



Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)

Session 2016-2017

Commission de la Santé du mardi 6 juin 2017

Bulletin des interpellations et des questions

	Pages
Excusés	3
Ordre des travaux	3
<i>Interpellations</i>	
• <i>Le nouveau Plan d'actions antidrogues de l'Union européenne</i> <i>de M. Julien Uyttendaele</i> <i>à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé</i>	3
<i>(Orateurs : M. Julien Uyttendaele et Mme Cécile Jodogne, ministre)</i>	
• <i>La sensibilisation et la prévention du VIH dans la Région de Bruxelles-Capitale</i> <i>de M. Zahoor Ellahi Manzoor</i> <i>à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé</i>	5
<i>(Orateurs : M. Zahoor Ellahi Manzoor et Mme Cécile Jodogne, ministre)</i>	

- *Le moratoire sur l'agrément des maisons médicales au forfait
Interpellation reportée à la demande de l'auteur, excusé.*
de M. André du Bus de Warnaffe
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé7
- *L'inquiétude persistante quant à la viabilité du Centre d'appui pour délinquants sexuels (CAB)
Interpellation reportée à la demande de l'auteur, excusé.*
de M. Jamal Ikazban
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé7

Questions orales

- *La consultation publique relative au rapport Big Data de la Commission de protection de la vie privée
Questions orale reportée à la demande de l'auteur, excusé.*
de M. André du Bus de Warnaffe
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé7
- *La réglementation du transport médico-sanitaire non urgent à Bruxelles-Capitale
Questions orale reportée à la demande de l'auteur, excusé.*
de M. André du Bus de Warnaffe
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé7

Clôture7

Présidence de Mme Martine Payfa, présidente

La séance est ouverte à 14 h 08.

Mme la présidente.- Mesdames et Messieurs, la commission est ouverte.

EXCUSÉS

Mme la présidente.- Ont prié d'excuser leur absence : M. Jacques Brotchi, M. Alain Destexhe, M. Jamal Ikazban et M. André du Bus de Warnaffe.

ORDRE DES TRAVAUX

Mme la présidente.- M. André du Bus de Warnaffe m'a fait savoir qu'il était retenu au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles et a demandé à ce que l'ordre du jour soit adapté pour lui permettre de développer ses interpellation et questions orales en fin de réunion.

La commission marque-t-elle son accord ?

(Assentiment)

INTERPELLATIONS

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle la question de M. Julien Uyttendaele.

LE NOUVEAU PLAN D' ACTIONS ANTIDROGUES
DE L' UNION EUROPÉENNE

DE M. JULIEN UYTTENDAELE

À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE,
EN CHARGE DE LA SANTÉ

Mme la présidente.- La parole est à M. Uyttendaele.

M. Julien Uyttendaele (PS)- Le 15 mars dernier, l'Union européenne annonçait, dans un communiqué de presse, la création d'un nouveau Plan d'actions antidrogues, afin de « renforcer la lutte contre la consommation et le trafic de drogues ».

J'ai eu l'occasion de le rappeler à de nombreuses reprises, la politique prohibitionniste n'est pas la solution et ne l'a jamais été. Il suffit de regarder les chiffres pour comprendre que les 50 années de guerre contre les drogues n'ont pas porté leurs fruits. Au sein de l'Union européenne, près d'un quart de la population adulte aurait déjà consommé des stupéfiants au moins une fois dans sa vie.

Chaque année, ce sont près de 24 milliards d'euros qui sont dépensés en drogues illicites par les citoyens de l'Union, ce qui en fait l'un des marchés criminels les plus dynamiques et lucratifs. Les politiques adoptées, tant au niveau national qu'international, semblent donc n'avoir eu qu'un impact marginal, aucun impact, voire un impact contre-productif, sur la consommation et la vente de drogues.

Les objectifs de cette politique prohibitionniste étaient louables. Ils visaient à diminuer le nombre de consommateurs, et, a fortiori, le nombre de

consommateurs problématiques, ainsi qu'à réduire l'accès aux drogues illicites et à assécher les réseaux criminels. Leur résultat, cependant, est loin d'être positif, puisqu'on n'a jamais consommé autant de drogues et on n'a jamais eu autant de consommateurs problématiques qu'aujourd'hui.

Les réseaux criminels sont les grands gagnants de l'aggravation de la situation, puisqu'ils tirent des montants conséquents de ce marché. Les drogues sont de plus en plus accessibles, notamment par le biais de la vente en ligne, et de plus en plus nocives, par la prolifération des drogues de synthèse.

Quant à l'accompagnement des consommateurs problématiques, qui devrait être le premier objectif de nos politiques, il est malheureusement systématiquement relégué à un plan secondaire, du moins en termes budgétaires.

Ce constat d'échec d'une politique prohibitionniste et répressive est partagé par un grand nombre d'associations et d'acteurs de terrain pour lesquels ces politiques antidrogues constituent une hypocrisie qui empêchent de toucher le fond du problème. L'idéologie sous-tendant ce nouveau Plan antidrogues 2017-2020 présenté par l'Union européenne est encore une fois une belle hypocrisie. Il serait toutefois injuste de considérer le nouveau Plan comme une coquille vide. En effet, je note deux points qui semblent intéressants.

Le premier concerne les efforts en matière de recherches visant à détecter et à analyser le lien possible entre le trafic de drogues et d'autres formes de criminalité organisée, telles que le terrorisme, le trafic d'êtres humains ou le trafic de migrants. Des rapports, notamment d'Eupol, démontraient déjà de tels liens avec le financement du terrorisme et il est clair qu'un approfondissement de ces recherches sur cette question est évidemment à soutenir.

Le deuxième point concerne la volonté affichée de l'Union européenne de se pencher sur les différentes approches réglementaires appliquées à l'égard du cannabis et leurs incidences. Comme vous le savez, Madame la membre du Collège, les lignes sont en train de bouger dans un nombre croissant de pays à travers le monde et il est évidemment très intéressant d'analyser les résultats de ces différentes réglementations pour voir si nous aussi en Belgique, voire à Bruxelles, nous pourrions faire bouger les lignes. Une analyse critique des différentes réglementations nous permettra en effet sans aucun doute de démontrer la pertinence de ces réformes.

Sur ces deux points, le nouveau Plan de l'Union pourra apporter de nouvelles informations sur des questions encore trop peu documentées et étudiées, et il faut s'en féliciter. Mais une fois de plus, je ne peux que déplorer la place encore trop timide accordée à la prévention, la réduction des risques et l'information des consommateurs de drogues.

Étant donné les compétences de la Commission communautaire française sur les politiques drogues, celle-ci a-t-elle été consultée dans l'élaboration de ce nouveau Plan antidrogues de l'Union européenne ? Quelle est la position de la Commission communautaire française concernant ce nouveau Plan ?

Quels sont les moyens dont dispose la Commission communautaire française pour faire valoir sa politique drogues, notamment en matière de réduction des risques

à l'échelle européenne ? Qu'en est-il des discussions avec la Région concernant le nouveau Centre assuétudes et le projet visant à organiser une distribution contrôlée de diacétylmorphine ?

Enfin, quelles sont les actions qui ont pu être entreprises par le gouvernement à la suite de l'inscription de la réduction des risques dans le cadre du décret ambulatoire ?

Mme la présidente.- La parole est à Mme Jodogne.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Les discussions concernant le Plan antidrogues de l'Union européenne sont coordonnées au niveau fédéral mais les entités fédérées sont tenues au courant de ces discussions, au sein de la cellule générale de politique drogues, et ont la possibilité de consulter des documents intermédiaires et de réagir sur leur contenu, si elles le souhaitent. Il n'est pas prévu que la Commission communautaire française prenne une position officielle quant à ce projet de Plan qui est toujours en travaux et devrait être clôturé dans le courant de ce mois de juin.

Je comprends bien votre point de vue très critique sur ce Plan. On ne peut en effet pas considérer qu'il constitue une révolution dans l'approche du phénomène des drogues en Europe et au-delà. L'approche répressive y occupe encore une place prépondérante. Pourtant, certains points positifs méritent à mon sens d'être soulignés. Vous en avez cité certains. J'en évoquerai d'autres.

Tout d'abord, les mesures relatives à la réduction de la demande ne sont pas absentes. Loin de là ! Elles sont même citées en premier lieu et couvrent plusieurs domaines selon un continuum avec, tout d'abord, la prévention de l'usage, surtout précoce, avec une insistance sur les stratégies basées sur des preuves scientifiques et tenant compte des caractéristiques des publics concernés (genre, vulnérabilité, précarité, immigration, etc.).

L'échange de bonnes pratiques en la matière sera favorisé.

En matière de traitement et de réadaptation, le Plan insiste sur la détection précoce ou encore sur le développement de services intégrés accessibles et adaptés, attentifs aux poly-consommations et aux besoins d'une population vieillissante.

L'importance de la réinsertion pour les ex-détenus est soulignée. Une attention pour la dimension du genre est également recommandée en la matière, comme à divers endroits du Plan. La réduction des risques occupe une place non négligeable. Le Plan recommande notamment d'étendre les programmes d'échanges de seringues ou ceux relatifs aux traitements de substitution aux opiacés.

Une autre mesure soutient l'échange d'informations et de bonnes pratiques à propos de ces programmes et au sujet des salles de consommation.

Pour en terminer avec ce survol des mesures de réduction de la demande, le Plan en appelle à l'intégration coordonnée des meilleures pratiques et des

standards de qualité en matière de prévention, de réduction des risques et de soins.

Concernant le volet relatif à la réduction de l'offre, je rejoins votre remarque. On ne peut pas vraiment parler d'approche équilibrée puisque ce volet occupe une place prépondérante dans le Plan de l'Union européenne. Néanmoins, j'ai pointé certains éléments intéressants en plus de ceux que vous avez évoqués :

- l'encouragement adressé aux États membres de proposer des alternatives aux sanctions coercitives en réponse à l'usage de drogues, telles que les mesures éducatives, les suspensions de peine, les traitements, les mesures de réhabilitation et de réinsertion ;
- l'implication de la société civile dans l'élaboration des politiques « drogues » qui constitue à mon sens un moteur puissant d'une évolution progressiste de cette politique.

Dans la partie consacrée à la coopération internationale, je voudrais relever certains points qui me semblent importants, dont le soutien aux pays tiers pour le développement de mesures de réduction des risques et des dommages ou destinées à diminuer les facteurs structurels liés à la production des drogues, telles que la lutte contre la pauvreté et la vulnérabilité.

Enfin, je ne peux omettre un dernier point qui concerne l'attention pour les questions de droits humains dans les contacts et les collaborations sur le plan international.

Je ne cherche pas à défendre absolument le Plan de l'Union européenne mais il me semble contenir des points importants et intéressants susceptibles de contribuer progressivement à adopter une approche plus équilibrée du phénomène des drogues.

Pour ce qui regarde les enjeux locaux, je n'ai pas eu de contact au niveau régional avec le nouveau Centre pour les assuétudes, ni avec le projet de distribution contrôlée de la diacétylmorphine.

Mes derniers contacts ont porté sur les articulations à développer autour du volet « drogues » du Plan régional de sécurité et de prévention, mais nous n'en n'étions pas encore au stade de l'opérationnalisation.

Par contre, les administrations ont été en contact et mon cabinet a été interpellé par plusieurs acteurs du terrain, agréés par la Commission communautaire française. Des rencontres devront avoir lieu prochainement pour envisager les articulations et les collaborations possibles.

En ce qui concerne les suites de l'intégration de la réduction des risques liés à l'usage de drogues (RDR) dans le décret ambulatoire, deux services spécialisés en matière d'aide aux toxicomanes ont introduit une demande de modification de leurs agréments, afin de faire reconnaître la RDR dans leurs missions.

Selon la procédure prévue par le décret, ces demandes feront l'objet d'un avis du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé, sur la base duquel le Collège statuera.

Vos différentes questions nous auront permis d'aborder à la fois des enjeux internationaux et européens et des enjeux plus régionaux.

Mme la présidente.- La parole est à M. Uyttendaele.

M. Julien Uyttendaele (PS).- Concernant ce Plan européen, je vous invite à faire valoir ces quelques critiques au sein de la Cellule drogues.

Concernant la prévention et la réduction des risques, il y a en effet des points intéressants dans ce Plan mais je pense que le problème fondamental se situe dans la criminalisation des consommateurs. Tant qu'on criminalisera ces personnes et tant qu'on les considérera comme des hors-la-loi, elles-mêmes se considéreront comme tels et nous ne pourrons pas les aider efficacement parce qu'il y a un phénomène d'auto-exclusion et d'auto-stigmatisation de ces publics. On ne peut pas à la fois tendre la main et offrir de l'aide alors que, dans l'autre, on a une paire de menottes et une matraque. C'est un problème fondamental qu'il faut régler. Cela nécessitera du temps et de la patience.

Concernant les facteurs structurels de la production de drogue, je crois que le Plan en oublie un. C'est la prohibition. Tant qu'on est dans un système illégal, le seul producteur possible est un producteur criminel, des réseaux criminels et terroristes. Ce sont eux qui finalement profitent de ce monopole que nous leur laissons de par ce système de prohibition.

Enfin, évidemment, je vous invite à développer des articulations fortes avec les dispositifs et établissements régionaux, principalement avec ce nouveau Centre assuétudes parce que je crois que nous avons de très belles choses à réaliser dans ce cadre.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

**LA SENSIBILISATION ET LA PRÉVENTION DU VIH DANS LA
RÉGION DE BRUXELLES-CAPITALE**

DE M. ZAHOR ELLAHI MANZOOR

**À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE
EN CHARGE DE LA SANTÉ**

Mme la présidente.- La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- J'adresse mes excuses à la commission pour mon retard.

Selon le rapport 2015 publié par l'Institut scientifique de santé publique, le nombre de nouveaux cas de VIH diagnostiqués a globalement diminué de 4,7% en Belgique. L'année passée, 1.001 nouveaux cas ont été rapportés dans notre pays, ce qui correspond à 2,7% de cas de VIH diagnostiqués par jour en moyenne. La bonne nouvelle est qu'entre 2012 et 2015, il y a eu une diminution constante du nombre de nouveaux cas.

Par contre, chez les homosexuels, on a une augmentation de 5% par rapport à 2014. Cette tendance à la hausse se poursuit depuis plus de quinze ans chez les homosexuels, à l'exception de 2014. Les diagnostics chez les homosexuels hommes représentent actuellement 50% des nouvelles infections enregistrées pour lesquelles le mode de contamination est connu. Ces diagnostics concernent principalement des personnes de nationalité belge (66%), les autres nationalités européennes représentant 18%. L'augmentation est observée tant chez les personnes de la nationalité belge

(+3%) que chez les personnes d'autres nationalités européennes.

Selon ce rapport, en 2015, quelque 85% des infections au VIH ont été diagnostiquées tardivement. Les diagnostics tardifs restent plus fréquents chez les hétérosexuels (42%) que chez les homosexuels (27%), même si, chez ces derniers, la proportion de diagnostics tardifs augmente depuis sept ans.

De plus, selon les chiffres, le nombre de tests de dépistage du VIH a légèrement diminué, de l'ordre de 0,7 pour cent. On constate plus de 1.000 nouveaux diagnostics par an, ce qui reste un nombre encore très élevé. Il en est de même pour le nombre de dépistages tardifs. Les efforts d'information et de prévention auprès de l'ensemble des publics et particulièrement auprès des homosexuels hommes doivent être maintenus et renforcés.

Après la publication de ces chiffres pour 2015, les acteurs de terrain, tels que la Plate-forme Prévention Sida, recommandent le maintien et le renforcement des divers moyens de prévention. Ils rappellent aussi la nécessité d'élargissement de l'accès au dépistage de manière globale, notamment par un renforcement des offres de dépistages anonymes gratuits, décentralisés et démedicalisés qui sont encore trop peu nombreux en Belgique.

Pour augmenter l'efficacité de la lutte contre le Sida, une meilleure formation et une meilleure sensibilisation des médecins généralistes au dépistage des IST et du VIH ont aussi été évoquées.

Madame la ministre, j'aimerais vous poser les questions suivantes :

- Disposez-vous de nouvelles données pour Bruxelles ?
- Dans votre dernière réponse, en date du 2 décembre 2016, vous avez parlé de la création par la ministre fédérale de la Santé d'un groupe technique qui aura pour mission de clarifier les compétences des entités et de suivre les mesures du Plan qui ont été mises en œuvre. Combien de fois ce groupe s'est-il réuni ?
- Quelles sont les avancées et les conclusions de cette réunion ?
- Avez-vous eu de nouvelles informations depuis octobre 2016 provenant du niveau fédéral concernant la démedicalisation du dépistage, l'adaptation du cadre réglementaire et la désignation des institutions habilitées à faire le dépistage démedicalisé ?

Par ailleurs, je vous félicite pour la mise en place du projet de dépistage délocalisé à Bruxelles qui s'adresse tout particulièrement aux migrants originaires d'Afrique subsaharienne. Ce projet est financé depuis l'été 2016.

Disposez-vous d'une première évaluation de ce projet (données chiffrées, appréciation et avis des institutions qui en assurent la mise en œuvre ? Sera-t-il poursuivi en 2018 ?

Des campagnes ou des actions d'information pour une meilleure formation et sensibilisation des médecins généralistes sont-elles organisées dans notre Région ?

Le 15 juillet 2016, je vous ai interrogé sur le Conseil positif, qui devrait jouer un rôle consultatif sur la politique relative au VIH en Belgique. Mais, à l'époque, les seules informations dont vous disposiez se limitaient au communiqué de presse de la ministre fédérale. En savez-vous plus aujourd'hui sur ce conseil ?

Avez-vous eu des échanges à ce sujet avec la ministre fédérale ou avez-vous déjà eu des contacts avec les représentants de ce conseil ?

Enfin, Madame la ministre, possédez-vous des chiffres sur les ventes d'autotests de dépistage du Sida disponibles en pharmacie depuis novembre 2016, ainsi que sur leur utilisation par les Bruxellois ?

Estimez-vous que les Bruxellois sont suffisamment informés sur l'existence, la disponibilité et l'utilisation de ces tests ?

Mme la présidente.- La parole est à Mme Jodogne.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Monsieur le député, vous avez résumé les principales tendances épidémiologiques relatives au VIH en Belgique. Je n'y reviendrai donc pas.

Certaines de vos questions m'ont été posées, il y a peu, par Mme Genot lors de la Commission de la Santé du 2 mai dernier. J'ai donc déjà eu l'occasion d'y répondre, les choses n'ayant pas toujours évolué en un mois.

Concernant votre première question, je ne dispose pas de nouvelles données pour Bruxelles. Le rapport de l'Institut de santé publique relatif à l'épidémiologie du VIH en Belgique est un rapport annuel qui est édité au alentours du 1er décembre à l'occasion de la Journée mondiale de lutte contre le Sida avec les données de l'année précédente. Les données que vous citez sont le rapport 2016 portant sur les données de 2015. Nous n'avons pas encore les données de 2016. Il faudra encore attendre quelques mois pour le rapport 2017, prévu pour la fin de cette année.

Cela dit, le rapport 2015 que vous avez cité contient certaines analyses par région. On y lit notamment que Bruxelles, comme la plupart des capitales et grandes villes européennes, contribue dans une proportion importante à l'incidence.

Le groupe de travail technique a d'abord identifié, pour chaque mesure du Plan national Sida, les entités compétentes et les projets ou initiatives qu'elles mettaient en œuvre pour opérationnaliser ces différentes mesures.

Ce travail a permis de clarifier la répartition des compétences, notamment dans le contexte de la sixième réforme de l'État. Par ailleurs, il a laissé apparaître que beaucoup de mesures impliquaient la concertation et la collaboration entre l'État fédéral et les différentes entités.

À l'issue de ce travail préliminaire, validé par les représentants des ministres concernés, il a été proposé de se centrer sur deux objectifs.

Le premier concerne la définition d'une politique de dépistage du VIH à l'échelle nationale, qui permette d'améliorer la collaboration entre l'État fédéral et les entités fédérées. On veillera en outre à y intégrer le

dépistage des autres infections sexuellement transmissibles.

Le deuxième objectif est en lien avec le premier. Il s'agit d'améliorer la qualité de l'offre et des pratiques existantes sur le terrain en matière de dépistage du VIH et des autres IST. Cela pourrait passer par la définition d'objectifs communs ou encore par la réalisation d'un guide contenant des lignes directrices. Ces objectifs répondent à deux mesures prioritaires du Plan national et font écho à une attente forte des acteurs de terrain, mais aussi des autorités régionales.

Afin de travailler sur les deux objectifs identifiés en parallèle au groupe technique composé de cabinets et d'administrations, un groupe d'experts issus du comité de monitoring du Plan national Sida a été constitué et invité à une rencontre afin de bénéficier de l'expertise d'un panel diversifié d'acteurs de terrain : médecins travaillant dans des laboratoires de référence Sida, dans des centres de référence Sida ou des centres de dépistage, acteurs associatifs de la prévention et du dépistage, représentants du conseil positif, etc..

Le travail en cours devra être validé par le groupe de travail intercabinets « prévention » de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique. Il devra tenir compte des dernières données scientifiques, notamment celles issues d'une recherche de l'Institut scientifique de santé publique relative au profil des personnes diagnostiquées tardivement ou encore d'un travail mené par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) qui publiera prochainement des lignes directrices pour le dépistage des IST. Une présentation intermédiaire à ce sujet doit avoir lieu au sein d'un groupe de travail intercabinets à la fin du mois de juin.

Concernant le dépistage démedicalisé, l'arrêté royal numéro 78 a finalement été adapté à la fin de l'année 2016, afin de rendre possible le dépistage démedicalisé.

Lors de l'inauguration des nouveaux locaux de l'association Ex-Æquo, le 5 mai dernier, durant laquelle j'ai eu l'occasion d'intervenir, le représentant de la ministre fédérale, Maggie De Block, nous a confirmé qu'un arrêté d'exécution devait encore être pris, en principe avant cet été, afin de rendre la mesure effective. On n'est donc pas encore tout à fait au bout de la modification législative pour permettre ce dépistage démedicalisé.

Il nous a annoncé que cet arrêté d'exécution définira notamment les critères auxquels les associations souhaitant participer à ce dépistage devront répondre. La Commission communautaire française comme les autres entités fédérées ont insisté pour être concertées au sujet de cet arrêté puisque les décisions de l'État fédéral en la matière auront vraisemblablement un impact direct sur la politique que nous menons et sur les acteurs de prévention que nous subventionnons. À ma connaissance, nous n'avons pas encore eu de contacts mais cela date de début mai. Nous les espérons prochainement.

Par rapport à la question du projet de dépistage délocalisé pour les migrants, il est un peu tôt pour réaliser un véritable bilan puisque, comme vous vous en doutez, une phase de mise en place a été nécessaire. Les acteurs du projet, l'asbl Siréas et la Plate-forme Prévention Sida, observent qu'un dépistage de proximité

permet d'assurer une grande accessibilité aux personnes qui fréquentent peu les structures médicales classiques. Elles constatent aussi qu'une partie du public ne se considère pas comme exposée à un risque particulier d'infection au VIH et s'étonne parfois du fait qu'on lui propose ce test de manière proactive. Le dialogue avec ces personnes doit donc notamment viser à écarter toute perception de stigmatisation et à mettre en valeur les bénéfiques à réaliser un tel test.

Je ne peux encore me prononcer sur la poursuite du projet de dépistage délocalisé. Comme vous le savez, nous allons lancer un appel à projets à destination des associations. Ce projet ne devrait démarrer qu'en 2018, je ne peux donc préjuger aujourd'hui de son maintien. Il y a en tout cas de fortes chances pour que ces associations répondent à cet appel à projets.

Les médecins généralistes sont évidemment des acteurs importants dans le dépistage du VIH ou d'autres infections sexuellement transmissibles, mais la Commission communautaire française n'est pas compétente en ce domaine. Je n'ai pas l'autorité pour m'adresser directement aux médecins.

Le Conseil positif travaille régulièrement avec les acteurs de prévention financés par la Commission communautaire française, ainsi qu'avec l'ensemble des acteurs de la prévention, du dépistage et des soins.

Le processus des stratégies concertées, coordonné par l'Observatoire du Sida et des sexualités, associe le Conseil positif à ses travaux et permet de faire remonter les constats posés par ces différents acteurs, dont ce Conseil.

Par ailleurs, mon cabinet a déjà eu des contacts avec des représentants du Conseil positif.

Enfin, je n'ai pas de données sur les ventes d'autotests en pharmacie ni sur leur disponibilité pas plus que sur le niveau d'information de la population bruxelloise.

Les acteurs de terrain subventionnés par la Commission communautaire française diffusent des informations à destination du grand public à ce sujet, notamment sur leur site internet. Ils ont également collaboré avec le cabinet de la ministre fédérale de la Santé pour réaliser une brochure à l'intention des pharmaciens pour les sensibiliser aux messages de prévention qui devraient accompagner la vente des autotests.

Mme la présidente.- La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Je vous remercie, Madame la ministre, pour cette réponse détaillée. Il est probable que ces questions aient été déposées avant que Mme Genot n'intervienne.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Je voulais juste vous signaler qu'il ne fallait pas vous étonner d'une certaine redondance.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Nous nous réjouissons d'apprendre que la demande d'un dépucelage

démédicalisé est en cours. Nous suivrons ce dossier pour voir si cette idée porte ses fruits auprès de la population.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

**LE MORATOIRE SUR L'AGRÈMENT
DES MAISONS MÉDICALES AU FORFAIT**

DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

**À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE
EN CHARGE DE LA SANTÉ**

Mme la présidente.- À la demande de l'auteur, excusé, l'interpellation est reportée.

**L'INQUIÉTUDE PERSISTANTE QUANT À LA VIABILITÉ DU
CENTRE D'APPUI POUR DÉLINQUANTS SEXUELS (CAB)**

DE M. JAMAL IKAZBAN

**À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE
EN CHARGE DE LA SANTÉ**

Mme la présidente.- À la demande de l'auteur, excusé, l'interpellation est reportée.

QUESTIONS ORALES

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle les questions orales.

**LA CONSULTATION PUBLIQUE RELATIVE AU RAPPORT BIG
DATA DE LA COMMISSION DE PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE**

DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

**À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE
EN CHARGE DE LA SANTÉ**

Mme la présidente.- À la demande de l'auteur, excusé, la question orale est reportée.

**LA RÉGLEMENTATION DU TRANSPORT MÉDICO-SANITAIRE
NON URGENT À BRUXELLES-CAPITALE**

DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

**À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE
EN CHARGE DE LA SANTÉ**

Mme la présidente.- À la demande de l'auteur, excusé, la question orale est reportée.

CLÔTURE

Mme la présidente.- Mesdames et Messieurs, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Prochaine séance, sur convocation.

