir sur la question des interventions ambulatoires dans le cas de difficulté importante d'ordre psychologique ou psychiatrique dans une IPPJ. Cela peut se produire dans des situations qui, *a priori*, ne relèvent pas que de la psychiatrie. L'aide apportée par les équipes ambulatoires est donc très importante. Je voudrais savoir si, en cas de besoin, ces équipes sont joignables en permanence, y compris la nuit.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Il faut considérer chaque situation particulière, d'autant qu'il y a d'ores et déjà des psychiatres attachés aux IPPJ. En outre, le taux d'encadrement est élevé. À Braine-le-Château, par exemple, en section fermée, on compte seize éducateurs pour dix jeunes.

Bon nombre de jeunes délinquants présentent des troubles psychiatriques mais un mineur n'est jamais étiqueté « cas psychiatrique ». Dans les cas exceptionnels néanmoins, ces troubles peuvent

être très importants.

Les IPPJ sont responsables des jeunes qu'elles accueillent. Un des objectifs du protocole d'accord est d'éviter que des jeunes soient ballottés entre les IPPJ et les hôpitaux. Chacun doit prendre ses responsabilités. Le personnel des IPPJ en est bien conscient. Il faut qu'il prenne en charge certains aspects psychiatriques.

M. Paul Galand (ECOLO). – Prenons le cas d'un jeune qui décompense la nuit du samedi au dimanche. Existe-t-il un protocole qui autorise l'éducateur de garde à téléphoner à un service de psychiatrie préalablement désigné ?

Mme la présidente. – Monsieur Galand, je vous suggère de poser une nouvelle question ultérieurement.

M. Paul Galand (ECOLO). – Quand un psychiatre n'est pas joignable, veille-t-il à ce qu'un confrère puisse le remplacer ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Dans ce cas l'éducateur fait appel à sa direction qui prend les contacts nécessaires.

M. Paul Galand (ECOLO). – Ma question est simple : une continuité est-elle assurée par les psychiatres attachés aux IPPJ ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Une série de procédures sont prévues dans les IPPJ pour venir en aide à un éducateur qui serait confronté à une situation difficile et ce, quel que soit le moment du jour ou de la nuit.

L'organisation d'une IPPJ n'est pas nécessairement la même qu'une autre en ce qui concerne notamment les gardes, les nuits et la manière de bénéficier des appuis.

Je ne prévois pas d'envisager la possibilité de faire appel à cette équipe parce que l'encadrement nécessaire est déjà prévu actuellement au sein des IPPJ. Ce système fonctionne sans problème dans un très grand nombre de cas. Il arrive que des dispositions particulières doivent être prises pour des mineurs qui connaissent de graves problèmes psychiatriques. Généralement, ce n'est pas le samedi soir que l'on se rend compte de ces problèmes. Ces mineurs sont déjà pris en charge par le psychiatre, par les éducateurs ou les équipes médicales et paramédicales. Espérons que dans ces situations, ces jeunes pourront bénéficier d'une prise en charge la plus adéquate possible, à savoir dans une place FOR-K.

M. Paul Galand (ECOLO). – Je note que je n'ai pas reçu de réponse à ma question mais je re-

viendrai ultérieurement sur le sujet.

M. Marc Elsen (cdH). – Une fois de plus, nous nous trouvons dans la situation où toute une série de niveaux de pouvoirs sont concernés. On crie « Haro sur le baudet » quand un problème est épinglé par la presse. Cependant, force est de constater qu’une collaboration accrue devrait exister entre les échelons régional et fédéral. On a parfois le sentiment que le rôle de la Communauté française est de boucher les trous et il lui arrive de devoir « porter le chapeau » pour ne pas avoir trouvé de solution.

Cependant, comme l’a dit la ministre, il n’en reste pas moins que certaines choses sont accomplies dans le cadre de nos compétences.

Dans les IPPJ, de nombreuses places sont bloquées par des cas psychiatriques, ce qui empêche parfois des prises en charge éducatives et « empoisonne » la vie d’une unité. C’est ainsi que certaines équipes ne se sentent plus en mesure d’assurer correctement leur travail. Ces situations ne peuvent rester sans réaction, même si la plupart des équipes des IPPJ ont l’habitude d’accomplir des prouesses pour s’adapter aux personnes qu’elles ont en charge. C’est souvent grâce à la créativité du personnel que l’on peut trouver des solutions aux problèmes. Cette situation n’est toutefois pas extensible à l’infini. Cela doit nous amener à trouver une solution afin de prendre le relais, même de façon temporaire.

Pour éviter toute équivoque, il me semble important de préciser que quand on parle de « lits », il s’agit en fait d’unités de soins.

Ce secteur est souvent mis à mal, on en parle peu et il ne bénéficie pas toujours des premiers rangs médiatiques, sauf quand un problème se pose.

Cela ne relève pas de notre responsabilité, mais il faut souligner le travail réalisé.

L’équipe mobile de *l’Entre-temps* porte très bien son nom. Il serait intéressant de joindre, en annexe, des éléments éducatifs concernant le projet et la composition de cette équipe. Nous parlons de situations très ingrates et particulièrement difficiles à prendre en charge, sachant que l’on arrive à un moment de la chaîne qui n’est que temporaire.

Le calendrier de mise en place des lits FOR-K est particulièrement bien établi.

Mme Catherine Fonck, ministre de l’Enfance, de l’Aide à la jeunesse et de la Santé. – Il s’agit de places et non de lits.

M. Paul Galand (ECOLO). – À propos d’utilisation de termes exacts, une émission diffusée

hier sur la psychiatrie a rappelé que, naguère, il n’y avait même pas une chaise par patient dans certains services psychiatriques ! J’insiste sur les mots. Les sciences humaines ont fait des progrès et nous ont montré combien l’usage trop technocratique des mots entraînait une souffrance complémentaire. En Communauté française, qui défend la langue française et le bon usage des mots, nous n’avons aucun intérêt à soutenir un usage non approprié de mots.

M. Marc Elsen (cdH). – C’est exact, mais nous ne sommes pas maîtres des appellations dans le domaine de la santé.

Je vous remercie du calendrier, madame la ministre, et des sites que vous avez indiqués. Nous continuerons à suivre ce sujet qui fait parfois un peu figure de monstre du Loch Ness puisqu’on en parle déjà depuis plus de quatre ans.

2.7 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 « « Au secours, tes parents ont un livre d’information pour toi » et à l’éducation à la vie affective et sexuelle par le gouvernement fédéral »

M. Paul Galand (ECOLO). – Le ministre de la Santé du gouvernement fédéral a diffusé récemment cent mille exemplaires d’un livret d’information aux parents ayant un fils ou une fille de treize ans. Cette brochure intitulée *Au secours, tes parents ont un livre d’information pour toi* est le support central d’une campagne plus large.

Les messages clés de la campagne : la pilule est devenue moins chère, voire gratuite dans certains cas, et seul le préservatif peut protéger des maladies sexuellement transmissibles, sont largement développés dans ce livret d’information.

Par ailleurs, les jeunes y trouvent également des informations sur les autres moyens de contraception, leurs coûts, leurs avantages et inconvénients, ainsi qu’une information détaillée sur les maladies sexuellement transmissibles et leur mode de contamination, sur les possibilités existant en cas de grossesse non désirée. Outre quelques passages moins techniques sur les relations affectives en général et le témoignage de personnalités de la télévision ou de *pop stars* sur « leur première fois », le livre propose quelques jeux et tests.

La prévention et la promotion de la santé, l’éducation sexuelle et affective font actuellement l’objet de travaux de la Communauté française afin de diffuser des informations en la matière à tous les jeunes. Comment la Communauté fran-

çaise a-t-elle été associée à cette campagne de prévention ? Y a-t-il eu au préalable des négociations ? Ce serait, me semble-t-il, la moindre des choses, étant donné la répartition des compétences. Pourquoi des moyens du fédéral ne sont-ils pas attribués aux communautés pour accomplir cette tâche ?

Le contenu de la brochure a été critiqué par les travailleurs de terrain qui estiment qu'il y a des inadéquations entre des messages et l'âge des destinataires. Quelle est la position de la Communauté française à ce sujet ?

Je ne critique pas le fait qu'une action soit entreprise. Les grossesses non désirées chez les jeunes filles constituent un réel problème dans notre société, les chiffres relatifs aux IVG le prouvent. Il en va de même pour les maladies sexuellement transmissibles.

Cependant, pour mener une campagne efficace, il faut assurer une coordination entre les différents niveaux de pouvoir et les moyens doivent être attribués à l'instance compétente.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – La Communauté française a été informée de cette campagne, mais elle n'y a malheureusement pas été associée.

Vous me demandez si une telle campagne relève des compétences du gouvernement fédéral. Je vous dirai que celui-ci semble disposer de moyens, notamment financiers, qui permettent au ministre fédéral de la Santé de prendre des initiatives pouvant se révéler utiles pour la santé des jeunes.

Il est regrettable que de telles initiatives ne donnent pas lieu à davantage de concertation avec les communautés. En l'occurrence, on peut même parler d'absence totale de concertation puisque les communautés ont en charge les questions de prévention. Elles ont, en tout cas, une plus grande tradition de concertation avec les associations de terrain.

Par ailleurs, comme vous le savez, la promotion de la santé en Communauté française est organisée de manière telle que nous finançons la plupart du temps les initiatives qui émergent des associations de terrain. De ce fait, elles sont généralement mieux adaptées aux besoins réels de leurs publics cibles puisque, dans la plupart des cas, elles ont été élaborées en consultation avec eux.

Cette brochure s'adresse apparemment avant tout aux parents et c'est à eux de décider du moment le plus opportun pour la remettre à leurs enfants. J'ai confiance et j'espère que la plupart d'entre eux auront pris la précaution de lire ce do-

cument au préalable.

Quant au site www.Laura.be, les jeunes y ont accès sans qu'ils aient à partager avec leurs parents les informations qu'ils y découvrent.

En revanche, je ne puis pas répondre à la question de savoir si un jeune de 13 ans est ou non suffisamment mature pour intégrer positivement une telle information. À mon sens, cela varie fort d'un jeune à l'autre et l'encadrement dont il bénéficie pour aborder ces questions joue ici un rôle important.

M. Paul Galand (ECOLO). – J'ai suffisamment fait l'éloge du travail du ministre Demotte et de tout ce qu'il fait pour défendre l'Inami pour ne pas me gêner lorsque j'ai envie de formuler une critique. Alors que de nombreuses questions ont déjà été posées dans ce parlement pour faire aboutir le projet d'éducation relationnelle, affective et sexuelle, je trouve regrettable que les moyens dont on dispose ne soient pas injectés dans une politique concertée, cohérente, coordonnée dans le temps et mieux ciblée.

La Communauté française a déjà réalisé toutes les études préalables pour savoir quel message il convient de transmettre, à quel âge, par quel biais et avec quels intervenants. C'est pourquoi je vous appuie entièrement, madame la ministre, dans votre plaidoyer en faveur d'une concertation accrue et d'une meilleure cohérence.

(M. Paul Galand, président, reprend la présidence de la commission)

2.8 Question de M. Daniel Senesael à Mme Marie-Dominique Simonet, vice-présidente et ministre de l'Enseignement supérieur, de la Recherche scientifique et des Relations internationales, et à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « santé des étudiants »

M. Daniel Senesael (PS). – À la suite d'une rencontre fortuite avec un collègue français, j'apprends que la santé des étudiants est prise en compte en France. Que se passe-t-il en Région wallonne et en Communauté française ? Ce sujet peu abordé doit pourtant retenir toute notre attention.

Diverses enquêtes, notamment réalisées en France, brisent le mythe des étudiants privilégiés et mettent en évidence une population soumise à la pression. Si la jeunesse est généralement exempte de maladies, de nombreux jeunes ressentent de la fatigue chronique et ont des idées noires. La santé des étudiants est trop longtemps restée une préoc-

cupation de second plan. C'est la raison pour laquelle je pose également cette question à Mme Simonet, ministre de l'Enseignement supérieur.

Selon l'OMS, la santé se définit comme étant « un état de complet bien-être physique, mental et social ». Le mal-être dont souffrent les étudiants recouvre des situations aussi diverses que la fatigue, le stress ou des névroses passagères. Plus qu'une prise en charge médicale, cet état nécessite une écoute psychologique ; sujet oublié et négligé, il est pourtant un réel enjeu. En effet, il a un fort impact sur la réussite des études. Il est évident qu'un étudiant en parfaite santé a plus de chance de réussir son orientation, son parcours universitaire et dès lors, son entrée dans le monde du travail.

De plus, c'est à cette période de la vie qu'il faut agir : certaines bonnes pratiques acquises à cet âge perdureront toute la vie. Durant la jeunesse, les problèmes de santé sont relativement peu nombreux et ne constituent pas une préoccupation majeure. L'évolution des modes de vie, la qualité des méthodes de prévention ainsi que le dépistage précoce et le traitement de certaines maladies contribuent au bon état de santé physique des moins de 25 ans. Une très grande majorité des jeunes se considère d'ailleurs en bonne santé. Cela ne doit cependant pas faire oublier les pratiques addictives et les comportements à risque.

Tout d'abord, sur le plan alimentaire, une enquête chez nos voisins français montre que près d'un étudiant sur trois déclare ne pas manger équilibré. Ce type de comportement ne serait pas lié à un défaut d'information mais bien à la rupture avec les habitudes familiales et au manque de temps dû au rythme universitaire soutenu. Par ailleurs, les soirées festives sont le lieu de certaines dérives, notamment la consommation abusive d'alcool qui s'inscrit dans une répartition – bien établie dans la population estudiantine – entre les temps de travail et de sorties entre amis. Si cette consommation a une fonction éminemment sociale puisque les jeunes mentionnent rarement les agréments des boissons indépendamment de l'ambiance de la fête, on ne peut perdre de vue les risques de dépendance à plus long terme. Pourtant les étudiants se considèrent à l'abri de toute dépendance alcoolique à la sortie des études.

En outre, la banalisation de la consommation de cannabis chez les jeunes est un problème qu'il y a également lieu de prendre en compte. Éduquer à la santé, ce n'est pas seulement donner de l'information médicale, transmettre des connaissances, c'est surtout faire preuve de sensibilisation. Faire de la prévention en matière de santé suppose avant

tout une parfaite connaissance du pays et des populations auprès desquelles on souhaite intervenir.

Un rapport parlementaire français dénonce « une dégradation insoupçonnée de l'état de santé des étudiants en situation de handicap et des étudiants étrangers, et une politique de prévention « indigente » ».

Quelles enquêtes épidémiologiques récentes permettent de connaître l'état de santé des étudiants en Communauté française ?

L'administration de la santé rencontre-t-elle régulièrement les acteurs de terrain des différents sites universitaires et des hautes écoles ? Êtes-vous suffisamment informée pour pouvoir prendre les mesures adéquates ? Comment comptez-vous sensibiliser les étudiants afin qu'ils améliorent leur état de santé ?

Ne pensez-vous pas que les projets devraient davantage impliquer les jeunes ? Les divers cercles d'étudiants et kots à projets pourraient par exemple être associés aux campagnes d'information.

Envisagez-vous des mesures spécifiques comme l'adoption d'une charte de bonne conduite entre les directions des établissements et les organisateurs d'événements estudiantins, ou l'interdiction de soirées *open-bar* ?

Pour lutter contre le mal-être des étudiants, nous devons leur permettre d'améliorer leurs conditions de vie. Cette problématique est donc centrale et doit attirer toute notre attention. La santé et le bien-être des étudiants sont, en effet, des facteurs essentiels à leur réussite personnelle et à leur intégration sociale.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Vous nous dites la nécessité de connaître l'état de santé réel des étudiants pour pouvoir prendre les mesures qui s'imposent et impliquer cette population aux campagnes de sensibilisation.

La Communauté française, consciente de l'importance de cette problématique, a subventionné plusieurs études et enquêtes, dont certaines sont en cours de réalisation. Je vous en cite quelques-unes. Une enquête par interview a été réalisée par l'Institut Scientifique de la Santé Publique (ISSP). Elle a été financée conjointement par les Communautés, les Régions et le gouvernement fédéral. Suite à cette dernière, un rapport spécifique a été consacré aux questions d'assuétude à l'alcool, au cannabis et aux cigarettes chez les jeunes de 15 à 24 ans en Communauté française. Cette recherche a fait l'objet d'une publication dans *Faits et gestes* en été

2006.

Le ministère de la Santé de la Communauté française a subventionné une recherche-action sur la santé des étudiants de 2003 à 2005, à hauteur de 86 500 euros. Cette enquête, pilotée par l'asbl « Univers Santé » en collaboration avec l'équipe de Promotion de la Santé à l'École (PSE) libre du Brabant, s'est déroulée dans trois écoles supérieures du Brabant wallon. D'autres études ont été menées, par interview, auprès des professeurs et du personnel administratif. Une recherche quantitative a sondé 1 300 étudiants de toutes les années. Des enquêtes complémentaires en matière d'alcool ont aussi été réalisées.

D'autres recherches spécifiques au monde universitaire sont effectuées. Par exemple, le service Promotion éducation santé de l'ULB (ULB Promes) mène, depuis 1998, des enquêtes sur le bien-être des étudiants inscrits en première année de bachelier. Initiées par le service médical de l'ULB et Pyscampus, ces études ont été subventionnées par le ministère de l'Enseignement supérieur, à hauteur de 14 720 euros en 2004.

Les résultats offrent des données utiles à la promotion de la santé chez les jeunes. Ils rejoignent d'ailleurs en grande partie les conclusions des analyses faites en France dont vous parliez dans votre question.

Les étudiants estiment être en bonne santé. La fatigue, le stress et le sommeil sont les sujets qui les interpellent le plus. L'équilibre alimentaire pose également un problème à plus de 50 % d'entre eux. Ils n'évoquent pas spontanément les difficultés liées à la consommation d'alcool ou de cannabis qui concernent pourtant plus de 25 % de ces jeunes. Ils qualifient d'ailleurs ces comportements de « festifs » et ne les considèrent pas « à risque ».

Un colloque a été organisé par « Univers Santé ». Il a réuni, en mai 2004, des représentants des secteurs de la santé, de la jeunesse et de l'éducation. Il a permis de faire le point sur les données épidémiologiques et sociologiques relatives au comportement des jeunes face à l'alcool, sur les stratégies commerciales et communicationnelles du secteur marchand des alcooliers et sur le cadre juridique. Un consensus a été trouvé sur la manière d'appréhender cette problématique spécifique dans le contexte plus large de la promotion de la santé.

À la suite de ce colloque, une concertation a eu lieu en Communauté française afin de concilier réflexion et action dans la gestion de la consommation d'alcool chez les jeunes de 10 à 25 ans. Par ailleurs, un groupe baptisé « Jeunes et alcool »,

piloté par « Univers Santé », est subventionné et recevra à 6 000 euros par an pendant trois ans, de 2007 à 2009. Un des axes de son travail porte sur le développement d'actions en milieu étudiant. Partant, notamment, de l'expertise développée à l'UCL et en collaboration avec la FEF, des actions seront menées sur d'autres sites universitaires. On est d'ailleurs en train de constituer un kit du guindailleur responsable. Il fait partie des projets menés par le groupe « Jeunes et alcool ».

La commission « Vie étudiante » du Conseil inter-universitaire de la Communauté française dispose d'un groupe de travail centré sur les questions de santé. Les médecins y échangent leurs observations. Chaque université décide ensuite de la manière de prendre en compte les problèmes de santé des étudiants. Plusieurs universités organisent une aide psychologique de première ligne et une aide sociale. Par exemple, les Facultés universitaires Notre-Dame de la Paix de Namur ont mis au point une démarche collective sur la gestion du stress.

À l'UCL, en collaboration avec le service d'aide et en particulier l'équipe santé, « Univers Santé » se charge des actions collectives de prévention et de promotion de la santé. Cette association travaille en étroite collaboration avec les étudiants, via les cercles, les régionales, les kots à projets et l'assemblée générale des étudiants.

Cette initiative est la plus structurée ; elle a commencé voici huit ans, ce qui en fait d'ailleurs souvent un lieu de référence pour les professionnels qui lancent des projets santé en milieu étudiant.

Après avoir répondu sur les initiatives plus atypiques qui concernent les jeunes, je voudrais rappeler les actions menées par la Communauté française.

Dans le cadre du décret du 16 mai 2002 relatif à la promotion de la santé dans l'enseignement supérieur hors université, décret modifié par les décrets du 1er juillet 2005 et du 20 juillet 2006, la Communauté française a donné mission aux services PSE et aux centres PMS, qui assurent les services PSE, d'organiser un point santé à l'intérieur ou à proximité de chaque haute école, école supérieure des arts ou institut supérieur d'architecture.

Ce point santé est organisé par le personnel médical infirmier ou paramédical de l'équipe PSE ou CPMS et s'inscrit dans un projet global de promotion de la santé à l'école. Ce point santé se veut donc un lieu d'écoute, d'information et de conseils à l'étudiant. C'est un lieu de rencontre entre professionnels et étudiants, non seulement

pour la résolution des problèmes individuels, mais aussi pour appuyer la préparation de projets élaborés en partenariat et destinés à la communauté estudiantine.

Il faut également rappeler qu'un bilan de santé réalisé par les services PSE ou CPMS est obligatoire pour tout étudiant inscrit en première année dans une école supérieure.

M. Daniel Senesael (PS). – Je voudrais tout d'abord vous remercier, madame la ministre, pour vos réponses structurées et précises. Je vous remercie aussi d'avoir mis l'accent sur l'existence des points santé qui sont à la disposition des étudiants et se trouvent à proximité des hautes écoles et des établissements de l'enseignement supérieur. Ce n'est pas le jour de la Saint-Verhaeghen qu'ils s'y rendront, mais on connaît les effets – vous les avez cités – qui peuvent découler de ce genre de festivités : stress, fatigue, troubles du sommeil, déséquilibre alimentaire, etc. On pourrait sensibiliser les étudiants aux antécédents qui ont contribué à l'apparition de ces problèmes.

Par ailleurs, vous avez fait état de colloques et de diverses études et enquêtes menées depuis quelques années au sein de la Communauté française. Il serait intéressant d'en établir, à un moment donné, une synthèse. Vous avez parlé d'un numéro de la revue *Faits et Gestes* de l'été 2006 que je m'ai vraisemblablement pas lu. Ne pourrait-on pas réaliser ce travail ?

Je voudrais en revenir quelques instants à l'outil intitulé *Le guindailleur responsable*, dont je suis le premier à sourire et qui peut se révéler très positif, mais il faut se montrer prudent sur la manière dont il sera mis à la disposition du public concerné. Il faut beaucoup de pédagogie et de méthode pour qu'il soit le plus efficace possible.

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

2.9 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 « négociations relatives au nouveau contrat de gestion de l'ONE »

Mme Véronique Bonni (PS). – Comme nous le savons tous, le contrat de gestion de l'ONE est arrivé à échéance fin 2005. Sur votre proposition, le gouvernement de la Communauté française a décidé de le reconduire temporairement, en y introduisant plusieurs avenants relatifs à l'augmentation de l'offre d'accueil. Lors de l'examen du dernier rapport d'activités, plusieurs représentants de

l'ONE avaient également suggéré d'introduire un nouvel avenant concernant l'accompagnement et, plus précisément, l'amélioration de l'aspect prénatal et anténatal.

J'ai pu lire dans *l'Alter Educ* de ce mois que vous aviez entamé des négociations sur un nouveau contrat de gestion pour les années 2007-2010.

Je souhaiterais savoir comment vont se dérouler les prochaines négociations. Avez-vous fixé un calendrier, des échéances ? Peut-on s'attendre à un texte définitif pour l'élaboration du budget 2008 ? Comptez-vous utiliser comme base de travail le texte remis par l'ONE après les états généraux de la petite enfance et l'évaluation externe de juillet 2005 ? Des groupes de travail ONE/cabinet sont-ils déjà à l'œuvre ? Allez-vous associer et faire participer plus activement les comités sub-régionaux ? Enfin, la possibilité d'introduire des avenants relatifs à l'accompagnement est-elle encore à l'ordre du jour ?

Je vous remercie de nous éclairer sur l'évolution de ce prochain contrat de gestion.

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – Je rappelle que j'avais prorogé le premier contrat de gestion, mais j'avais également proposé d'y introduire quatre avenants en vue d'élargir l'offre d'accueil, en tenant compte des résultats des dispositions législatives entrées en vigueur en 2004, grâce à la mobilisation de l'ONE, qu'il s'agisse des décrets sur l'accueil en temps libre ou sur les écoles de devoirs récemment modifiés.

Je souhaite à présent lancer prochainement les négociations sur le nouveau contrat de gestion. Ce lundi, j'ai déposé à l'ONE une proposition de nouveau contrat de gestion pour les années 2007 à 2010. Je souhaite entamer les négociations dès le début de ce mois. L'ONE et nous en sommes ainsi convenus. Elles se poursuivront avec le gouvernement. Nous espérons aboutir dans les plus brefs délais et aborder ensuite l'élaboration du budget 2008.

Les enjeux de ce contrat de gestion sont majeurs. Face à l'élargissement des missions initialement confiées à l'ONE, l'accent doit être mis sur les transversalités entre secteurs de l'accueil et de l'accompagnement. Le soutien à la parentalité constituera le fil conducteur du contrat de gestion 2007-2010. J'ambitionne également de concrétiser les mesures de soutien à la parentalité adoptées par le gouvernement en 2006 et de poursuivre le développement du plan « Cigogne 2 ». En conséquence, le dépôt de nouveaux avenants n'est pas

d'actualité.

Dans le domaine du soutien à la parentalité, je souhaite notamment intensifier l'activité des consultations prénatales en zones à discrimination positive, afin de répondre aux demandes pressantes de ce secteur en Communauté française en général, et en Région bruxelloise en particulier.

Je souhaite également lancer la programmation 2008-2009 dans le courant de cette année, afin de laisser une période suffisante aux promoteurs pour la réalisation de leurs projets sur les lieux d'accueil. Je ne puis vous décrire maintenant le contrat que j'ai déposé et qui compte plus de 130 articles. Je vous donne un aperçu des contre-propositions que je sou mets au conseil d'administration de l'ONE. Certaines relèvent de propositions émises par l'Office et tiennent compte notamment des résultats de l'enquête menée auprès des usagers et des états généraux de la petite enfance. D'autres présentent des réalisations engrangées par l'Office, à son initiative, comme l'engagement de référents « maltraitance » chargés de soutenir et de conseiller les travailleurs médico-sociaux (TMS) confrontés à des cas de maltraitance d'enfants. Ma proposition comprend également une série d'évolutions et d'orientations nouvelles données à la politique de l'enfance. On parlait tout à l'heure du lancement du dépistage de la surdité. C'est un exemple des thématiques où l'ONE occupe une place importante.

Pour préparer le projet de contrat de gestion et, entre autres, le choix des critères de programmation que vous évoquiez, notamment à travers les comités sub-régionaux, je puis vous rassurer, ces comités ont été associés au groupe de travail mis en place à l'Office, avec la participation de mon cabinet et des observatoires de l'enfant.

Je suis convaincue de l'intérêt de ce contrat de gestion, d'abord et avant tout pour les enfants et les familles, mais aussi pour les professionnels de l'Office. Je souhaite que les négociations se déroulent dans un climat serein et débouchent sur l'adoption de mesures au meilleur bénéfice de tout un chacun, enfants, familles et secteur.

Mme Véronique Bonni (PS). – J'espère, madame la ministre, que vous obtiendrez les moyens nécessaires pour la réalisation de votre programme.

2.10 Question de M. Marc Elsen à Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé, relative à la « répartition des postes des conseillers et directeurs adjoints dans les SAJ et SPJ. »

M. Marc Elsen (cdH). – Madame la ministre, permettez-moi de revenir sur un sujet de préoccupation constant qui, sans y paraître, n'est pas sans lien avec l'autre question que nous avons posée. Elle est liée au mode et outils de fonctionnement de l'Aide à la jeunesse.

Par sa décision du 19 mai 2006, le gouvernement de la Communauté française approuvait le plan intitulé «Précocité, adéquation et cohérence : aide à la jeunesse de demain.» Dans ce cadre, il était prévu que des emplois supplémentaires seraient affectés aux SAJ et SPJ. Un déficit d'emplois a en effet été constaté dans ces services. En effet, leur rôle de « porte d'entrée » du secteur de l'Aide à la jeunesse rend indispensable leur renforcement, afin de lutter contre l'engorgement du secteur et de mieux garantir l'adéquation des prises en charge de jeunes en difficulté.

Fin 2006, trente emplois ont été mis à la disposition des SAJ et SPJ pour engager des délégués supplémentaires. En 2007, 39 nouveaux emplois sont dégagés pour renforcer le nombre de ces délégués en SAJ et SPJ. Ces 69 emplois supplémentaires représentent une avancée très importante dans le soutien des SAJ et SPJ. On ne peut que vous en féliciter.

Par ailleurs, le financement par la Communauté française de cinq emplois a été prévu, afin de permettre le renforcement des postes de conseillers et directeurs adjoints, eu égard à l'augmentation très importante du nombre de jeunes en difficulté à prendre en charge. Les montants pour pourvoir à l'engagement de ces postes ont été inscrits au budget 2007.

Pouvez-vous me dire quelles dispositions ont été prises pour la répartition de ces cinq postes et les délais dans lesquels cette répartition peut être attendue ?

Mme Catherine Fonck, ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé. – La note soumise au gouvernement le 19 mai 2006, intitulée *Précocité, adéquation et cohérence : Aide à la jeunesse de demain* portait sur un plan pluriannuel couvrant les années 2006, 2007 et 2008. Il s'agit de tenir compte du nombre toujours croissant de dossiers et d'apporter des réponses adaptées et réactives aux besoins des jeunes et des familles.

Le 24 août 2006, le gouvernement a approuvé

ma note concernant la répartition de 30 emplois équivalents-temps plein de délégués à affecter aux SAJ et aux SPJ avant le 31 décembre 2006. Ces délégués sont entrés en fonction au mois de décembre 2006.

Le 9 février 2007, le gouvernement a approuvé ma note concernant la répartition de 38 emplois équivalents-temps plein de délégués à affecter aux SAJ et aux SPJ en 2007. Les personnes qui seront recrutées entreront en fonction dans le courant du deuxième semestre 2007. J'ai donc effectivement obtenu un équivalent-temps plein supplémentaire. Cinq équivalents-temps plein seront également affectés au SPJ de Bruxelles dans le courant du deuxième trimestre 2007.

Le 9 mars, le gouvernement se penchera sur le recrutement de cinq équivalents-temps plein conseillers ou directeurs adjoints. Ces cinq personnes devraient entrer en service dans le courant du deuxième trimestre 2007. Il m'a paru capital d'objectiver les besoins des services avant de prendre une décision quant aux affectations. À cet effet, je me suis basée sur le nombre moyen de dossiers pris actuellement en charge par les conseillers et directeurs en poste.

M. Marc Elsen (cdH). – Je remercie la ministre pour ces précisions. Les SAJ et les SPJ réclamaient depuis longtemps le recrutement de nouveaux délégués pour étoffer leurs cadres. À cet égard, l'effort est important. Par ailleurs, il est heureux que les directions de ces services soient renforcées dans les arrondissements surchargés. En effet, les conseillers et les directeurs, qui jouent un important rôle de *management*, occupent une place centrale vis-à-vis d'une multitude de services et d'institutions.

Mme la présidente. - Voilà qui clôt l'heure des questions et interpellations.

– *L'heure des questions et interpellations se termine à 12 h 40.*