



# Parlement francophone bruxellois (Assemblée de la Commission communautaire française)

Session 2017-2018

---

Séance plénière du vendredi 4 mai 2018

---

## Compte rendu

### Sommaire

	Pages
EXCUSÉS .....	4
ORDRE DU JOUR .....	4
COMMUNICATIONS	
Questions écrites.....	4
EXAMEN DES PROJETS ET DES PROPOSITIONS	
Proposition de résolution visant à la mise en place de « StériBornes » en Région bruxelloise	
Discussion générale.....	4
(Orateurs : M. Zahoor Ellahi Manzoor, rapporteur, M. Julien Uyttendaele, M. Fabian Maingain, Mme Zoé Genot, M. André du Bus de Warnaffe, M. David Weytsman et Mme Cécile Jodogne, ministre)	
Discussion du préambule et du dispositif .....	9

INTERPELLATIONS

- *La prise en charge de l'expertise de la Ligue des Usagers des Services de Santé (LUSS)*  
*de Mme Simone Susskind*  
*à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 12*  
*(Orateurs : Mme Simone Susskind, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Cécile Jodogne, ministre)*
- *L'étude de l'Institut indépendant de recherche sur le lien entre cancer et obésité*  
*de M. André du Bus de Warnaffe*  
*à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 13*  
*(Orateurs : M. André du Bus de Warnaffe et Mme Cécile Jodogne, ministre)*
- *Le dépistage du cancer colorectal et le financement du CCR*  
*de M. André du Bus de Warnaffe*  
*à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 14*  
*(Orateurs : M. André du Bus de Warnaffe et Mme Cécile Jodogne, ministre)*

QUESTION ORALE

- *La découverte de nouveaux types de diabète par des chercheurs de l'Université de Lund en Suède*  
*de M. André du Bus de Warnaffe*  
*à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 16*  
*(Orateurs : M. André du Bus de Warnaffe et Mme Cécile Jodogne, ministre)*

INTERPELLATIONS (SUITE)

- *Le projet de Maggie De Block d'adapter le forfait suite à l'étude KPMG sur les maisons médicales*  
*de Mme Catherine Moureaux*  
*à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 16*  
*(Orateurs : Mme Catherine Moureaux, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Cécile Jodogne, ministre)*
- *La prévention, la prise en charge et l'hébergement des victimes en situation de mariages forcés*  
*de Mme Fatoumata Sidibé*  
*à Mme Céline Fremault, ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille ..... 18*  
*(Oratrices : Mme Fatoumata Sidibé, Mme Nadia El Yousfi, Mme Magali Plovie et Mme Céline Fremault, ministre)*
- *L'étude concernant les femmes et filles victimes de mutilations génitales féminines en Région bruxelloise*  
*de Mme Fatoumata Sidibé*  
*à Mme Céline Fremault, ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille ..... 22*  
*(Orateurs : Mme Fatoumata Sidibé, Mme Nadia El Yousfi, M. Pierre Kompany et Mme Céline Fremault, ministre)*

## QUESTION ORALE (SUITE)

- *Les difficultés financières de l'asbl Job Dignity*  
de Mme Fatoumata Sidibé  
à Mme Céline Fremault, ministre en charge de l'Action sociale ..... 26  
(Oratrices : Mme Fatoumata Sidibé et Mme Céline Fremault, ministre)

## VOTES RESERVES

- de la proposition de résolution visant à la mise en place de « StériBornes » en Région bruxelloise ..... 27

## QUESTIONS ORALES (SUITE)

- *Le financement des centres culturels bruxellois*  
de M. Gaëtan Van Goidsenhoven  
à Mme Fadila Laanan, ministre-présidente en charge de la Culture ..... 27  
(Orateurs : M. Gaëtan Van Goidsenhoven et Mme Cécile Jodogne, ministre)
- *La prévention des cancers de la peau*  
de M. André du Bus de Warnaffe  
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé ..... 28  
(Orateurs : M. André du Bus de Warnaffe et Mme Cécile Jodogne, ministre)
- *Les moyens de prévention contre la coqueluche en Région de Bruxelles-Capitale*  
de M. Zahoor Ellahi Manzoor  
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé ..... 29  
(Orateurs : M. Zahoor Ellahi Manzoor et Mme Cécile Jodogne, ministre)

CLÔTURE ..... 30

Présidence de Mme Julie de Grootte, présidente

La séance plénière est ouverte à 09 h 38.

*M. Jamal Ikazban et M. Vincent De Wolf  
prennent place au Bureau en qualité de secrétaires.*

*(Le procès-verbal de la séance plénière du 20 avril 2018  
est déposé sur le Bureau)*

**Mme la présidente.**- Mesdames et Messieurs, la séance plénière est ouverte.

**EXCUSÉS**

**Mme la présidente.**- M. Jacques Brotchi et Mme Corinne De Permentier ont prié d'excuser leur absence.

**ORDRE DU JOUR**

**Mme la présidente.**- Au cours de sa réunion du 27 avril dernier, le Bureau élargi a procédé à l'élaboration de l'ordre du jour de la séance plénière de ce jour.

Quelqu'un demande-t-il la parole ? (*Non*)

Si personne ne demande la parole, l'ordre du jour est adopté.

**COMMUNICATIONS**

**QUESTIONS ECRITES**

**Mme la présidente.**- Depuis notre dernière séance, des questions écrites ont été adressées par M. André du Bus de Warnaffe, M. Emin Ozkara, M. Gaëtan Van Goidsenhoven à Mme Cécile Jodogne

**EXAMEN DES PROJETS ET DES PROPOSITIONS**

**PROPOSITION DE RESOLUTION VISANT A LA MISE EN PLACE  
DE « STERIBORNES » EN REGION BRUXELLOISE**

**Mme la présidente.**- L'ordre du jour appelle l'examen de la proposition de résolution visant à la mise en place de « StériBornes » en Région bruxelloise, déposée par M. Julien Uyttendaele, M. Fabian Maingain, Mme Zoé Genot et M. Abdallah Kanfaoui [doc. 82 (2017-2018) n° 1 et doc. 82 (2017-2018) n° 2].

**DISCUSSION GENERALE**

**Mme la présidente.**- La discussion générale est ouverte.

La parole est à M. Manzoor, rapporteur.

**M. Zahoor Ellahi Manzoor, rapporteur.**- La proposition de résolution à l'examen, présentée à l'initiative de M. Uyttendaele, vise à mettre en place des bornes d'échange de matériel stérile afin de disposer d'une aide complémentaire aux structures déjà existantes. Elles seront accessibles gratuitement sept jours sur sept, 24 heures sur 24, de manière anonyme.

L'installation de ces bornes répond à un quadruple objectif :

- faciliter l'accès au matériel stérile d'injection et contrôler les risques sanitaires ;
- accompagner la dépendance pour écouter, aider, soigner et créer des possibilités de prise en charge afin de briser

le cercle de la solitude et de l'isolement des usagers victimes de stigmatisation et d'auto-exclusion ;

- réduire les nuisances et le sentiment d'insécurité dans les quartiers où la consommation de rue est importante ;
- en apprendre davantage sur la consommation de drogues à Bruxelles. Les seringues récoltées pourront faire l'objet d'analyses épidémiologiques.

Lors de la présentation du texte, M. Uyttendaele a souligné que la proposition prend également en compte l'accompagnement des professionnels dans la mesure où elle comprend des avancées en matière de formation, d'éducation et de pédagogie.

Pour le groupe DéFI, M. Maingain s'est associé aux arguments développés par M. Uyttendaele. Il a insisté sur la nécessité de combattre la peur de l'inconnu et rappelé que le dispositif a pour but d'apporter des réponses aux quartiers, notamment par sa dimension de « raccroche sociale ».

Pour Ecolo, Mme Genot a insisté sur l'importance de dédramatiser ces bornes. Elle a évoqué la possibilité d'enclencher un travail d'accompagnement léger à leur proximité immédiate. Elle a ajouté que la proposition de résolution entend soutenir les associations pour qu'elles puissent effectuer ce travail.

Au cours de la discussion générale, le groupe MR, par la voix de M. Kanfaoui, s'est dit convaincu qu'il convient de pérenniser de telles initiatives en Région bruxelloise. Il s'agit, pour lui, d'un dispositif de santé publique, de sécurité et de propreté permettant de réduire au maximum les risques liés à de telles pratiques de consommation.

Le groupe MR s'est donc déclaré favorable à l'installation de StériBornes sur le territoire bruxellois dans la mesure où elles complèteraient la gamme d'options accessibles aux toxicomanes qui cherchent à se procurer du matériel stérile.

S'il salue l'initiative, le groupe MR reste cependant persuadé qu'il faudrait effectivement placer ces bornes auprès de centres d'accueil déjà reconnus. Le député a donc estimé qu'il serait opportun de réfléchir encore aux modalités qui peuvent être définies afin de renforcer le lien entre ces bornes autonomes et le personnel associatif. Le groupe MR restera donc attentif à la réalisation concrète d'un tel dispositif, à son coût et, surtout, à son évaluation.

Pour M. du Bus de Warnaffe, du cdH, les questions sérieuses posées par l'installation de StériBornes méritent des réponses, notamment en ce qui concerne leur localisation dans les communes et leur proximité par rapport aux lieux de soutien et de prise en charge, tels que les asbl actives en matière de toxicomanie et les pharmacies. Pour M. du Bus de Warnaffe, se pose également la question du type d'accompagnement prévu.

Selon lui, le dispositif de la proposition de résolution ne semble pas très clair à cet égard.

M. Weytsman, du groupe MR, a souligné qu'il est évidemment favorable à la proposition de résolution pour toutes les raisons évoquées précédemment. Néanmoins, le député s'est dit frustré par certains points du dispositif. Il a estimé que celui-ci ne comporte pas d'éléments nouveaux par rapport à ceux qui pourraient être mis en œuvre à l'initiative des communes, notamment celles qui ont le privilège d'accueillir des hôpitaux sur leur territoire.

M. Uyttendaele a tenu à répondre aux questions soulevées par les autres députés lors du débat en commission. Il a

indiqué que les questions de coût et de financement du projet avaient été discutées au préalable, les deux postes les plus importants étant bien entendu l'achat des bornes et le personnel.

En ce qui concerne le personnel affecté tant à l'entretien qu'au réapprovisionnement des bornes ou aux permanences, le député a indiqué qu'il dispose d'accords de principe des associations de terrain, qui se disent prêtes à s'investir à cet égard, moyennant financement. Il a en outre souligné que la plate-forme virtuelle permet aux personnes ayant des difficultés d'engager un premier contact.

En ce qui concerne la répartition géographique et le nombre de StériBornes à installer, il est capital de déterminer avec précision leur positionnement dans la ville. Enfin, M. Uyttendaele a rappelé que la proposition de résolution précise que la répartition géographique doit se faire immanquablement en collaboration avec les pouvoirs locaux, puisqu'ils sont les plus proches du terrain et, au final, les premiers concernés.

Mme Genot a tenu à rappeler que l'ensemble de la société bénéficie de cette mesure. Il conviendra de réaliser une étude poussée pour déterminer les lieux d'installation des StériBornes ainsi qu'une évaluation, ultérieurement, pour adopter des mesures correctrices si nécessaire.

Après discussion, l'ensemble de la proposition de résolution a été adopté à l'unanimité des onze membres présents.

*(Applaudissements)*

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

**M. Julien Uyttendaele (PS).**- Vous avez devant vous un député très heureux. Je suis heureux, car le texte qui vous est soumis aujourd'hui est le fruit d'un long travail qui a duré un peu plus de deux ans. Un travail de collaboration, de concertation et d'écoute avec le secteur, puis un travail de persuasion des formations politiques, parce que le débat n'était pas simple. Petit à petit, nous avons réussi, principalement avec l'appui du secteur, à convaincre presque toutes les formations politiques. C'est une bonne nouvelle.

Je pense par ailleurs que la visite de la commission de la Santé à Paris, organisée à l'initiative de l'asbl Transit et de votre serviteur, a permis à l'ensemble des commissaires présents de se rendre compte de la pertinence d'un tel dispositif. Je suis convaincu que cette visite a permis à certains de remettre en question leurs préjugés dans ce dossier.

Je le dis souvent, la consommation de drogue est protéiforme. Il n'existe pas un dispositif unique qui permettra à lui seul d'aider tous les usagers. Nous devons donc créer à Bruxelles - et c'est en cours - un puzzle de dispositifs qui tient compte du quotidien et des spécificités de chaque catégorie d'usagers.

La consommation de drogue a des conséquences sociétales qui nous obligent, dans la plus grande urgence, à changer résolument de paradigme, sans évidemment minimiser la nature de l'acte. De cette façon, nous pourrions faire en sorte que l'on ne le banalise plus en fermant les yeux. La prévention et la réduction des risques sont les deux structures porteuses d'un dispositif comme celui que nous défendons aujourd'hui.

Ce dispositif est d'ailleurs recommandé par de nombreuses organisations internationales comme l'Organisation des Nations unies (ONU), l'Organisation mondiale de la santé (OMS), l'Union européenne et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Je vous rappelle également le Plan bruxellois de réduction des risques, qui a été débattu au sein de cette assemblée. Je vous invite par ailleurs à parcourir la proposition, où tout cela est détaillé de façon très scientifique.

Le texte que nous vous soumettons aujourd'hui constitue avant tout une réponse civique, politique et responsable aux urgences sanitaires et sociales engendrées par la consommation précaire de drogues en rue.

Dès lors, notre résolution vise avant tout à soutenir, préserver, protéger et améliorer la santé de ces usagers, et donc le quotidien de ces usagers. Et je crois que c'est la mission première de tout responsable politique.

Concrètement, ce dispositif vise à mettre en place des bornes d'échange de matériel stérile, de sorte d'avoir une aide complémentaire aux structures existantes par une accessibilité 7 jours sur 7, 24h sur 24, et évidemment de manière gratuite et anonyme.

Il y a en effet une carence à Bruxelles en termes d'accessibilité du matériel stérile d'injection pour les usagers. Nous avons dans notre Région seulement deux comptoirs accessibles, du moins officiellement : ce sont les asbl Transit, ouvert 24h sur 24 et 7 jours sur 7, et Dune qui a des horaires beaucoup plus restreints.

Il est clair, quand on analyse l'implantation géographique de ces associations, qu'il existe une carence géographique ainsi qu'une carence horaire. L'utilisateur qui veut consommer dans la zone du canal, qui n'a pas de matériel d'injection stérile avec lui, que va-t-il faire s'il est 23h ou minuit ? Va-t-il prendre un taxi pour aller à Transit, rue Stephenson, presque de l'autre côté de la ville ? Va-t-il utiliser la seringue de son voisin, voire une seringue qu'il a lui-même déjà utilisée ? Je vous laisse imaginer la réponse.

Par le dispositif que nous voulons mettre en place, les usagers auront ainsi du matériel propre et un système d'échange, via un jeton spécifique délivrant le matériel adéquat ou via la remise d'un matériel usagé qui, une fois récupéré, permet de recevoir le même matériel. Ces jetons seront notamment disponibles auprès des associations de terrain, qui sont très volontaires dans ce dispositif, mais également auprès de certaines hôpitaux et pharmacies participant et, le cas échéant, auprès d'acteurs de quartier.

L'objectif de la mise en place de ces bornes est quadruple.

D'abord, et avant tout, il s'agit de faciliter l'accès au matériel stérile d'injection et donc veiller au plan sanitaire de la situation. Sur ce point, n'oublions pas la rationalité sanitaire mais également économique que sous-tend notre proposition, et plus globalement toute politique de réduction des risques digne de ce nom.

Nous savons qu'entre 50 et 80% des usagers de drogues par injection contractent l'hépatite C, généralement lors de leur première année de consommation.

Or, un seul traitement à l'hépatite C coûte 70.000 euros. Pour ce même montant, nous pourrions aujourd'hui distribuer 140.000 packs d'injection stérile. Il ne faut pas être un grand savant pour constater que le développement de tels dispositifs serait avantageux sur les plans économique et sanitaire.

Le second objectif est d'accompagner l'utilisateur pour l'écouter, l'aider, le soigner et ouvrir des opportunités de prise en charge afin de briser les cercles de la solitude et de l'isolement des consommateurs qui vivent des phénomènes de stigmatisation et d'(auto-)exclusion. Nous sommes convaincus qu'il faut travailler à la « réaffiliation sociale » des usagers et que cette proposition va dans ce sens. On me rétorquera qu'on n'aide pas des gens avec des boîtes métalliques. C'est faux. En effet, tout d'abord, le simple accès à du matériel stérile d'injection aide déjà ces personnes.

Ensuite, des permanences seront en principe organisées chaque semaine devant ces bornes afin d'enclencher un processus de « réaffiliation/démarginalisation » avec des

usagers qui sont très difficilement captables. La consommation et le profil des usagers étant protéiformes, tous ne se rendront pas dans un comptoir d'échange en raison d'un sentiment de honte, d'une peur du jugement.

Troisièmement, un tel dispositif permettra également de réduire les nuisances, l'insécurité et le sentiment d'insécurité dans les quartiers où la consommation de rue a pris une place importante. Il faut en effet travailler la dimension et la portée sociales de cette action puisque c'est l'espace public qui est questionné et sollicité par ces usagers

Avec un tel dispositif, nous pourrions en effet réduire drastiquement le nombre de seringues abandonnées sur la voie publique, comme l'a démontré l'expérience parisienne.

Enfin, le quatrième objectif est d'en apprendre plus sur la consommation de drogues à Bruxelles. Les seringues ainsi récoltées contiendront des résidus de drogue. Soit on les jette, soit on en analyse le contenu, quartier par quartier, ce qui nous donnera une vision plus claire de la consommation au niveau bruxellois. Là aussi, l'expérience parisienne nous a permis d'apprendre beaucoup de choses sur la consommation de drogues.

Je souligne que notre proposition garantit aussi l'accompagnement des professionnels, car notre projet comporte des avancées sur les plans de la formation, de l'éducation et de la pédagogie des acteurs de terrain, mais aussi de ceux qui, directement ou indirectement, sont confrontés à ces phénomènes. Transit mène déjà un énorme travail de formation en la matière.

Le dispositif fera évidemment l'objet d'une évaluation régulière par le biais d'un protocole qui en définira les modalités et la mise en œuvre. Il permettra d'obtenir des informations réelles et précises sur la consommation et la nature des usagers.

En somme, la présente résolution exprime la volonté de mener une politique socio sanitaire inclusive et prospective pour faire face à un vrai problème de santé et de société, tout en essayant d'y apporter une réponse juste, proportionnée et humaine dont les effets en matière de prévention et d'accompagnement - mais aussi d'éducation et de sécurité publique - seront effectifs et efficaces.

Je suis fier de ce que notre Région a déjà pu accomplir en matière de politique de drogue depuis le début de la présente législature. Ce sont des dossiers complexes et sensibles. Pourtant, nous avançons, certes à vitesse modérée. La réduction des risques a fait l'objet d'une consécration légale dans le décret ambulatoire. La Région bruxelloise disposera bientôt, je l'espère, d'un centre intégré pour les assuétudes et de StériBornes réparties intelligemment sur le territoire bruxellois.

Enfin, *last but not least*, il faudra installer des salles de consommation à moindre risque. Il s'agit là d'un autre débat essentiel où un consensus politique est possible, j'en suis convaincu.

Mon texte est prêt. J'espère qu'il sera rapidement pris en considération et voté par notre belle assemblée. Après deux ans et demi de travail et de persévérance, il est enfin soumis à notre Parlement. Je ne peux souhaiter qu'une seule chose : que nous réunissions la plus grande majorité possible, le plus grand consensus possible, toutes formations politiques confondues, autour de ce projet. Il en va de l'intérêt des usagers de drogues, mais aussi de celui des associations de terrain qui effectuent un travail formidable avec peu de moyens.

En tout cas, si ce texte est voté, notre assemblée m'offrira le plus beau cadeau d'anniversaire que je puisse espérer.

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.**- La parole est à M. Maingain.

**M. Fabian Maingain (DéFI).**- Il s'agit effectivement d'une belle avancée. Certes, ce texte ne va pas régler tous les problèmes, mais il constitue un premier pas vers une amélioration de la situation, tant pour les usagers de drogues que pour les citoyens.

Le texte ne vise pas à encourager la consommation ou à soutenir les usagers de drogues, mais à apporter une réponse sociétale globale. Celle-ci suit trois axes :

- l'action préventive. Il faut faire en sorte que les gens ne tombent pas dans la consommation de drogues ;
- l'action répressive. Il faudra sans doute rouvrir le débat sur le public ciblé par la répression ;
- l'action socio-sanitaire. On ne peut laisser au ban de la société les consommateurs de drogues et il faut mettre en place un filet permettant de les repêcher.

Cette réponse va à la fois diminuer le risque sanitaire pour les consommateurs, qui ne vont plus partager leur seringue, auront du matériel stérile et éviteront les complications, et apporter une solution pour les citoyens, en supprimant le risque sanitaire des seringues qui traînent et la consommation de rue.

Lorsque la commission de la Santé, présidée par Martine Payfa, s'est rendue à Paris, nous avons vu à quel point ce dispositif a amélioré la vie de certains quartiers, plutôt que de la dégrader et d'y créer des lieux de consommation.

Le groupe Défi soutiendra évidemment cette résolution. Je ne doute pas qu'elle sera exécutée et portée par le Collège et la ministre.

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Genot.

**Mme Zoé Genot (Ecolo).**- Il faut avouer que parfois, en tant que parlementaires, nous avons parfois l'impression d'être des « artistes » plutôt que des personnes vraiment utiles. Mais là, c'est un de ces jours où l'on se sent vraiment utile.

*(Remarques)*

Oui, on fait des « prestations », si vous voyez ce que je veux dire ! Mais ici, je suis contente que nous ayons pu effectuer un véritable travail de patience. Tout a commencé avec la visite de la délégation à Paris, ce qui prouve bien que les visites, lorsqu'elles sont bien préparées, comprenant des rencontres tant des acteurs de terrain que des acteurs politiques, permettent de mieux cerner les enjeux, les difficultés et la manière d'y répondre, la construction des rapports de force... Nous avons pu ainsi créer un consensus large, comprendre qu'il s'agit d'une mesure de bon sens sur laquelle il faut avancer.

C'est en discutant ensemble, au retour de cette visite à Paris, que nous nous sommes rendu compte que nous étions tous d'accord sur le caractère indispensable de cet outil. Cela nous a donné l'énergie pour avancer et concrétiser le projet. Ensuite, cela a mis encore un peu de temps pour arriver, non par volonté de blocage mais parce qu'il fallait un mûrissement politique. Je ne suis pas très patiente et j'ai parfois un peu de mal avec cette attente forcée, mais je suis contente que le travail que chacun a accompli au sein de son parti ait permis de concrétiser ce texte qui arrive, aujourd'hui, sur nos bancs.

Ce n'est pas la première fois que l'on propose ce genre de système. Des projets ont déjà été lancés, les associations ont déjà essayé d'implanter de tels automates. Malheureusement, des guéguerres politiques, des manœuvres politiques de bas étage où l'on faisait peur en diabolisant la toxicomanie, avaient bloqué ces projets.

Maintenant, tout le monde est d'accord pour dire qu'il est inutile de jouer aux cow-boys et aux Indiens. Il n'est pas

question de s'amuser à faire peur, au contraire, nous allons essayer de voir concrètement les difficultés et de réaliser les projets.

Je pense que l'une des difficultés rencontrées par le passé, c'est qu'une seule commune devait porter le projet pilote. Donc, j'espère que lorsque nous allons concrétiser ce projet, nous allons pouvoir disposer de plusieurs automates en même temps, dans une série d'emplacements adéquats. Nous n'allons pas pouvoir en installer partout, tout de suite, donc il faudra déployer les distributeurs progressivement.

Il était très intéressant, à Paris, d'entendre qu'il y a maintenant des automates tant dans les petites villes du fin fond de la Bretagne, ou même dans les Cévennes, que dans des quartiers huppés. Parce que même ces quartiers-là, il y a des personnes qui ont tout à fait les moyens de se rendre en pharmacie, d'acheter du matériel stérile, mais qui sont un peu mal à l'aise de le faire et qui préfèrent aller discrètement à un automate acquérir du matériel propre. Sans compter que cela permet de le faire à toute heure du jour et de la nuit. Donc pas mal de quartiers huppés ont eux aussi demandé à avoir leurs automates, placés dans des endroits discrets, permettant à chacun de venir s'approvisionner.

Force est de constater que la situation évolue. En effet, les communes qui, il y a quelques années, refusaient catégoriquement ce type de procédé, assument aujourd'hui ce choix politique. Elles savent en effet que cela est nécessaire, tant en ce qui concerne la santé des personnes concernées - utiliser du matériel non stérile, déjà utilisé ou échangé est une catastrophe pour les consommateurs - que pour l'ensemble de la population. Si une maladie ne se répand pas, c'est bénéfique pour tout le monde, particulièrement du point de vue de la sécurité sociale fédérale.

Évoquons également les bénéfices en termes de propreté ou de sécurité. Ramasser des seringues est en effet très désagréable pour les travailleurs, mais aussi peu rassurant pour les parents qui laissent leurs enfants jouer dans les parcs. Ce type de déchets donne également un sentiment d'abandon et de laisser-aller dans les quartiers, or, je pense que nous ne voulons pas de ce type de modèle de vie.

J'espère que le mûrissement dont nous avons fait preuve pour ce dossier préfigure celui du dossier suivant relatif aux salles de consommation à moindre risque. En effet, lors de notre visite à Paris, nous avons pu voir comment fonctionnaient les StériBornes, comment ses utilisateurs étaient accompagnés pour ne pas être laissés à eux-mêmes. Il en va d'un travail humain et les personnes qui approvisionnent ces StériBornes sont formées et capables de discuter avec les consommateurs pour les réorienter vers l'un ou l'autre acteur en fonction de leur situation.

C'est un aspect intéressant que reprenait donc aussi la résolution mais qui s'adresse à une frange de la population beaucoup plus marginalisée. En effet, les salles de consommation à moindre risque s'adressent principalement à des personnes qui, à l'heure actuelle, consomment sur la voie publique dans des conditions d'hygiène déplorables. L'outil que constituent les automates n'est pas suffisant et il faut offrir à ce public une salle propre, accueillante et un minimum encadrée.

Il se trouvera sans doute également des détracteurs de ces salles de consommation mais, ici encore, il me semble que nous avons dépassé cette étape et sommes plus loin dans le processus. Même la Suisse - qui n'est pas connue pour son extravagance - propose des salles de consommation à moindre risque depuis plus d'une vingtaine d'années. Elle est manifestement satisfaite de ce dispositif qu'elle continue à étendre. Je crois que la Belgique est, elle aussi, prête pour cette mesure.

Nous avons déposé un texte en Commission communautaire commune, il y a un peu plus d'un an, pour avancer dans ce dossier. Celui-ci est toujours à l'étude au niveau du Conseil d'État qui examine les compétences que nous avons en la matière. Je ne doute pas de l'avis qu'il nous fera parvenir. Je crois que nous pourrions avancer dans ce domaine, reste à voir si cela se fera au niveau de la Commission communautaire française ou de la Commission communautaire commune.

Je pense que tout dépend des majorités qu'on peut constituer. Mais quand je vois que la Ville de Bruxelles, qui a une majorité composite, différente de celle de la Région ou de la Commission communautaire française, avec des échevins tant francophones que néerlandophones, est prête à avancer, je me dis que les mentalités évoluent à divers niveaux. Pour nous, il est important de ne pas attendre à nouveau de longues années pour avancer. J'espère que la ministre en charge de la Santé pourra aujourd'hui nous en dire un peu plus sur le futur suivi de cette résolution. En effet, j'ai constaté par le passé que certaines mettaient très longtemps à se concrétiser sur le terrain... Mais en voyant la relative unanimité qui a régné au moment des débats, on ne pourrait se contenter de laisser dormir celle-ci.

La volonté existe, et nous avançons tranquillement, car il ne s'agit pas de parachuter des automates dans les communes sans concertation. Nous l'avons constaté en France : pour que cela se passe bien, il faut un travail étroit avec chacun des acteurs, une réflexion sur les emplacements par rapport aux usagers, mais aussi aux riverains... Mais il est possible d'avancer convenablement dans un délai raisonnable.

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.**- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- Sans flagornerie, Monsieur Uyttendaele, je puis vous dire que cette séance plénière est à marquer d'une pierre blanche dans votre action politique.

*(Applaudissements)*

Elle voit en effet l'aboutissement d'un combat que vous avez mené avec une grande détermination. Mais vous n'étiez pas seul à le mener. D'autres étaient à vos côtés, certes avec une moindre flamboyance mais, sachez-le, avec une égale détermination.

Comme cela a été rappelé, l'élément déclencheur a été ce voyage à Paris organisé il y a deux ans et demi environ, qui nous a ouverts les yeux tant sur les salles de consommation à moindre risque que sur l'intérêt et la pertinence des StériBornes.

À ce propos, j'ai toujours plaisir à rappeler que l'un des précurseurs de leur installation et l'un des plus fervents défenseurs de leur intérêt était le maire d'un des arrondissements de Paris les plus huppés. Preuves et chiffres à l'appui, il a démontré la diminution d'une série de maladies transmissibles liées à la consommation de drogues.

Il était donc établi que l'installation de StériBornes, contrairement à des préjugés tenaces, n'encourage pas la consommation de drogues mais permet au contraire de résoudre une série de problèmes sanitaires et sécuritaires importants, ainsi que mes collègues l'ont rappelé.

Comme l'énonce également la résolution, l'installation de StériBornes répond à des recommandations formulées par le Conseil de l'Union européenne, l'Organisation des Nations unies (ONU), l'Organisation mondiale de la santé (OMS) et l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). Aujourd'hui, tous ceux qui exercent une responsabilité collective en matière de santé et de sécurité sont favorables à l'installation de StériBornes.

Mais ce n'est pas pour autant que les problèmes sont réglés ni que le vote de cette résolution aujourd'hui signe la fin d'un combat.

Nous sommes maintenant comme le maçon au pied du mur : il va falloir réussir tout cela. C'est là que nous allons rencontrer de nouvelles résistances. Je ne parle pas des résistances liées au financement, parce que ce n'est pas une question de budget qui va handicaper lourdement la capacité d'action de la Commission communautaire française.

Nous avons entendu que c'était le recyclage intelligent de distributeurs de paquets de cigarettes qui était en cours à Paris. On imagine que, sur ce point, un marché public ne présentera pas de grandes difficultés.

En revanche, la question la plus difficile sera de savoir par quelle commune commencer. Quel bourgmestre sera le premier à prendre cette décision ? On ose espérer que ce choix sera le résultat d'une discussion collective au sein de la Conférence des bourgmestres. Ce serait le schéma idéal - puisque nous allons vers un vote quasi unanime ici - que tous les bourgmestres soient le premier relais de notre engagement politique au sein de la Commission communautaire française, et s'entendent pour désigner les communes où des StériBornes seront installées.

Comment ? Avec quel type d'accompagnement ?

Nous sommes persuadés que l'accompagnement est important parce qu'il est de nature à répondre à des besoins sanitaires et sociaux. Cependant, assurer une permanence 24 heures sur 24 n'est pas nécessaire. Comment allons-nous organiser cet accompagnement ? Sans doute les associations déjà actives sur le terrain, comme l'asbl Transit, seront-elles largement consultées pour identifier les lieux où installer les StériBornes et définir type d'accompagnement à prévoir.

Il restera à effectuer un travail de sensibilisation de la population qui ne partage pas forcément notre vision des choses. Un travail pédagogique important nous attend. Je ne suis pas sûr que les bourgmestres fassent de l'installation de StériBornes un point central de leur campagne électorale.

Les difficultés sont donc devant nous si nous voulons réussir de façon intelligente ce programme. Comme vous le savez, il y a eu dans mon groupe quelques résistances liées aux éléments que je viens d'évoquer.

À côté des avancées que nous proposons aujourd'hui, d'importants pans de la gestion de la problématique de la drogue ne sont pas encore résolus. Je pense aux parents, aux familles qui vivent des situations difficiles en raison de la consommation abusive d'un des leurs, et pour lesquels aucune solution n'est encore opérationnelle ou pertinente. Cela explique aussi qu'au sein du groupe cdH, l'un ou l'autre s'abstiendra peut-être pour rappeler que ce combat n'est pas complètement gagné.

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.**- Bravo, Monsieur du Bus de Warnaffe. Vous aussi, vous n'avez pas manqué de persévérance dans ce dossier.

La parole est à M. Weytsman.

**M. David Weytsman (MR).**- À l'instar de mes collègues, je tiens à remercier M. Uyttendaele du travail réalisé. S'il l'a probablement été en partenariat avec toute une série de groupes, il n'est pas toujours facile de l'entamer. On se sent toujours un peu seul au début ! C'est donc effectivement un beau cadeau pour son anniversaire !

Nous sommes particulièrement heureux de pouvoir soutenir cette proposition et, puisque vous nous l'avez permis, de la cosigner. Certes, je n'ai pas vécu certains débats et la visite à Paris, mais il s'agit bien de l'aboutissement d'une

proposition qui se veut pragmatique, comme l'ont été les débats sur les salles de consommation de drogues à moindre risque.

Les débats ont été pragmatiques en réponse au secteur de la santé. Parfois, sur certaines questions, les responsables politiques se doivent d'être des précurseurs. Ici, nous étions plutôt en retrait et nous avons surtout écouté. À la suite de cette écoute, nous nous sommes rendu compte que ce projet était fondamental pour l'objectif premier : avoir accès à des seringues dans des conditions d'hygiène et de stérilisation optimales. Il s'agit de faire face aux problèmes sanitaires - hépatites, etc. - dus entre autres à l'utilisation de matériel non stérile.

Pendant les permanences, il s'agit aussi de permettre aux consommateurs de drogues de bénéficier d'un accompagnement et d'un suivi. Ces personnes sont souvent précarisées, ne fut-ce que par leur toxicomanie, et isolées, alors qu'elles connaissent des conditions de vie socio-économiques très difficiles. Cela a évidemment un impact bénéfique pour l'ensemble de la société bruxelloise.

Les débats ont également été pragmatiques en réponse aux difficultés rencontrées par le personnel de nettoyage. Je regarde mon collègue de la Ville de Bruxelles qui a géré cette compétence pendant des années. Le personnel de nettoyage est souvent confronté à ce matériel et a parfois peur. Il faut donc aussi pouvoir lui apporter des réponses.

Les débats ont encore été pragmatiques envers ces parents qui craignent de laisser jouer leurs enfants à certains endroits, de peur de les voir confrontés à des seringues usagées.

Le pragmatisme a également été de mise lors des débats sur les salles de consommation de drogue à moindre risque, en fonction des demandes de la police, voire du Parquet dans une certaine mesure. Toutes les associations nous disent que combiné à une série d'actions, qu'elles soient liées à la pharmacie, aux centres d'accueil ou aux salles de consommation de drogue à moindre risque, ce projet diminue les nuisances et participe à lutter également contre une certaine forme de criminalité liée à la consommation de drogue.

Je crois que nous devons aussi être pragmatiques dans l'application de la résolution. Je ne savais pas que le rapport allait reprendre certaines des critiques que j'avais formulées. Je ne veux pas être un oiseau de mauvais augure. Je ne mesure peut-être d'ailleurs pas le travail qui a dû être fait pour persuader certaines personnes. Pour moi, cela semble couler de source quand on voit tous ces acteurs et cette solution, qui est plus que pragmatique.

Comme M. du Bus de Warnaffe l'a dit, le travail commence aujourd'hui. C'est aujourd'hui que nous devons conclure un partenariat avec les communes et travailler avec les associations, les centres et peut-être certains hôpitaux pour mettre tout en place. Je sais que certains hôpitaux de la Ville de Bruxelles sont intéressés. C'est donc aujourd'hui que nous devons mettre cela en œuvre, le plus vite possible et de la manière la plus pragmatique possible. Mme la ministre va déjà nous en dire quelques mots.

*(Applaudissements)*

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- Vous avez abordé, tant dans la résolution que dans vos interventions, la mise en place des StériBornes et ses multiples conditions de réussite :

- la concertation indispensable avec les communes et, bien sûr, les associations de terrain actives dans la réduction des risques ;



- la nécessité d'une répartition équilibrée et de la recherche des endroits les plus adéquats, tant pour les usagers que pour le public du quartier où seraient établies les StériBornes ;
- la création, le rôle, la forme et les responsabilités du comité de pilotage ;
- la forme, l'encadrement et les responsabilités de l'aide et de l'assistance aux usagers, y compris de la permanence hebdomadaire que votre résolution appelle de ses vœux ;
- le financement de cet encadrement ;
- l'adoption de textes réglementaires pour instaurer ce dispositif.

Nous n'allons pas jouer aux apprentis sorciers et les expériences telles que celles que vous avez visitées à Paris permettront certainement de baliser la manière d'encadrer ce projet.

Madame Genot, Monsieur du Bus de Warnaffe, Monsieur Maingain et Monsieur Uyttendaele, je vous confirme qu'il n'entre bien entendu pas dans mes intentions de mettre cette résolution au bas de ma pile de dossiers et de l'enterrer. Comme vous le savez, je suis favorable à ce type de dispositif, qui apporte une réponse sanitaire essentielle aux usagers, grâce au matériel stérile, tout en donnant une opportunité supplémentaire d'entrer en contact avec eux et de les aider.

Les aider permet d'éviter la propagation des maladies, l'isolement et d'autres dangers. Vous connaissez les risques et enjeux liés à la consommation de drogues, qui plus est quand on est en situation de précarité. Donc, oui, je soutiens cette résolution, et non, je ne vais pas la mettre au placard.

Néanmoins, il faut être pragmatique : je vais m'engager dans le processus de mise en place de ce dispositif, mais la Commission communautaire française ne pourra le faire seule. Il faudra donc prendre le temps de convaincre les différents partenaires, notamment les communes, et de trouver à la fois les financements et l'encadrement professionnel et réglementaire nécessaires.

Les bases sont mises en place. Avec mon équipe et l'administration, nous allons réfléchir à la manière de mettre cette résolution en œuvre. Nous avons encore tout un travail à accomplir et j'espère que nous aboutirons le plus vite possible.

Restez tout de même raisonnable. Ne m'interpellez pas dans trois mois pour savoir quand sera installée la première StériBorne à Bruxelles !

*(Applaudissements)*

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

**M. Julien Uyttendaele (PS).**- M. Kanfaoui a justement fait remarquer en commission qu'une de mes notes de bas de page citait une référence encore à paraître.

J'aimerais que la date de publication de ladite étude, à savoir 2016, figure au compte rendu.

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Genot.

**Mme Zoé Genot (Ecolo).**- Personne ne s'attend à voir apparaître les premières StériBornes dans trois mois. En revanche, il serait intéressant d'élaborer un plan d'action qui nous permette d'observer les avancées à chaque étape du processus. Dans le cas contraire, le projet risque de s'étioler et ce serait vraiment dommage.

Nous devons donc entretenir le dialogue entre le Parlement et le pouvoir exécutif afin de maintenir la pression et permettre aux acteurs, à différents niveaux, de jouer leur rôle.

**Mme la présidente.**- La parole est à M. Weytsman.

**M. David Weytsman (MR).**- Ce serait effectivement une bonne chose d'expliquer comment, dans ce plan, les communes seront sensibilisées à ce travail, outre ce que certains d'entre nous feront en tant que conseillers communaux.

**Mme la présidente.**- La discussion générale est close.

#### DISCUSSION DU PREAMBULE ET DU DISPOSITIF

**Mme la présidente.**- Nous passons à la discussion du préambule et du dispositif.

##### *Discussion du préambule*

###### *Référent A*

L'Assemblée de la Commission communautaire française,

Vu l'article 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels;

**Mme la présidente.**- Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent A est adopté.

###### *Référent B*

Vu l'article 1<sup>er</sup> de la Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne;

**Mme la présidente.**- Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent B est adopté.

###### *Référent C*

Vu l'article 35 de la Charte des Droits fondamentaux de l'Union européenne;

**Mme la présidente.**- Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent C est adopté.

###### *Référent D*

Vu les recommandations du Conseil de l'Union Européenne en matière de réduction des risques;

**Mme la présidente.**- Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent D est adopté.

###### *Référent E*

Vu les recommandations de l'OMS en matière de réduction des risques et plus particulièrement concernant les programmes de distribution de matériel d'injection;

**Mme la présidente.**- Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent E est adopté.

###### *Référent F*

Vu les recommandations de l'ONU en matière de réduction des risques et plus particulièrement concernant les programmes de distribution de matériel d'injection;

**Mme la présidente.**- Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent F est adopté.

###### *Référent G*

Vu les recommandations de l'Observatoire Européen des Drogues en matière de réduction des risques et plus particulièrement concernant les programmes de distribution de matériel d'injection;

**C.R. N° 64 (2017-2018)**

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent G est adopté.

*Référent H*

Vu l'article 7, 4° du décret relatif à l'offre de services ambulatoires dans les domaines de l'Action sociale, de la Famille et de la Santé;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent H est adopté.

*Référent I*

Vu le Plan bruxellois de réduction des risques;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent I est adopté.

*Référent J*

Vu la Politique Drogues et le Plan Drogues pour Bruxelles publié par le FEDITO BXL;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le référent J est adopté.

*Considérant A*

Considérant que la consommation de substances stupéfiantes injectables est un fait sociétal complexe, aux causes multiples et aux conséquences socio-économiques et sanitaires lourdes;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant A est adopté.

*Considérant B*

Considérant qu'il est impératif de soutenir, préserver, protéger et améliorer la santé des usagers, sans pour autant banaliser ou minimiser la portée de leurs actes et sans non plus les exclure de facto des systèmes de l'aide et de l'action sociales;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant B est adopté.

*Considérant C*

Considérant qu'aucun/e citoyen/ne, sujet de droits et de devoirs, ne peut être stigmatisé(e), en raison de ses comportements, même s'ils sont socialement problématiques, et doit recevoir une aide spécifique, dans le cadre d'une politique responsable, à la fois préventive et curative;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant C est adopté.

*Considérant D*

Considérant qu'une politique sanitaire, en cette matière, doit neutraliser des schémas négatifs de représentation et/ou de perception, pour mener des actions concrètes d'aide, sans banalisation ni dramatisation disproportionnée de la consommation de substances stupéfiantes injectables;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant D est adopté.

*Considérant E*

Considérant que toute action de gouvernance en la matière doit désormais se fonder sur les données objectives des études scientifiques démontrant l'échec des politiques dites du « tout répressif », en raison de leur impuissance voire de leurs effets gravement contre-productifs;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant E est adopté.

*Considérant F*

Considérant l'exigence d'une gestion du phénomène via une séquence en continuum, telle que validée par l'ensemble des experts : prévention/réduction des risques/soins;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant F est adopté.

*Considérant G*

Considérant la configuration restrictive et lacunaire du paysage actuel de la Région de Bruxelles-Capitale, en matière de dispositifs d'accès à un matériel stérile d'injection (DAMSI), en ce compris les conséquences graves de cette carence effective, en matière d'hygiène et singulièrement de transmission du VIH et des hépatites;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant G est adopté.

*Considérant H*

Considérant qu'entre 50 et 80 % des usagers de drogues par voies intraveineuses contractent l'hépatite C et ce singulièrement lors de leur première année d'injection;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant H est adopté.

*Considérant I*

Considérant, pour des raisons macro-économiques, qu'un investissement dans un tel système de prévention diminuera l'impact élevé du coût actuel des traitements du VIH et des hépatites, notamment sur le budget des services de santé publique;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant I est adopté.

*Considérant J*

Considérant qu'il existe à Bruxelles, un public de consommateurs de drogues socialement désinscrits, ni affiliés, ni affiliables, vivant déjà dans des conditions d'insécurité socio-sanitaires déplorables qui sont augmentées par les pratiques ici visées;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant J est adopté.

*Considérant K*

Considérant que, dans ce cadre, des stratégies précises sont nécessaires en matière de conditions d'octroi, de garde, d'approvisionnement, de distribution, de régulation et de contrôle, de gestion publique, d'échange, de sécurité quant à l'hygiène et la stérilité du matériel, de récupération et d'élimination;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant K est adopté.

*Considérant L*

Considérant que la consommation de substances stupéfiantes injectables nécessite un matériel adapté à usage unique, accompagné d'une information précise (surdosage, intoxication, etc.), en raison des risques infectieux liés au partage de matériels d'injection;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant L est adopté.

*Considérant M*

Considérant que, face au phénomène complexe de consommation de substances stupéfiantes injectables, il est nécessaire d'éviter des situations visibles de scandale public ou de trouble de la paix sociale, voire de l'ordre public, via la gestion proactive et responsable des espaces publics de la Cité;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant M est adopté.

*Considérant N*

Considérant qu'il est proactif de mettre en place des dispositifs d'aide complémentaires, destinés à prévenir ou à éviter l'émergence – voire le renforcement – d'un effet de honte et/ou de gêne sociales des usagers, en raison de la nature de la pratique;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant N est adopté.

*Considérant O*

Considérant que, face au phénomène, des stratégies adaptées d'accueil et d'orientation, avec éventuellement un suivi psycho-médical, doivent se faire via différentes modalités de permanences (ligne téléphonique, plateforme virtuelle de discussion instantanée anonymisée), destinées à éconduire des isolements volontaires ou involontaires de consommateurs;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant O est adopté.

*Considérant P*

Considérant qu'en matière de consommation de substances stupéfiantes injectables, il importe de réduire, par des dispositions de prévention adéquates, les possibles

nuisances sociales et les tensions potentielles pouvant apparaître entre usagers, citoyens et agents publics;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant P est adopté.

*Considérant Q*

Considérant qu'un volet de la gestion du phénomène de consommation de substances stupéfiantes injectables exige aussi une politique de soutien des acteurs de l'aide psychosociale, en sorte de les aider dans la gestion et la régulation publiques des actes et pratiques liés à ladite consommation;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant Q est adopté.

*Considérant R*

Considérant qu'il est impératif de sécuriser les personnes concernées par cette consommation, mais aussi de travailler à la protection de toutes les personnes qui peuvent être indirectement touchées par les pratiques, notamment dans la rencontre inattendue du matériel usager, mais aussi directement touchées, tels les acteurs des services d'aide et de prévention, mais aussi les policiers, éducateurs, assistants sociaux, personnels de soin ou encore acteurs de quartier.

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le considérant R est adopté.

**Discussion du dispositif**

*Point 1 du dispositif*

Demande au Collège de Commission communautaire française :

De mettre en place, en concertation avec les communes concernées et les associations bruxelloises participantes spécialisées dans la réduction des risques en matière de drogues, un dispositif de StériBornes réparti de manière cohérente sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le premier point du dispositif est adopté.

*Point 2 du dispositif*

D'installer un comité de pilotage regroupant tout ou partie des associations précitées, ainsi qu'une organisation représentative des pharmaciens déterminée par le Collège;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le point 2 du dispositif est adopté.

*Point 3 du dispositif*

De mettre en place, en collaboration avec les associations membres du comité de pilotage, des mécanismes permanents d'aide et d'assistance virtuelle pour les usagers du dispositif;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

## C.R. N° 64 (2017-2018)

Personne ne demandant la parole, le point 3 du dispositif est adopté.

### *Point 4 du dispositif*

De s'assurer que les associations membres du comité de pilotage organisent, de manière hebdomadaire, au moins une permanence devant chacune des Stéribornes, dès lors que ces permanences font partie du dispositif global;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le point 4 du dispositif est adopté.

### *Point 5 du dispositif*

D'offrir au comité de pilotage le financement nécessaire à l'opérationnalisation, la gestion journalière et l'évaluation du dispositif, ainsi que pour les formations dispensées aux différents publics concernés;

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le point 5 du dispositif est adopté.

### *Point 6 du dispositif*

De transmettre à l'Assemblée de la Commission communautaire française un rapport d'évaluation annuel du dispositif.

**Mme la présidente.-** Quelqu'un demande-t-il la parole ?  
(Non)

Personne ne demandant la parole, le point 6 du dispositif est adopté.

La discussion du préambule et du dispositif est close.

Le vote aura lieu à l'heure convenue.

## INTERPELLATIONS

**Mme la présidente.-** L'ordre du jour appelle les interpellations.

### LA PRISE EN COMPTE DE L'EXPERTISE DE LA LIGUE DES USAGERS DES SERVICES DE SANTE (LUSS)

DE MME SIMONE SUSSKIND

A MME CECILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE DE LA SANTE

**Mme la présidente.-** La parole est à Mme Susskind.

**Mme Simone Susskind (PS)-** Madame la ministre, la santé nous concerne tous et toutes, tout au long de notre vie, c'est presque une tautologie de le dire. L'accès et la qualité des soins de santé sont des éléments essentiels pour chacun et chacune. Les chiffres rapportés par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale sont interpellants, notamment s'agissant de la manière dont est perçu l'accès à la santé.

Selon cette étude, un quart des Bruxellois interrogés estiment que leur état de santé n'est pas satisfaisant, allant de moyen à mauvais et à très mauvais. En 2015, un autre chiffre inquiétant a été repris par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) dans son rapport sur la performance du système de santé belge, à savoir que 22% des ménages bruxellois reportent des soins de santé, contre 8% des ménages belges. Il est évident que la cause de ces reports est financière. À Bruxelles, une personne sur trois vit avec un revenu inférieur au seuil de pauvreté.

Au début de la présente législature, le Gouvernement bruxellois a défini huit thématiques prioritaires et a fait du tissu associatif le relais privilégié des actions opérationnelles du Gouvernement francophone bruxellois. À cet égard, la Ligue des usagers des services de santé (LUSS) doit être considérée comme l'un de ces relais privilégiés, dans la mesure où cette fédération francophone des associations de patients et de proches regroupe près de 90 associations. La LUSS est leur porte-parole et œuvre pour l'accès à des soins de santé de qualité pour tous en valorisant la participation des usagers aux politiques de santé.

Avez-vous eu des contacts avec la Ligue des usagers des services de santé ? À quelles occasions, le cas échéant ?

*(M. Pierre Kompany, doyen d'âge, prend place au fauteuil présidentiel)*

Cette fédération est-elle associée à l'évaluation et/ou à la planification des politiques de santé à Bruxelles ? De quelle manière ?

Est-elle associée au Conseil consultatif de la santé et de l'aide aux personnes, par exemple ?

L'expertise de terrain de la LUSS est-elle mobilisée et soutenue à sa juste mesure ? À quelles questions a-t-elle déjà été associée ?

*(Applaudissements)*

**M. le président.-** La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH)-** La place de la LUSS a fait débat à plusieurs reprises. Ce que j'entends souvent, c'est un discours venu des mutualités, disant que ce sont elles qui représentent le mieux les patients dans les discussions et enjeux relatifs aux problématiques spécifiques de santé. Les mutualités estiment que la LUSS ne prend guère de responsabilités, puisqu'elle ne doit pas assurer de remboursement des soins, et que leur pertinence à elles, mutualités, est donc plus importante.

J'ai entendu ce discours à plusieurs reprises et je trouve que ce n'est pas juste à l'égard de la LUSS, qui rassemble une série d'associations et défend des discours spécifiques liés aux pathologies. À cet égard, elle a justement une pertinence forte. Elle est, entre autres, mobilisatrice de patients, et nombre d'entre eux se retrouvent plus dans ce combat, mieux identifié et qui colle davantage au leur, que dans le discours généraliste des mutualités.

Je soutiens donc l'interpellation de Mme Susskind.

**M. le président.-** La parole est à Mme Jodogne.

**Mme Cécile Jodogne, ministre.-** La participation active des personnes concernées et de la population dans son ensemble est devenue un principe qui traverse aujourd'hui les politiques de santé et les interventions de terrain, en Belgique comme ailleurs. Cela contribue à ce que certains nomment la « démocratie sanitaire ».

Si l'on ne conteste plus aujourd'hui ce principe, l'enjeu réside dans les modalités de sa concrétisation : comment se donner effectivement les moyens de l'organiser et, surtout, d'en tenir réellement compte dans les décisions ? Et comment ne pas pervertir ce principe en le transformant en une forme d'instrumentalisation des individus ?

Je suis particulièrement sensible à la participation des citoyens aux politiques de santé. Ces derniers peuvent, en fonction de ce qu'ils vivent, être des usagers de divers services, des patients, ou encore le public bénéficiaire des actions de promotion de la santé.

Dans la mise en œuvre des politiques de santé à la Commission communautaire française, je veille de manière permanente à l'accessibilité des services de santé, à la proximité avec les usagers - et parmi ceux-ci, les plus

vulnérables - et à l'adaptation de l'offre aux besoins de la population.

Le tissu associatif bruxellois est extrêmement riche et il est également attentif à ces questions. J'en veux notamment pour preuve les thèmes choisis par les services ambulatoires dans le cadre de la démarche d'évaluation qualitative (DEQ), rendue obligatoire pour chaque service agréé dans le cadre du décret relatif à l'ordre des services ambulatoires de 2009. Parmi ces thèmes, on trouve en bonne place l'accessibilité des services, l'accueil, mais aussi la connaissance et la participation des bénéficiaires.

Par ailleurs, le décret de promotion de la santé de 2016 met en évidence plusieurs stratégies prioritaires que sont notamment la participation des publics, la mobilisation communautaire ou encore le travail de proximité avec des publics spécifiques dans leur milieu de vie. Là aussi, la volonté est de donner toute sa place aux principes de participation, de proximité et même d'émancipation. Sur le terrain, les acteurs ont aussi à cœur de donner la parole aux usagers, et font preuve de beaucoup de créativité en la matière.

En santé mentale, l'appellation « experts du vécu », désormais courante, renvoie à la reconnaissance des personnes et de leur savoir d'expérience, et à l'utilité de ce savoir pour les professionnels et pour d'autres personnes qui vivent des situations comparables.

En promotion de la santé, la prévention par les pairs est une stratégie pertinente dans certains lieux de vie dont les codes et les coutumes, et donc aussi les manières efficaces d'y diffuser un message, sont bien mieux maîtrisés par le public que par les professionnels.

J'en viens plus précisément à vos questions.

Mon cabinet a eu différents contacts avec la LUSS depuis le début de la législature. Certains de ces contacts ont eu lieu conjointement avec les cabinets santé de mes collègues de la Commission communautaire commune. Plusieurs rencontres ont notamment porté sur la manière dont le rôle et le travail de la LUSS pourraient être valorisés dans le cadre de la promotion de la santé.

J'ai également participé à l'inauguration des locaux de l'antenne bruxelloise de la LUSS située à Schaerbeek le 11 octobre 2016. J'ai souligné à cette occasion l'importance de la participation des patients et des usagers aux politiques de santé qui les concernent.

Par ailleurs, la LUSS a été représentée au sein de différentes sections du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. Elle l'est aujourd'hui au sein de la section promotion de la santé, en tant que représentante des utilisateurs.

De manière générale, le fait d'associer les patients aux politiques qui les concernent est de plus en plus reconnu. Cette reconnaissance se traduit notamment par la présence de la LUSS au sein de diverses instances consultatives ou décisionnelles aux niveaux fédéral, régional, communautaire ou local. Les dix-neuf mandats détenus par la LUSS sont énumérés sur son site internet.

Cette reconnaissance se traduit également par différentes formes de soutien structurel : elle perçoit un subside important de la part du pouvoir fédéral, elle est reconnue comme organisme d'éducation permanente et bénéficie de divers subsides et d'aides à l'emploi.

Un soutien financier de la Commission communautaire française a été envisagé et j'y suis favorable, mais je souhaite que la LUSS puisse proposer un projet qui lui permette vraiment de s'inscrire dans le paysage santé de la Commission communautaire française et de Bruxelles. Les contacts se poursuivront avec cet acteur incontournable

dans les mois qui viennent afin de poursuivre la réflexion à ce sujet.

**M. le président.**- La parole est à Mme Susskind.

**Mme Simone Susskind (PS).**- Ce dialogue nous aura permis d'être mieux informés sur le processus. Nous le suivrons évidemment avec intérêt, car non seulement il s'inscrit dans l'air du temps, mais il vise aussi à répondre aux besoins des usagers de la santé.

**M. le président.**- L'incident est clos.

#### LETUDE DE L'INSTITUT INDEPENDANT DE RECHERCHE SUR LE LIEN ENTRE CANCER ET OBESITE

DE M. ANDRE DU BUS DE WARNAFFE

A MME CECILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE  
DE LA SANTE

**M. le président.**- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- Je reviens sur un sujet qui m'est particulièrement cher, à savoir le lien entre l'activité physique, le sport et la prévention ou la gestion du cancer. J'ai à plusieurs reprises fait référence aux études de cet institut de Stockholm précurseur dans l'identification des mécanismes de l'expression génétique dans certains cancers, et le lien établi avec l'activité sportive. Il a démontré que cette dernière pouvait jouer un rôle de prévention dans l'évolution du cancer.

Une nouvelle étude a été publiée le vendredi 23 mars par un grand institut britannique indépendant de recherche sur le cancer. Elle affirme que quatre cas de cancer sur dix pourraient être évités en adoptant un mode de vie plus sain. Mieux encore, plus de 135.000 cas de cancer pourraient être évités tous les ans, soit 2.500 par semaine, rien qu'au Royaume-Uni.

La recherche démontre que l'exposition au tabac et à sa fumée constitue le principal facteur de risque de cancer. On en dénombrait 54.000 au Royaume-Uni en 2015. À ce sujet, la principale auteure de l'étude, le docteur Katrina Brown, atteste le lien entre les cancers du poumon, de la vessie, de l'œsophage et de l'intestin avec le tabagisme. Le second facteur de risque est le surpoids, qui est d'ailleurs à l'origine de 22.800 cancers au Royaume-Uni.

L'obésité et le surpoids peuvent causer des types variés de cancer, dont celui de l'intestin, du sein, de l'utérus ou des reins. Selon le directeur général du Centre britannique de recherche sur le cancer, Harpal Kumar, si l'on n'y prête pas plus attention, l'obésité pourrait supplanter le tabac dans les vingt prochaines années.

Pour endiguer ce véritable danger pour la santé publique, les chercheurs préconisent d'adopter des modes de vie sains et d'éviter les produits nocifs pour la santé, tels l'alcool ou le tabac, afin de minimiser les risques. Ces choix relèvent de la responsabilité des consommateurs dont dépendent les changements de pratiques.

Avez-vous pris connaissance des résultats de cette étude ? Qu'en pensez-vous ? Comment comptez-vous articuler les résultats de cette recherche avec les futures campagnes de prévention du cancer, mais aussi du diabète et du tabac ?

Une concertation sur cette recherche au sein des groupes de travail de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique est-elle envisagée ?

Quels contacts entretenez-vous avec les ministres compétents de la Commission communautaire commune afin de développer une vision commune et globale sur ces enjeux de santé publique ?

Enfin, j'attire une nouvelle fois votre attention sur la nécessité d'un plan national de lutte contre le diabète. Des initiatives sont-elles prises dans ce domaine ?

**M. le président.**- La parole est à Mme Jodogne.

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- J'ai effectivement pris connaissance d'une synthèse de cette étude qui permet une actualisation des données établissant les liens entre certains déterminants et des pathologies de plus en plus fréquentes dans notre société.

Cependant, il me semble que les liens entre le tabagisme, l'obésité, le surpoids ou encore la consommation d'alcool sont bien établis depuis un certain temps. Je ne vois pas en quoi cette étude - dont je ne conteste pas l'intérêt scientifique - viendrait bouleverser les priorités fixées par le Gouvernement dans le Plan stratégique de promotion de la santé.

Je vous rappelle en effet que la promotion de comportements et d'environnements favorables à la santé, plus brièvement appelé « promotion des attitudes saines », est une des priorités de ce plan. Elle rassemble la promotion d'une alimentation saine et équilibrée, d'une activité physique régulière, de la diminution de la consommation d'alcool et de tabac. Elle intègre également un axe de réduction des inégalités sociales de santé puisque les divers groupes de population ne présentent pas les mêmes profils dans ces domaines.

Au sein des groupes de travail de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique, ces matières sont abordées : les aspects liés au tabac et à l'alcool sont traités au sein de la Cellule générale de politique drogues (CGPD) et les questions d'alimentation au sein d'un autre groupe de travail que j'ai fréquemment évoqué devant cette assemblée.

Concernant la concertation avec la Commission communautaire commune, vous n'êtes pas sans savoir que des concertations ont eu lieu depuis le début de cette législature afin d'articuler l'élaboration du Plan de promotion de la santé de la Commission communautaire française et celle du Plan santé de la Commission communautaire commune.

En ce qui concerne la question d'un plan diabète, au niveau fédéral, la priorité de la ministre de la Santé publique est la mise en œuvre du Plan conjoint en faveur des maladies chroniques, intitulé « Des soins intégrés pour une meilleure santé », et la mise en œuvre des projets pilotes découlant de ce dernier. La question du diabète est intégrée au même titre que d'autres pathologies.

Les priorités de la CIM de la santé publique ont été fixées en début de législature et sont déjà nombreuses.

À côté du plan en faveur des maladies chroniques que je viens de citer, il y a le protocole de prévention et les nombreuses thématiques qu'il renferme : cancers, hépatite C, santé sexuelle, alimentation, tuberculose, etc. Il me semble peu probable et sans doute peu pertinent d'inscrire une priorité supplémentaire à ce stade avancé de la législature. Afin de donner toutes ses chances à un éventuel plan ou du moins à une concertation interministérielle utile et efficace pour faire face à ce problème de santé publique important, il serait préférable d'ouvrir un tel chantier en début de législature. Si je suis prolongée dans mes fonctions lors de la prochaine législature, je ne manquerai pas d'inscrire à l'agenda ce type de problème.

**M. le président.**- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- Rien ne m'étonne dans votre réponse, mais je présume que rien non plus ne vous a étonnée dans ma question.

Je rappellerai donc autant de fois que nécessaire la demande inlassable formulée depuis plusieurs années par l'ensemble du secteur représenté au sein de l'Association belge du diabète (ABD) : la mise en place d'un plan national contre le diabète.

Je sais qu'il règne depuis longtemps une forme d'incompréhension entre le niveau fédéral et les acteurs qui œuvrent contre le diabète. Malgré les actions du niveau fédéral menées contre les maladies chroniques, on constate que le diabète augmente inéluctablement. Il est indéniable que cette situation donne davantage encore de pertinence à la mise sur pied, un jour, d'un plan national de lutte contre le diabète. Nous n'y échapperons pas.

**M. le président.**- L'incident est clos.

#### LE DEPISTAGE DU CANCER COLORECTAL ET LE FINANCEMENT DU CCR

DE M. ANDRE DU BUS DE WARNAFFE

A MME CECILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE  
DE LA SANTE

**M. le président.**- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- La sensibilisation au dépistage du cancer colorectal a fait l'objet d'une journée organisée le jeudi 29 mars dernier par le CHIREC, dans le cadre du mois international de la lutte contre le cancer colorectal. Je vous rappelle qu'il s'agit du deuxième cancer le plus fréquent chez la femme et le troisième chez l'homme, provoquant plus de neuf décès par jour en Belgique.

Ce colloque a noté que tous les Belges ne sont pas égaux dans l'accès au dépistage du cancer colorectal. Alors qu'en Flandre, un kit de dépistage est envoyé directement au patient dans sa boîte aux lettres, en Wallonie, seule une lettre d'information est envoyée. Quant à Bruxelles, lors d'une première participation, une lettre informative invitant le public cible à se faire dépister est envoyée au domicile de la personne afin de l'orienter vers son médecin généraliste, acteur central dans le processus de dépistage. Par la suite, tous les deux ans, le participant recevra un kit directement à son domicile.

Malheureusement, et malgré les dispositifs mis en place, Bruxelles reste toujours loin derrière la Flandre : 40% des tests positifs ne sont pas suivis d'une coloscopie. Selon le Dr Houbiers, membre fondateur de la Fédération liégeoise de cancérologie digestive, la sensibilisation est plus que jamais primordiale. C'est, je le cite, « le seul moyen de dépister davantage de cancers colorectaux à un stade précoce pour les traiter avec succès ».

Je voulais donc connaître, Madame la ministre, vos réactions par rapport à ces mesures de dépistage.

Quels ont été les dispositifs mis en place pour que les médecins généralistes accueillent le kit d'une façon plus positive ?

Avez-vous eu un retour des acteurs de terrains sur cette nouvelle mesure de dépistage ?

Votre objectif en 2017 était d'atteindre les 25% de participation dans le cadre du programme de dépistage organisé, avez-vous atteint cet objectif ?

Envisagez-vous de continuer ce système ou de le modifier ? Si oui, comment ?

Envisagez-vous d'adopter le même modèle que la Flandre ?

Quelles réflexions sont menées au niveau de la Commission communautaire commune et de la VGC afin que les complexités institutionnelles ne nuisent pas à la santé des citoyens bruxellois ?

Enfin, j'aimerais revenir sur le financement du centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers, qui a été diminué de moitié. Le financement porterait non plus sur un an mais sur six mois et viserait à assurer la continuité du programme de dépistage du cancer colorectal dans notre Région en attendant la mise en place d'un nouveau programme pilote au cours de l'année 2018. De quoi s'agit-il ? Quel est ce nouveau programme pilote ?

**M. le président.-** La parole est à Mme Jodogne.

**Mme Cécile Jodogne, ministre.-** Le dépistage du cancer colorectal, ou cancer de l'intestin, constitue l'une des trois priorités de la Commission communautaire française en matière de médecine préventive. Les deux autres sont le dépistage du cancer du sein et la prévention et le dépistage de la tuberculose.

Comme vous le rappelez, les programmes bruxellois et wallon sont différents du programme flamand. Ce dernier présente les taux de couverture les plus élevés si l'on compare les trois Régions du pays. La Commission communautaire française a hérité du programme mis en place en 2009 en Fédération Wallonie-Bruxelles à l'initiative de la ministre de la Santé de l'époque, Catherine Fonck. Pour le moment, la Commission communautaire française contribue au financement du Centre communautaire de référence pour couvrir les frais relatifs à la part bruxelloise du programme, qui a été évaluée à un quart du coût total du programme francophone. Pour l'année 2017, ce financement a été de 230.000 euros.

La participation au programme a évolué progressivement au cours des années. À Bruxelles, la participation moyenne au cours de l'année 2017 a été de 12,5%. C'est un taux proche de celui enregistré dans certaines provinces wallonnes, comme celle de Liège ou du Hainaut. Aucune province en Wallonie n'atteint le taux de 25%. Le taux de couverture est effectivement insuffisant, même si des progrès ont été enregistrés au cours de l'année 2017.

Dans votre interpellation, vous évoquez la nouvelle mesure de dépistage que représente le test immunologique ou test IFOBT (Immunochemical Fecal Occult Blood Test), qui a remplacé le test au gâïac, ou test GFOBT (Guaiac Fecal Occult Blood Test) en 2016. J'ai décidé à cette époque d'augmenter les moyens alloués à ce programme pour financer ce nouveau test. Ce changement a permis de simplifier la procédure du test pour ses utilisateurs et d'augmenter l'adhésion de ceux-ci au programme.

Monsieur du Bus de Warnaffe, je me permets de rectifier l'un des éléments de votre interpellation. Le Centre communautaire de référence (CCR) attire en effet mon attention sur le fait que les données relatives aux coloscopies réalisées à la suite d'un test positif se situent aux alentours des 75% au cours des années précédentes. Le pourcentage de 60% pour l'année 2017 est dû au fait qu'il faut parfois plusieurs mois pour que les patients réalisent une coloscopie. Ce pourcentage est donc amené à évoluer à la hausse par la suite. Tout ceci représente des sous-estimations, puisqu'il n'existe pas à l'heure actuelle de registre des coloscopies. Des discussions entre l'État fédéral et les entités fédérées sont en cours pour envisager la mise en place d'un tel registre. Le faible taux de coloscopies est donc toutefois à relativiser.

Depuis le début de cette législature, et au départ à l'initiative de mon cabinet, des concertations ont eu lieu et se poursuivent encore avec la Vlaamse Gemeenschap et la Commission communautaire commune. Il s'agit de prendre acte des résultats du programme de dépistage en cours et d'envisager, sur cette base, les modalités d'un programme bruxellois qui permettrait de surmonter les difficultés rencontrées par le dispositif existant. Les opérateurs de

dépistage que sont le CCR et Brumammo sont associés à ces discussions, qui se nourrissent largement de leur expertise et de leur expérience.

C'est ainsi que nous souhaitons, dès cette année 2018, mettre en place un programme pilote novateur. Celui-ci serait coordonné par un opérateur bruxellois, Brumammo, qui délèguera certaines activités du programme au CCR. Cette approche permet de ne pas créer de doublons et de profiter de l'expertise du CCR.

Le programme pilote prévoit de mettre les kits de dépistage à disposition du public cible via les pharmacies. Les personnes concernées recevront, comme auparavant, un courrier les invitant à se procurer le kit.

Les médecins généralistes joueront toujours un rôle dans ce nouveau programme, pour tous les patients ayant un médecin de référence. Le nouveau programme permettra notamment de toucher les personnes qui n'ont pas de médecin généraliste attiré, ce qui est fréquent à Bruxelles. Une campagne de communication sera organisée afin de sensibiliser le public et les relais potentiels de ce programme.

Nous espérons un démarrage avant la fin de cette année, mais vous vous doutez bien que le lancement de ce type de projet nécessite un travail de préparation, de réflexion et de concertation très important.

La Commission communautaire française et la Commission communautaire commune cofinanceront ce programme et des discussions assez avancées avec la Vlaamse Gemeenschap me donnent bon espoir quant au fait qu'un soutien pourrait aussi venir de ce côté. Un autre volet de ce projet consistera à articuler ce programme avec le dispositif de promotion de la santé, avec le souci de réduire les inégalités dans l'accès au dépistage.

Il s'agit donc de tester ce nouveau dispositif et de l'évaluer. Notre objectif est d'améliorer la couverture tout en gardant une maîtrise des coûts.

Le modèle flamand, s'il permet une couverture importante, représente un coût considérable. S'il était appliqué à Bruxelles, le budget existant devrait être au moins doublé. De plus, il n'est pas inutile de rappeler que beaucoup de tests effectivement diffusés en Flandre - à peu près la moitié - ne sont pas utilisés, ce qui représente une perte non négligeable. Si cette méthode était appliquée à Bruxelles, étant donné la plus grande mobilité de la population de la capitale, sa diversité de langues et de cultures, les proportions de kits non utilisés seraient sans doute encore plus importantes. Cela ne me paraît donc pas constituer une approche optimale pour Bruxelles.

J'estime que le projet pilote dont je vous ai parlé est une tentative prometteuse pour améliorer la couverture et que l'implication des différentes autorités dans ce projet est un signal important pour toutes les Bruxelloises et tous les Bruxellois. Je serai évidemment très attentive aux résultats de l'évaluation de la phase pilote.

**M. le président.-** La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).-** Je remercie la ministre pour ces informations très éclairantes. Sa réponse permet de mieux comprendre le programme tel qu'il va se dérouler. La création de ce registre est un élément important dans le suivi épidémiologique de ce type de cancer.

**M. le président.-** L'incident est clos.

## QUESTION ORALE

**M. le président.-** L'ordre du jour appelle la question orale de M. du Bus de Warnaffe.

**LA DECOUVERTE DE NOUVEAUX TYPES DE DIABETE  
PAR DES CHERCHEURS DE L'UNIVERSITE DE LUND EN SUEDE**

**DE M. ANDRE DU BUS DE WARNAFFE**

**A MME CECILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE  
DE LA SANTE**

**M. le président.**- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- J'ai lu dernièrement dans la presse que des chercheurs de l'université de Lund, en Suède, proposaient d'abandonner la classification du diabète en deux types, qu'ils considèrent comme trop simpliste.

Vous le savez, le diabète de type 1 touche environ 10% des cas et apparaît chez l'enfant et le jeune adulte. Il est la conséquence d'une production insuffisante d'insuline. Le diabète de type 2, plus fréquent, est principalement dû à un manque d'exercice physique, à une surcharge pondérale et à des problèmes d'alimentation.

Pour arriver à leurs conclusions, les chercheurs ont analysé les données de 14.775 patients diabétiques adultes. Ils ont utilisé six mesures différentes pour créer de nouvelles catégories de diabète : l'âge au moment du diagnostic, l'indice de masse corporelle, l'hémoglobine glyquée, la production d'insuline dans les cellules bêta du pancréas, la résistance à l'insuline et enfin la présence d'auto-anticorps dirigés contre les cellules bêta.

Afin de compléter ces analyses, ils ont également tenu compte des caractéristiques génétiques de chaque patient, ainsi que de l'évolution de la maladie, sa prise en charge et ses complications.

Les résultats de la recherche, publiés dans la revue spécialisée The Lancet, soumettent ainsi l'idée d'affiner la classification actuelle en cinq catégories distinctes, trois sévères et deux plus modérées. La première de ces nouvelles catégories correspond au diabète de type 1, les quatre autres constituent des sous-groupes du diabète de type 2, avec chacun des caractéristiques particulières.

L'une des catégories se caractérise par un risque supérieur de rétinopathie. Une autre concerne des patients obèses et est marquée par une importante résistance à l'insuline, accompagnée d'un risque élevé d'atteinte rénale. Quant aux deux catégories moins sévères, la première regroupe des patients obèses qui développent la maladie à un jeune âge et la seconde et dernière catégorie concerne le groupe le plus nombreux, celui des patients plus âgés.

Comme vous le savez, le diabète représente un problème de santé majeur. D'ici 2050, un Belge sur trois en sera atteint. Il est d'autant plus intéressant de prendre en considération les résultats de cette étude que les chercheurs soulignent que la classification n'a pas évolué depuis vingt ans. En outre, cette nouvelle classification permettrait d'affiner les traitements et d'identifier les patients qui présentent le risque le plus élevé de complications, afin de pouvoir les suivre de manière spécifique.

J'aurais donc aimé savoir, Madame la ministre, si vous aviez pu prendre connaissance des résultats de cette étude, ce que vous en pensez, si vous comptiez prendre ces résultats en considération dans le cadre de futures campagnes de prévention et de dépistage du diabète et si vous en avez discuté avec les acteurs du secteur, notamment le Réseau santé diabète. Une discussion sur cette recherche est-elle envisagée au sein des groupes de travail de la conférence interministérielle de la santé publique ?

**M. le président.**- La parole est à Mme Jodogne.

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- J'ai effectivement pris connaissance d'une synthèse des résultats de cette étude et

de commentaires formulés à son propos dans des revues scientifiques. Toute avancée permettant de mieux connaître le grave problème de santé publique qu'est le diabète est évidemment positive, et cette étude va vraisemblablement dans ce sens.

Des spécialistes de la question m'ont cependant informée du fait qu'il existait déjà certaines sous-catégories avant la parution de ladite étude. Ces résultats devront être discutés au sein de la communauté scientifique et leur validité pour d'autres populations devra être analysée avant d'en tirer des implications générales.

En effet, un article scientifique, aussi crucial soit-il, ne fait pas une politique. Les organismes de santé publique internationaux doivent s'en saisir pour en déduire les implications éventuelles en matière de prévention, de diagnostic et de soins.

En ce qui concerne plus spécifiquement mes compétences, j'estime pour l'instant que les priorités du Plan de promotion de la santé en matière de promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière restent pleinement d'actualité.

Les auteurs de l'article évoquent d'ailleurs les implications de leurs résultats en termes de traitement précoce dans le domaine de la médecine de précision. Le plan que je mets en œuvre s'attache bien plus aux déterminants de problématiques de santé telles que le diabète et ses liens avec le surpoids et l'obésité, notamment.

**M. le président.**- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- Je comprends bien qu'un article scientifique ne détermine pas une politique. C'est vrai.

Ceci étant, ce que j'ai trouvé de particulièrement intéressant dans cet article, c'est qu'il permettait de mettre le doigt sur une réalité vécue par des patients diabétiques qui ne comprennent pas toujours comment le traitement qui leur est proposé peut différer d'un patient à l'autre et la façon dont leur diabète évolue car il y a peu de mots qui sont aujourd'hui proposés pour décrire cette réalité.

C'est cela qui est intéressant : aujourd'hui, on peut mettre des mots sur des réalités vécues de façon différente par des patients diabétiques et on apprend que ce vécu diabétique pourrait répondre à une nouvelles classification. La lecture de cette étude est intéressante car elle permet précisément aux patients à la fois de mieux comprendre ce qu'ils vivent, de prendre en charge leur maladie et de prévenir une série de conséquences pathologiques qui surviennent de façon différenciée.

Comme toutes les études, la présente étude va vivre et donner sans doute lieu à d'autres études. Progressivement, les choses vont s'affiner. Il est donc intéressant que le politique soit informé et puisse anticiper certaines choses.

**INTERPELLATIONS (SUITE)**

**M. le président.**- L'ordre du jour appelle l'interpellation de Mme Moureaux.

**LE PROJET DE MAGGIE DE BLOCK D'ADAPTER LE FORFAIT  
SUITE A L'ETUDE KPMG SUR LES MAISONS MEDICALES**

**DE MME CATHERINE MOUREAUX**

**A MME CECILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE  
DE LA SANTE**

**M. le président.**- La parole est à Mme Moureaux.



**Mme Catherine Moureaux (PS).**- Ayant constaté que le budget consacré aux maisons médicales au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) était passé en dix ans de 44 millions à 152 millions d'euros, la ministre de la Santé Maggie De Block entendait vérifier si « les fonds étaient bien dépensés ». Elle a donc commandé un audit à KPMG sur ce sujet, faisant fi des données accumulées et de la technique d'enquête pourtant bien établie par les mutuelles, le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) et les équipes universitaires.

KPMG est probablement un auteur de rapports légèrement orienté, mais je suis préoccupée du fait que la ministre poursuive dans sa volonté de modifier le financement au forfait à la suite de la réalisation de ce même audit. Une modification du forfait a déjà eu lieu il y a quelques années - il y en a régulièrement - dans le but de s'adapter à la pratique des maisons médicales. Une telle mesure est assez délicate, car elle peut modifier considérablement le travail des équipes déjà en place.

Suivant une procédure relativement classique, la ministre a ainsi chargé une commission de lui soumettre des propositions de modification. Elle entend viser les maisons médicales au forfait, où la solidarité s'exerce entre patients et où un patient peut recevoir les soins de base - médecine générale, kinésithérapie, actes infirmiers... - gratuitement ou presque.

Dans cette formule, pour chaque patient inscrit, l'INAMI réserve un financement forfaitaire mensuel grâce auquel un citoyen peut bénéficier de consultations en médecine curative ou préventive. Grâce à ce financement, la maison médicale peut organiser d'autres types d'activités de promotion de la santé, de santé communautaire, etc.

L'audit évoque un « surfinancement » de ces structures : « Actuellement, le coût total par patient (soins médicaux, logistique, administration, infrastructure, etc.) s'élève à 396 euros par patient, tandis que les maisons médicales bénéficient au total de 455 euros par patient via différentes sources de financement. ». KPMG donne une lecture tout à fait partielle de la situation. Pour rappel, le rapport 2008 du KCE, fruit d'un travail collaboratif entre trois universités et sous la tutelle de ce dernier, comptait le double de pages et reposait sur des données réelles issues des bases de données des mutuelles, et pas sur des témoignages.

Le rapport 2008 de KCE attachait une grande importance à distinguer les économies réalisées en deuxième ligne de par l'investissement fourni en première ligne par des soins intégrés, globaux, etc. C'était là l'un des éléments majeurs de la réflexion.

Évidemment, la phrase de l'audit que je viens de citer ne peut pas être lue seule. Elle doit être comprise de la sorte : lorsqu'on investit dans la première ligne, les répercussions sont tout à fait favorables, en termes financiers et de qualité, pour les autres lignes de soins. On ne peut donc pas isoler l'investissement consenti dans les maisons médicales des investissements consentis dans les autres niveaux de soins.

*(Mme Julie de Groot, présidente, reprend place au fauteuil présidentiel)*

Passer de 44 millions à 152 millions d'euros en dix ans montre un très grand intérêt pour de tels soins globaux intégrés et inclusifs. Cet intérêt est reconnu non seulement par les patients qui choisissent cette manière d'être soignés, mais aussi par les professionnels pour lesquels cette façon de prodiguer les soins répond à une série de difficultés telles que l'organisation de la garde ou l'équilibre entre vie professionnelle et vie privée.

Le cabinet de la ministre De Block annonçait des propositions d'adaptation pour ce 26 avril. Sauf erreur de ma part, je n'ai rien vu. Je ne suis pas sûre qu'il ait tenu ce calendrier. Ces propositions d'adaptation devraient répondre

aux lignes directrices définies par la ministre, à savoir « l'actualisation du cadre réglementaire, le financement, la transparence et la surveillance de la qualité ».

Vu l'importance des maisons médicales à Bruxelles pour l'accès aux soins, en particulier pour les personnes en situation de précarité, très nombreuses, ou celles souffrant de maladies chroniques, également présentes en nombre, il est primordial, pour le groupe socialiste, que vous portiez la lecture propre à notre ville-région au sein des instances qui travaillent sur ces questions d'actualisation du forfait.

Avez-vous été associée à ces discussions ? Avez-vous au moins été informée de leur contenu ?

Avez-vous une image claire de l'impact des modifications du forfait sur la situation en Région bruxelloise ?

Sachant que vous êtes chargée d'organiser la programmation et que vous êtes confrontée au manque, actuel et futur, de généralistes dans certains quartiers de la capitale et au besoin accru de soins intégrés, ces préoccupations sont-elles prises en compte par le groupe de travail et la ministre fédérale de la Santé ?

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.**- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- Madame la ministre, lors de notre dernière discussion, vous aviez dit que vous alliez envoyer un courrier à Mme De Block. A-t-elle tenu compte des remarques que vous lui aviez adressées dans ce courrier ? Vous aviez aussi souhaité que vos cabinets respectifs se rencontrent et collaborent. Cette collaboration a-t-elle été instaurée ?

En outre, lorsque je vous avais interrogée sur l'agrément de deux maisons médicales par la Commission communautaire française, vous aviez répondu que vous deviez encore fixer les critères d'agrément. Ces critères sont-ils désormais fixés ?

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- Ainsi que vient de le rappeler M. du Bus de Warnaffe, nous avons eu amplement l'occasion, en janvier et février, de discuter de l'audit et de ses conséquences sur les maisons médicales au forfait. Ce fut en effet un débat assez long et très complet. Je ne retracerai donc pas ici tout l'historique de ce dossier et je répondrai directement à vos questions.

Lors de la dernière réunion de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique du 26 mars, j'ai interrogé la ministre sur ses intentions et sur son calendrier. Je lui ai également fait explicitement la demande de tenir la CIM au courant de l'évolution du dossier. J'ai en outre fait part de mon souhait de concertations bilatérales entre son cabinet et le mien, justement pour tenir compte des spécificités bruxelloises que vous évoquez. Cette demande n'a pour le moment pas été suivie d'effet et nous allons donc la réitérer.

Comme je l'avais évoqué en février devant vous, un groupe de travail mixte composé du comité de l'assurance et de la commission forfait a été constitué afin de formuler des recommandations sur la base du rapport d'audit de KPMG. La Fédération des maisons médicales et des collectifs de santé francophones (FMMCSF) y était représentée.

Ce groupe de travail a élaboré un document qui sera transmis à la ministre fédérale la semaine prochaine. Il est sous embargo et je n'y ai donc pas accès. Je ne sais donc pas si ce document aborde la situation spécifique de Bruxelles. Le rapport de KPMG abordait quant à lui certaines des spécificités que j'ai eu l'occasion d'évoquer lors d'une interpellation de février sur le même sujet. Je vous renvoie au rapport de cette séance pour de plus amples informations.

D'après mes informations, qui émanent du secteur, le rapport du groupe de travail constitue un compromis acceptable pour les parties représentées, et donc notamment pour la FMMCSF. La grande question sera donc de savoir si, et dans quelle mesure, la ministre tiendra compte des recommandations formulées dans ce document.

En ce qui concerne vos questions complémentaires, Monsieur du Bus de Warnaffe, je ne dispose pas d'éléments d'information nouveaux par rapport aux réponses que je vous ai fournies en février dernier.

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Moureaux.

**Mme Catherine Moureaux (PS).**- Une question me vient à l'esprit immédiatement en vous entendant. Vous n'avez pu, malheureusement, être tenue au courant en tant qu'acteur institutionnel fort dans ce dossier. Pourrez-vous dès lors jouer un rôle et influencer la décision de la ministre fédérale par rapport aux conclusions de la commission ?

Il lui est en effet déjà arrivé de ne pas suivre les rapports des commissions, notamment dans le dossier de la programmation des numéros INAMI. Ce n'est d'ailleurs pas le seul dossier dans lequel elle a agi de la sorte. Pourrez-vous jouer un rôle favorable, en tant qu'acteur institutionnel, pour faire pencher la balance dans le bon sens ?

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- Je suis intervenue lors des conférences interministérielles en insistant sur les spécificités bruxelloises, en demandant que l'on puisse en tenir compte. C'est également pour cette raison que mon cabinet veille à recevoir des informations du secteur, pour voir s'il faut intervenir.

Cependant, il s'agit d'un groupe de travail composé du Comité de l'assurance soins de santé et de la Commission forfait. Ce sont des compétences fédérales et je ne peux donc légitimement pas m'imposer dans le débat. Il s'agit plutôt de nouer des contacts et de revenir sur les nécessités de tenir compte des spécificités bruxelloises. La fédération semble estimer que c'est un compromis acceptable. J'espère donc qu'il sera adopté également par la ministre lorsqu'elle prendra ses décisions.

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Moureaux.

**Mme Catherine Moureaux (PS).**- Vous avez tout mon soutien dans ce travail, car vous travaillez très bien dans cette matière.

Je vous propose tout de même d'évaluer l'idée suivante : vous pourriez légitimement, selon moi, demander tout à fait officiellement un poste d'observateur au sein de la Commission forfait. En effet, au fond, il s'agit tout de même d'une matière intimement liée à l'exercice de vos compétences à la Commission communautaire française.

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- Nous verrons si c'est possible.

**Mme la présidente.**- L'incident est clos.

#### LA PREVENTION, LA PRISE EN CHARGE ET L'HEBERGEMENT DES VICTIMES EN SITUATION DE MARIAGES FORCÉS

DE MME FATOUMATA SIDIBE

A MME CELINE FREMAULT, MINISTRE EN CHARGE  
DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Sidibé.

**Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).**- Je reviens vers vous avec un sujet qui me tient particulièrement à cœur et qui a déjà fait l'objet de nombreuses interpellations.

Au mois de mars, le Parlement francophone bruxellois a organisé un Jeudi de l'hémicycle sur le thème des mariages forcés et des violences liées à l'honneur. À cette occasion, plusieurs associations, experts et membres de la police ont pris la parole pour exposer en détail les difficultés auxquelles ils sont confrontés au quotidien. J'ai déjà eu l'occasion de relayer certaines d'entre elles.

J'aimerais faire le point avec vous sur cette question. Je connais votre engagement en la matière, mais au vu des remarques du secteur, j'aimerais que vous m'indiquiez les moyens que vous envisagez de mettre en place pour renforcer la prévention et la prise en charge des victimes. Les chiffres sont là : depuis que la plage horaire du Réseau mariage et migration a été élargie, le nombre d'appels a doublé entre 2016 et 2017, pour atteindre environ 60.000. Et ce n'est que la partie émergée de l'iceberg.

Lors de cette matinée, la coordinatrice de la Plate-forme liégeoise contre les mariages forcés et les violences liées à l'honneur a indiqué que depuis 2012, 130 personnes, la plupart mineures, auraient été accompagnées. Cette plate-forme travaille évidemment dans un cadre bien spécifique, avec des victimes, souvent jeunes, de violences physiques, psychologiques, économiques et sexuelles.

Nous connaissons les chiffres communiqués par l'inspectrice principale de la section famille et jeunesse de la zone de police Bruxelles-Nord. Entre 2010 et fin 2013, les services de police ont enregistré 56 cas, dont neuf à Mons, cinq à dix à Gand et un peu moins de dix en Région bruxelloise. Beaucoup de victimes sont des mineures en danger.

Parmi les points mis en exergue figure la question de la formation des professionnels du secteur. De nombreuses avancées ont bien sûr été réalisées en la matière mais il reste beaucoup de travail à faire pour familiariser les professionnels des différents secteurs avec la prévention, la détection, les besoins des victimes et la victimisation secondaire.

Les différents intervenants issus des secteurs de la médecine, de la petite enfance et de l'assistance sociale ont fait part de l'insuffisance de leur formation dans ce domaine. Pourtant, ils sont confrontés à des situations où des mariages forcés pourraient être détectés. Ce manque de formation peut mener à une prise en charge inadéquate et les victimes de mariages forcés se retrouver livrées à elles-mêmes.

Soulignons que la plupart des mariages forcés surviennent à la fin des études secondaires, lorsque les jeunes filles ont entre 13 et 18 ans. Il y a une dizaine d'années déjà, le monde de l'enseignement faisait état de disparitions de jeunes filles, victimes de mariages forcés, d'absences et de situations difficiles au niveau psychologique. Il est donc important de sensibiliser aussi le monde de l'enseignement. Souvent, le temps des vacances sert à programmer de pareils mariages. Il est donc urgent d'agir.

En ce qui concerne les différences violences évoquées, une certaine méconnaissance mais aussi le relativisme culturel poussent quelques intervenants à évoquer la culture, la tradition et la religion pour s'abstenir d'agir. Les formations sont donc vraiment importantes à cet égard.

Il est vrai que le Réseau mariage et migration effectue un travail extraordinaire en dispensant des formations.

Mais, selon ses propres dires, cette initiative est loin d'être suffisante. Selon lui, il faudrait former correctement l'ensemble des acteurs confrontés à cette problématique.

La question de l'hébergement spécifique est un autre point important qui a été souligné. Les victimes sont confrontées à un moment ou à un autre à cette question de l'hébergement, et en particulier à la pénurie d'hébergements. Bien souvent,

les structures existantes sont prioritairement destinées à un public de femmes victimes de violences intrafamiliales.

La pénurie est réelle, bien sûr, mais souvent, les conditions d'accès sont également difficiles. De nombreuses négociations sont organisées à Bruxelles ou en Wallonie - où les victimes sont régulièrement envoyées -, ce qui accroît le stress que les victimes et le monde associatif ont déjà du mal à gérer.

En outre, les maisons d'accueil ne sont pas toujours adaptées à un public de jeunes filles qui ne se reconnaissent pas dans ces lieux, sur le plan des horaires ou de la discipline. Il est donc important qu'elles puissent être accompagnées à un moment de leur vie où elles se trouvent dans des situations de rupture familiale très dures à vivre.

La nécessité de déposer plainte pour accéder aux hébergements est une autre question abordée. Cette condition, parfois sine qua non, est très contraignante pour des victimes qui sont déjà traumatisées psychologiquement et qui n'ont pas forcément envie de porter plainte contre leur famille. Ce qu'elles veulent, c'est que la violence s'arrête. Elles ont également peur des représailles.

Ce procès-verbal parfois exigé est vraiment une contrainte très forte. Souvent, il est indispensable, notamment dans le cas des mineurs, pour que les associations interviennent de manière appropriée.

Le secteur demande un hébergement spécifique pour ces victimes. En 2010, j'avais déposé une proposition de résolution en la matière, qui avait été jugée prématurée. Il avait été demandé de laisser le plan mis en place se poursuivre, d'effectuer une évaluation et d'attendre que le secteur prenne position sur le sujet. Il l'a désormais fait sans ambiguïté.

Vous connaissez toutes ces difficultés. Bien sûr, la Région a signé la Convention d'Istanbul sur la prévention et la lutte contre la violence à l'égard des femmes et la violence domestique. Cet instrument juridiquement contraignant est doté d'un mécanisme de suivi, mais également de protection et de poursuite des auteurs.

Le Gouvernement n'a pas attendu la ratification de cette convention pour avancer. La lecture des différents plans d'action national et intrafrancophone indique bien que de nombreux aspects ont déjà été mis en conformité. Il reste néanmoins du chemin à parcourir. Ce texte demande aux États membres de prendre des mesures efficaces contre ces formes de violence.

Prochainement, la Belgique sera amenée à rédiger un rapport sur la mise en œuvre de la Convention d'Istanbul. Le milieu associatif a mis en évidence certains points, notamment la question des mineurs qui n'est pas de votre compétence mais est assez sensible.

La question de la non-reconnaissance des mariages forcés dans le cadre des demandes d'asile est également un élément important : parfois, les maisons d'accueil sont confrontées à des femmes sans papiers demandant l'asile, n'osant pas porter plainte de peur d'être dénoncées ou arrêtées et ne bénéficiant pas toujours d'un accès à des refuges, faute d'argent. Il arrive toutefois que le monde associatif prenne en charge ces victimes malgré les coûts d'hébergement.

De nombreuses avancées ont été obtenues, mais la politique en la matière doit être davantage concertée pour pouvoir mieux tenir compte des réalités du terrain.

Madame la ministre, je connais votre engagement en la matière. Compte tenu des remarques du secteur, je voudrais connaître les moyens que vous comptez déployer pour renforcer la prévention, ainsi que la prise en charge et l'accompagnement des victimes.

Pourriez-vous également me dresser un inventaire des actions entreprises afin de satisfaire aux exigences de la Convention d'Istanbul, dans les limites de vos compétences ?

La question de l'hébergement reste cruciale. Malgré des moyens que nous savons limités, une autre maison d'accueil a vu le jour et les choses paraissent donc progresser. Néanmoins, je voudrais savoir si, à moyen et long terme, la possibilité de créer de nouvelles places d'accueil spécifiques pour les victimes de mariages forcés existe. Est-ce envisageable et est-ce sur la table des discussions ?

Enfin, des pistes sont-elles envisagées pour améliorer la qualité, l'offre et la régularité des formations déjà dispensées aux acteurs de terrain ?

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.-** La parole est à Mme El Yousfi.

**Mme Nadia El Yousfi (PS)-** J'ai pu participer au début du mois de mars au Jeudi de l'hémicycle auquel ma collègue a fait référence, consacré aux mariages forcés et aux violences faites aux femmes. Je partage donc tout naturellement ses questionnements. Cette séance, très fructueuse, nous a permis de rencontrer des associations actives sur le terrain et d'avoir d'intéressants échanges sur des pistes de solution viables et durables.

Nous avons aussi le sentiment que peu d'éléments nouveaux ont été apportés aux différentes questions soulevées et que peu d'actions concrètes ont été entreprises. En disant cela, je ne cherche nullement à contester l'intérêt de Mme la ministre pour cette matière ni les diverses actions engagées. Cependant, nous devons poursuivre ce combat essentiel, multiplier les initiatives et soutenir le secteur.

Dans le prolongement de cette journée, nous avons organisé, au sein de la Commission des affaires sociales du Parlement francophone bruxellois, des auditions des acteurs de terrain pour collecter le plus d'informations possibles sur la situation actuelle et examiner comment aider concrètement le travail des associations. Nous avons notamment entendu le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS), le Réseau mariage et migration ainsi que des représentants de la police.

À cette occasion, j'ai proposé de visiter le centre d'accueil « 320 rue Haute ». L'ensemble des membres de la commission s'y rendront le mardi 15 mai dans l'après-midi. Ce centre pluridisciplinaire de planification familiale et de santé sexuelle a inauguré il y a quelques mois son propre centre de prise en charge des violences sexuelles, en ce compris les mariages forcés. Ouvert sept jours sur sept et 24 heures sur 24, il a pour objectif d'améliorer la prise en charge globale des victimes de violences sexuelles et conjugales en collaborant avec des acteurs médicaux, psychosociaux, policiers et judiciaires.

Pour ne prendre que l'exemple de la police, j'interpellais régulièrement, il y a quelques années, sur le problème de l'accueil de première ligne dans les commissariats. En entendant cette inspectrice, on constate que la sensibilisation, la prise en charge et surtout la conscientisation sont bien réelles dans certains commissariats. Il faut le souligner.

D'autres possibilités de partenariats existent. Je m'interroge également au sujet des violences et des mariages forcés subis par les femmes migrantes qui, dans de nombreux cas, ne sont pas encore régularisées et doivent donc bénéficier d'un encadrement particulier. Comme l'a dit Mme Sidibé, ce n'est pas de votre compétence, mais ce qui nous intéresse, c'est de porter une attention particulière à plusieurs points. Les différents chiffres sont souvent au-dessous de la réalité dans le cas des femmes en possession de documents en règle ; pour les femmes non régularisées, la réalité est encore tout autre. Il faut donc leur donner la possibilité de porter plainte, d'être prises en charge, hébergées... Avez-

vous prévu un accompagnement particulier pour ces femmes qui se trouvent en position de grande détresse ?

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.-** La parole est à Mme Plovie.

**Mme Magali Plovie (Ecolo)-** Je veux surtout m'associer aux deux interpellations précédentes. En effet, lors d'un Jeudi de l'hémicycle, nous avons pu entendre et rencontrer les acteurs du secteur. Sur la base de cette rencontre, nous avons proposé de mener des auditions à la Commission des affaires sociales afin d'établir le lien avec la Convention d'Istanbul. Cela nous semblait important puisqu'un rapport sera établi. Nous voulions donc suivre l'évolution de ce processus.

Quant au centre cité par Mme El Yousfi, il importe d'y organiser une visite. Une précédente visite a déjà eu lieu, à laquelle des parlementaires ont participé. En outre, la question doit être abordée à différents niveaux de pouvoir, dont la Région. C'est la raison pour laquelle j'ai interpellé le ministre-président en tant qu'il est chargé des Pouvoirs locaux. En effet, ce centre répond de façon complète à la problématique des femmes victimes de violences, mais d'autres commissariats n'y sont pas suffisamment préparés et ne peuvent donc pas fournir d'accompagnement global.

Les victimes sont donc systématiquement renvoyées vers le centre qui, à un moment donné, ne pourra plus répondre à la demande. Il convient donc d'envisager l'extension de cette expérience à d'autres zones de police et de mener une telle réflexion sur l'ensemble du territoire. Nous poursuivrons nos travaux sur le mariage forcé et les violences faites aux femmes dans le cadre de la Commission des affaires sociales, mais aussi à d'autres niveaux de pouvoir.

**Mme la présidente.-** Les premières auditions auront lieu le 22 mai. Le GAMS (Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles) sera présent lors de la visite du centre « 320 rue Haute » le 15 mai.

**Mme la présidente.-** La parole est à Mme Fremault.

**Mme Céline Fremault, ministre.-** Les mariages forcés constituent en effet, comme tous les intervenants l'ont souligné dans le cadre de cette interpellation, une forme de violence intrafamiliale grave qu'il est particulièrement difficile de quantifier, d'autant plus que la thématique s'étend à des mariages contraints ou subis aux mariages arrangés, voire aux mariages blancs, aux mariages gris et même aux mariages dits « thérapeutiques », organisés par des familles afin qu'une bouée de secours soit offerte, en la personne d'une épouse, à un jeune homme qui présente des comportements délictueux, des addictions à la drogue, voire des problèmes psychiatriques.

Information intéressante qui peut vous servir dans le travail que vous effectuez, la dernière grande étude sur la thématique des mariages forcés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale a été réalisée par l'Université libre de Bruxelles (ULB) à la fin de l'année 2012, et ce à la demande de Joëlle Milquet. Outre le fait que de telles unions sont en soi inacceptables, la pratique des mariages forcés est souvent lourde de conséquences dramatiques pour les victimes, telles que l'isolement, l'arrêt de la scolarité, des problèmes psychologiques, des grossesses chez les adolescentes, la violence conjugale, voire une répudiation par la famille.

L'existence d'une définition légale du mariage forcé, sur le plan pénal, ne suffit pas. On se trouve là face à un chiffre extrêmement inquiétant.

Comme le relève précisément l'étude précitée, une meilleure appréhension de la réalité des mariages forcés nécessite, en effet, que les victimes puissent exprimer explicitement leur volonté de ne pas contracter un mariage ou de mettre fin à

un mariage qui leur a été imposé. Afin que les victimes puissent exprimer leur volonté propre, il est dès lors aussi nécessaire que la société admette qu'il s'agit d'un phénomène inacceptable qui doit pouvoir être dénoncé, sans quoi les victimes ne se sentent justement pas autorisées à sortir de l'invisibilité et à en parler aux institutions, aux associations ou à des intervenants sociaux.

Le Plan intrafrancophone de lutte contre les violences sexistes et intrafamiliales, conjointement adopté par la Commission communautaire française, la Région wallonne et la Fédération Wallonie-Bruxelles pour la période 2015-2019, envisage une série de mesures qui vont de la prévention des mariages à la prise en charge des victimes. Je vous les ai détaillées dans cette assemblée à l'occasion de précédentes interpellations.

S'agissant de la Commission communautaire française, le partenaire agréé est le Réseau mariage et migration, qui regroupe à ce jour seize associations de profils variés et permet une prise en considération multidisciplinaire de la question. Ce réseau s'est vu octroyer un subside annuel de plus de 30.000 euros en 2017 et en 2018.

S'agissant de la prévention et de la prise en charge des victimes, l'une des mesures fixées par le plan consistait à engager une réflexion sur l'élaboration d'une méthodologie permettant le recensement des victimes de mariages forcés.

Un outil statistique de recensement a été mis en place au sein des différentes associations membres du Réseau mariage et migration. Chacune d'entre elles peut encoder, sur une seule et même interface, les données récoltées sur les victimes qu'elles ont accueillies. Cet outil devait être évalué en 2017 par le réseau lui-même, mais il a tourné au ralenti - je vous en donnerai les raisons lors de futurs débats. Nous avançons de notre côté, et s'il y a des difficultés au sein du réseau, nous ne pouvons que les accompagner.

Cet outil était indispensable pour constituer un profil des victimes. J'entends bien ce que vous me dites sur les thématiques de l'hébergement, de la formation, etc., mais nous devons avant tout quantifier et identifier les personnes, les trajets de vie et les meilleures réponses à leur apporter.

L'outil a permis de déterminer que ces victimes sont majoritairement des jeunes filles âgées de 18 à 25 ans. Elles sont issues, pour la plupart, du regroupement familial et donc sujettes à la perte de leur statut. Il s'agit, dans d'autres cas, de jeunes filles d'origine étrangère nées en Belgique qui se trouvent depuis longtemps sur le territoire belge.

Les jeunes filles victimes de mariages forcés qui sont prises en charge par le Réseau mariage et migration bénéficient d'un accompagnement individuel, chaque situation étant traitée au cas par cas et sur la base du contenu exact de la requête formulée par la victime.

Une réunion du comité de pilotage du Plan intrafrancophone de lutte contre les violences sexistes et intrafamiliales a eu lieu en 2017 sur l'ensemble de la thématique. Une réflexion est en cours, en partenariat avec la Région wallonne, la Fédération Wallonie-Bruxelles et la Commission communautaire française en vue d'élaborer un protocole d'intervention sur la prise en charge des victimes. Nous avons pour ce faire besoin du travail d'identification des victimes qui devait être effectué par le Réseau mariage et migration.

Cette réflexion n'a pas abouti, notamment au vu de la très grande diversité des cas et de la nécessité de considérer leurs spécificités.

L'intensification de la prévention est indispensable. En cette matière, l'action de mon administration dépend presque intégralement de l'action et des projets portés par les partenaires associatifs et membres du Réseau mariage et migration. Ces associations sont les plus spécialisées et les

mieux qualifiées pour définir les conditions et les moyens structurels de leurs projets de prévention et d'accompagnement des victimes.

En dépit des constats dressés par le secteur associatif lors du Jeudi de l'hémicycle, je n'ai reçu aucune nouvelle demande, aucune proposition ni aucun nouveau projet depuis 2017. Il est vraisemblable que cela soit lié au départ de la coordinatrice du Réseau mariage et migration en 2017, qui n'a été remplacée que très récemment par les associations membres. J'ai été informée incidemment de ce départ à la fin 2017. Personne ne nous avait alertés. Il aurait mieux valu prévenir la ministre compétente des difficultés rencontrées, car un secteur associatif ordonné est nécessaire pour avancer dans ce dossier, d'autant plus que notre collaboration est totale.

S'agissant de l'hébergement spécifique, il faut constater que toutes les victimes de mariage forcé ne sont pas placées en maison d'accueil. Beaucoup trouvent d'autres solutions et souhaitent être hébergées par des amis, un membre de la famille, un petit copain. Souvent, elles désirent très rapidement retrouver une autonomie totale.

Dans le cas où une femme demande une place dans un centre d'hébergement, le Réseau mariage et migration a toujours privilégié le territoire bruxellois, en particulier le Centre de prévention des violences conjugales et familiales, qui est l'un des centres de référence les plus sensibles à cette problématique. Sans doute les horaires sont-ils très contraignants pour des jeunes filles, mais je connais aussi la qualité de l'accompagnement et de l'encadrement offerts par ce centre. C'est loin d'être une prison. En outre, lorsqu'on a vécu une telle situation, il n'est peut-être pas inutile de trouver un refuge protecteur.

Sous cette législature, nous avons ouvert un nombre de maisons d'accueil jamais atteint auparavant. De nouvelles places ont été créées dans le Centre de prévention des violences conjugales et familiales. Bientôt s'ouvrira à Anderlecht la maison d'accueil pour familles monoparentales gérée par l'asbl Les Petits Riens qui, pour la première fois, se tourne vers un public féminin. Elle comptera beaucoup de places. Les travaux de rénovation d'un bâtiment de la rue Jan Blockx à Schaerbeek, destiné à accueillir des familles en errance, vont démarrer tout prochainement. Cela faisait 40 ans qu'aucune nouvelle initiative n'avait été prise. La capacité d'hébergement a été largement augmentée.

Si le centre est complet, une demande doit être introduite dans un autre centre d'hébergement. Les victimes de mariage forcé sont évidemment susceptibles d'être accueillies dans toutes les maisons d'accueil agréées.

Je peux évidemment plaider auprès du Gouvernement de la Commission communautaire française pour la création d'une maison spécialisée dans l'accompagnement des femmes victimes de mariage forcé, mais il faudra alors que l'ensemble des membres du Gouvernement considère qu'il s'agit d'une demande prioritaire et urgente.

Nous l'avons encore constaté hier, le Gouvernement bruxellois doit régulièrement pallier les manquements du Gouvernement fédéral. Pour ce qui est des maisons d'accueil et d'accompagnement de personnes en difficulté - femmes seules avec enfants, mariages forcés, violences conjugales ou familles en errance -, nous avons fait énormément de choses sous cette législature.

Il importe que le Réseau mariage et migration se remette en ordre de marche et, pour cela, qu'il commence par déterminer clairement les demandes qu'il souhaite me soumettre. Je suis très sensible à cette thématique et il ne me viendrait donc pas à l'idée de refuser une demande de formation, d'accompagnement ou de suivi. J'ai cependant besoin de recevoir de sa part une série d'indications afin

d'avancer sur les protocoles à mettre en place pour la prise en charge des victimes.

En 2017, le réseau a donné quatre formations au total, dont trois à Bruxelles et une à Liège. Elles s'étaient sur quatre jours et proposaient une approche pluridisciplinaire de la thématique.

Par ailleurs, des formations sont dispensées à titre individuel. Par exemple, Intact a dispensé des formations sur les mutilations génitales féminines, les mariages forcés et les violences liées à l'honneur. La Voix des femmes propose également des formations sur les violences de genre dans un contexte multiculturel. Ces formations ont touché les professionnels suivants : les services de prévention de la Région bruxelloise, les centres psycho-médico-sociaux (PMS), la magistrature et les organisations de terrain.

Deux nouveaux cycles de formation sont prévus par le Réseau mariage et migration en 2018. Par ailleurs, la Voix des femmes donnera deux autres formations pour les centres PMS en 2018.

Dans le domaine des formations, le Réseau mariage et migration a bien progressé et il possède à présent une belle expertise. C'est à lui de déterminer son rythme de travail. Il ne m'appartient pas de le lui imposer en lui demandant de quadrupler ses formations.

De telles formations sont l'occasion de rencontrer des professionnels qui reviennent vers le Réseau mariage et migration pour demander une orientation et des conseils dans des situations de mariage forcé.

L'augmentation du nombre d'appels téléphoniques passés à la ligne d'écoute sur les mariages forcés, ouverte 24 heures sur 24, est due au fait que les professionnels, confrontés à des situations de mariage forcé, font évidemment appel au réseau. Et le réseau indique avoir également noué des partenariats avec les écoles, les centres psycho-médico-sociaux (PMS) et les associations membres du réseau de mariages forcés.

Il faut à présent considérer l'ensemble du dispositif, qui s'est largement développé au cours de cette législature, notamment pour les femmes victimes de violences. L'association Vie féminine réalise en outre un travail sur la notion de femme migrante, bien évidemment en lien avec ce qui se passe aujourd'hui sur le terrain bruxellois.

Il faut à présent que le Réseau mariage et migration retrouve un rythme de travail normal après les difficultés qu'il a connues et que je rencontre ensuite ses responsables au début de l'été ou, au plus tard, à la rentrée de septembre. Il me faut faire le point sur le travail accompli par ce réseau : les formations, l'articulation avec le travail que nous accomplissons, la manière dont il peut répondre à nos attentes pour nous permettre d'avancer. Nous devons aussi poser la question du logement et déterminer les motifs des éventuels refus. Tout cela est très important mais je ne dispose pas, aujourd'hui, de toutes les informations requises pour me permettre d'aboutir un jour à la création d'un dispositif spécifique.

À cette fin, j'ai besoin de connaître le profil des victimes : âge, statut, besoin plus ou moins urgent de logement, etc. Je ne pense pas en effet que des jeunes filles de 18 à 25 ans aient envie de rester pendant trois ans dans des maisons spécifiques. Il faut un accompagnement assez rapide, qui dépend évidemment de leur statut et de la manière dont nous pouvons articuler l'ensemble avec nos politiques.

Pour tout cela, je le répète, j'ai vraiment besoin que le réseau se remette à fonctionner et qu'il m'apporte les informations que j'ai demandées. À défaut, il m'est impossible d'avancer.

**Mme la présidente.-** La parole est à Mme Sidibé.

**Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).-** Les auditions qui se tiendront seront très importantes pour avancer concrètement. Quant à l'outil de récolte de données, il est indispensable pour obtenir des profils. Vous dites que la ligne d'écoute téléphonique est ouverte 24 heures sur 24, mais je crois que vous confondez avec celle consacrée aux violences conjugales. La ligne du Réseau mariage et migration fonctionne plutôt par plages horaires. Pour l'instant, les réseaux se relaient entre eux, mais l'élargissement des plages horaires a bel et bien permis l'augmentation des appels.

Les besoins en hébergement spécifique doivent être analysés. C'est une question fondamentale, car les acteurs de terrain se trouvent parfois à amener de jeunes, voire très jeunes filles au Samu social. Ces informations sont issues non seulement du secteur, mais aussi de votre réponse à l'une de mes questions écrites.

Il faut avancer, la volonté est là. La question des mariages forcés est à replacer dans le contexte plus large des violences conjugales et intrafamiliales. Même si hébergement il y a, les mesures que vous prenez actuellement, en tant que ministre du Logement, en octroyant des points de priorité aux victimes permettront de dégager des pistes. Je me réjouis donc de ces auditions et de revoir ici non seulement le Réseau mariage et migration, mais aussi d'autres partenaires, avec un plan précis. Je pense d'ailleurs qu'ils ont bien compris le message.

**Mme la présidente.-** L'incident est clos.

*La séance est suspendue à 11 h 49.*

*La séance est reprise à 14 h 15.*

*(Présidence de Mme Michèle Carthé,  
première vice-présidente)*

**L'ETUDE CONCERNANT LES FEMMES ET FILLES VICTIMES  
DE MUTILATIONS GENITALES FEMININES EN REGION  
BRUXELLOISE**

**DE MME FATOUMATA SIDIBE**

**A MME CELINE FREMAULT, MINISTRE EN CHARGE  
DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE**

**Mme la présidente.-** La parole est à Mme Sidibé.

**Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).-** Nous manquions de chiffres actualisés en matière de prévalence des mutilations génitales féminines (MGF) en Belgique.

La récente étude menée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes et le Service public fédéral (SPF) Santé publique nous donne une estimation pour 2018 : 17.273 femmes et filles sont déjà probablement excisées et 8.644 sont intactes, mais courent le risque de l'être.

Ce sont des chiffres à mettre en lien avec ceux de 2007 et 2012, qui recensaient 13.112 femmes très probablement excisées et 4.084 à risque. L'augmentation est significative, mais sans surprise pour le secteur et pour moi, qui suis implantée dans les communautés dont ressortent ces personnes. Il ressort de ma connaissance du terrain et de mes contacts avec certaines communautés concernées que de nouvelles populations sont arrivées en Belgique et proviennent de pays où l'excision est pratiquée. J'ai déjà exprimé ces craintes dans plusieurs interpellations

Les associations spécialisées ne semblent pas étonnées par ces informations. L'étude confirme que l'augmentation du nombre de femmes probablement déjà excisées s'explique

par le fait qu'elles sont originaires d'Indonésie (23% d'augmentation), ainsi que par l'arrivée depuis 2012 de primo-arrivantes venant de Guinée (51% d'augmentation) et de Somalie (36% d'augmentation). Les autres pays d'origine de primo-arrivantes sont l'Irak (7% d'augmentation), ainsi que des pays de la Corne de l'Afrique (Égypte, Djibouti, Éthiopie et Érythrée), la Côte d'Ivoire, la Sierra Leone et le Burkina Faso. J'ai aussi de nombreux contacts avec des Ivoiriens et des Ivoiriennes, et beaucoup ignorent que l'excision est interdite en Belgique.

Pour les filles à risque, l'augmentation est due aux naissances en Belgique de filles nées de mères d'origine guinéenne, somalienne et indonésienne. Les autres pays concernés sont Djibouti, l'Égypte et la Sierra Leone, avec environ 2% d'augmentation pour chacun des pays.

La Région de Bruxelles-Capitale, la province d'Anvers et la province de Liège accueillent le plus de filles et de femmes concernées. La Flandre est la Région qui accueille le plus de personnes, avec 11.000 filles et femmes excisées ou risquant de l'être, contre 8.000 en Région bruxelloise et 5.500 en Région wallonne.

Un autre élément inquiétant est apparu, avec la publication, le 5 mars 2018, d'un article de la revue médicale en ligne MediQuality intitulé « Des mutilations génitales féminines sont également pratiquées par des médecins dans notre pays ». On se doute bien que le temps des vacances est le temps des couteaux, mais la piste de Londres que j'avais déjà avancée semble se préciser. C'est une destination prisée parce que, semble-t-il, des cliniques privées et des médecins privés y pratiqueraient l'excision.

L'article avance - et c'est un coup de poing dans le ventre - que sous couvert de correction vaginale, des médecins pratiqueraient l'excision sunnite, consistant en l'ablation du capuchon du clitoris, dans notre pays. Selon ces médecins, il ne s'agirait pas d'une clitoridectomie et cet acte ne violerait donc pas la loi.

L'article mentionne aussi comme justification que c'est pour venir en aide aux personnes en détresse et leur éviter ainsi la pratique cruelle de la lame de rasoir ou de la table de cuisine que ces interventions seraient pratiquées. Il nous apprend également qu'il n'est pas donné suite aux demandes des mères qui exigent une mutilation complète impliquant l'ablation complète ou partielle du clitoris, et parfois aussi des petites lèvres, car ce ne serait pas éthique, et donc contraire à la déontologie.

Il est assez terrifiant et révoltant de se dire qu'ici, les filles ne sont pas forcément à l'abri. Il n'y a pas d'excisions minimalistes et, au nom d'un certain « relativisme culturel » - que je nomme personnellement « racisme à rebours » -, on renvoie parfois certaines filles et femmes à des traditions violant leurs droits les plus élémentaires.

Pour preuve, en 2016, dans un article du Journal of Medical Ethics, deux gynécologues américains avaient même émis l'idée horrible de légaliser l'excision minimaliste afin de pallier le « manque de sensibilité culturelle de l'Occident et de respecter certaines obligations culturelles et religieuses sans mettre en danger la santé et le fonctionnement des organes génitaux des femmes ».

Concernant l'article de MediQuality, il n'y a pas de fumée sans feu. Ainsi, une enquête sérieuse devrait être menée au sujet de ces soupçons d'excisions minimalistes. Il faut passer à la vitesse supérieure et renforcer la vigilance en matière de prévention et de protection des filles encourant des risques de mutilations génitales. Il faut intensifier les formations des intervenants médicaux et sociaux, car le phénomène reste méconnu. Il faut par ailleurs soutenir davantage le monde associatif en matière de sensibilisation, d'information et de prévention.

En effet, si certaines personnes minimisent la portée de la loi, d'autres ignorent ou feignent d'ignorer que les MGF sont interdites en Belgique. Il faut donc intensifier la prévention et mettre en place des mécanismes de détection des risques.

En matière de prévention auprès des familles des fillettes exposées, je me réjouis du projet pilote initié avec l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) et le Groupe pour l'abolition des mutilations sexuelles (GAMS), visant à sensibiliser, dans les locaux de l'ONE, les mères issues des pays à risque via des animatrices communautaires. Ce n'est cependant pas suffisant.

Une mesure prise par le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) existe déjà à petite échelle. En matière d'asile, sur la base d'un risque d'excision, le statut de réfugié en Belgique peut être reconnu à une fillette intacte et à sa famille.

Afin de s'assurer que l'enfant ne subira pas de MGF après avoir reçu le statut de réfugié, le Commissariat général aux réfugiés et aux apatrides (CGRA) a mis en place un mécanisme de prévention. La personne responsable, ou les personnes responsables, signent un engagement sur l'honneur et s'engagent chaque année à envoyer un certificat médical prouvant que la petite fille est intacte.

Certains pays européens ont rendu un contrôle médical obligatoire avant et après les voyages en cas de risque d'excision, mais aussi lors des visites médicales scolaires. L'étude montre que les besoins de prévention et de prise en charge médico-sociale sont très importants en Belgique.

Au vu des éléments de l'étude et des soupçons avancés par cette revue médicale en ligne, j'aimerais savoir si une concertation est prévue entre les secteurs concernés sur le renforcement des moyens de prévention des MGF.

La question de l'examen des organes génitaux externes comme moyen de prévention et/ou d'identification de violences sexuelles et de MGF est-elle à l'ordre du jour ? Dans ses recommandations, l'étude préconise qu'un séminaire réunissant des experts nationaux et européens (éthique, pédiatrie, médecine légale, droits de l'enfant, services de prévention de la petite enfance, médecine scolaire) soit organisé afin d'analyser la place de l'examen des organes génitaux externes dans la prévention et la protection des filles à risque et de décider de manière concertée quelle sera l'approche choisie par la Belgique.

Des contacts ont-ils été pris avec d'autres pays européens concernant l'obligation de procéder à un examen régulier des petites filles exposées ou qui partent et reviennent de vacances ?

Quelle concertation y a-t-il avec les différents niveaux de pouvoir pour avancer conjointement sur ce dossier ? En effet, une décision doit valoir pour l'ensemble du pays sinon les familles qui déménagent risquent de ne pas bénéficier de suivi.

Est-il envisageable que cette concertation soit menée par l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes (IEFH), compétent pour le suivi de l'application du plan d'action national (PAN) relatif aux violences, et également mandaté pour réunir les administrations et cabinets des différentes entités fédérées ?

Qu'en est-il des campagnes d'information à large échelle ? Le milieu associatif ne parvient pas à toucher tous les milieux et certains ignorent, ou feignent d'ignorer, l'interdiction légale de l'excision en Belgique. Il faut le leur rappeler et insister. Certaines femmes ne savent même pas qu'elles ont été excisées. Il est nécessaire d'utiliser les canaux classiques comme la télévision et la radio et il faut diffuser l'information dans les hôpitaux et les centres médicaux. Il faut aussi faire connaître les deux nouveaux centres.

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme El Yousfi.

**Mme Nadia El Yousfi (PS).**- Je souhaitais, au nom de mon groupe, intervenir dans ce débat qui nous permet de faire le point sur les mesures de prévention et les campagnes de sensibilisation.

Comme nous le savons tous, depuis des années, plusieurs campagnes de sensibilisation en vue de lutter contre les MGF sont mises sur pied. Malgré cela, le phénomène semble s'accroître. Les chiffres qui viennent d'être cités, sont en effet interpellants, surtout quand on sait que les MGF sont par ailleurs interdites en Belgique et peuvent faire l'objet de poursuites pénales. L'article 409 est clair sur ce point. On peut estimer que la tolérance zéro reste de mise, mais le changement de mentalité ne se décrète pas. C'est sur ce plan que le travail essentiel se poursuit, sur le long terme.

Malheureusement, on ne peut que constater que les mécanismes mis en place au niveau de la prévention et de la protection des filles et des femmes victimes ou à risque de MGF sont à ce jour insuffisants.

Les professionnels de première ligne (hôpital, ONE, services de promotion de la santé à l'école) sont la première source de signalement, suivis par les familles et leurs proches, d'où l'importance de la formation des professionnels et du travail de prévention avec les communautés.

De plus, faire agir les médecins généralistes et le personnel soignant, qui sont souvent en première ligne face aux victimes potentielles de mutilations génitales, relève du bon sens et du devoir afin d'assurer une protection à toutes les femmes. Même si les balises de la formation proposée aux médecins sont solides, mon groupe souhaite rappeler toute l'importance de prendre le temps d'examiner les patientes, d'écouter leur histoire et de rédiger un rapport circonstancié.

Par ailleurs, il est primordial de travailler avec les pères, les maris et tous les hommes pour lutter contre les MGF. Il faut les sensibiliser et leur faire prendre conscience des dangers et des effets délétères pour la santé de leur fille, sans oublier la souffrance et la violence infligées.

Les mères jouent aussi un rôle important. C'est pourquoi la création d'espaces de parole entre celles qui ont subi des mutilations génitales est fondamentale.

Au niveau de la Région, comme vous le savez, la secrétaire d'État chargée de l'égalité des chances, Mme Bianca Debaets, finance depuis plusieurs années des formations sur la question des mutilations génitales à destination du personnel soignant de première ligne. Depuis juin 2015, 233 formations ont été dispensées. Elles se focalisent sur la prévention, le renforcement de l'accueil et la protection des victimes potentielles de mutilations génitales, en insistant auprès des parents de victimes potentielles sur les risques de telles pratiques.

Les médecins ont pu disposer de kits leur permettant d'encadrer au mieux les victimes potentielles et leurs parents, et d'évaluer ceux qui étaient le plus susceptibles de pratiquer cet acte une fois arrivés dans leur pays d'origine.

Je souhaiterais donc savoir si une concertation avec Mme Debaets est en cours ou prévue sur les formations mises en place, plus particulièrement sur le volet de la prévention ?

*(Mme Julie de Groot, présidente, reprend place au fauteuil présidentiel)*

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.**- La parole est à M. Kompany.

**M. Pierre Kompany (cdH).**- Bien qu'il s'agisse d'une estimation indirecte de la prévalence sans examen médical, les résultats de cette étude sont, en effet, interpellants. Dans

notre Région, plus de 8.000 filles et femmes seraient excisées ou en risque de l'être.

L'augmentation constante de la population concernée par les MGF par rapport aux précédentes études de 2007 et 2012 s'explique par l'accueil entre 2012 et 2016 de primo-arrivantes issues des pays concernés par les MGF et par les naissances au sein des communautés concernées. Selon les données récoltées, la Guinée, la Somalie, l'Égypte, l'Éthiopie et la Côte d'Ivoire sont les cinq pays les plus représentés au sein de la population féminine concernée en Belgique.

Au Kenya ou encore en Guinée, la législation interdit les mutilations génitales. Pourtant, l'excision continue d'être exercée dans ces pays. C'est pourquoi la lutte contre cette pratique, essentiellement rituelle et coutumière, doit passer par un travail de prévention. Il faut communiquer, éduquer, changer les comportements... En cela, cette étude peut être une base pour évaluer les besoins en termes de prévention et de prise en charge de cette population cible.

D'ailleurs, l'étude apporte plusieurs recommandations. L'une d'elles, particulièrement intéressante, propose que la question de l'examen des organes génitaux externes comme moyen de prévention et/ou d'identification de violences sexuelles et mutilations génitales, soit abordée lors d'un séminaire réunissant des experts nationaux et européens (en éthique, pédiatrie, médecine légale, droits de l'enfant, services de prévention de la petite enfance, médecine scolaire, etc.).

L'objectif est évidemment de décider d'une approche de prévention et de protection cohérente pour la Belgique. Néanmoins, cela ne relève pas des compétences de la Commission communautaire française.

Madame la ministre, connaissant votre détermination à arriver à l'élimination de cette dégradation humaine, devrions-nous redire, au risque de nous répéter, que le bénéfice généré par les luttes sociales passées et présentes pour la qualité de vie et le respect de cette vie sous toutes ses formes, devrait nous rappeler que toute souffrance soumise ou imposée à l'autre est absolument interdite et punissable ? Lorsque l'enfance est atteinte, nous ne pouvons rester immobiles ou pratiquer la politique de l'autruche.

Les campagnes de prévention, notamment pour faire connaître l'existence du centre accrédité CeMAVIE au CHU Saint-Pierre, sont plus envisageables à notre niveau.

Cependant, là encore, c'est une autre ministre qu'il faudrait interpeller. C'est pourquoi, je me bornerai à vous poser deux questions.

Avez-vous pris connaissance des résultats de cette étude ?

Des concertations à ce sujet avec le niveau fédéral ou avec les autres entités fédérées sont-elles envisagées ?

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Fremault.

**Mme Céline Fremault, ministre.**- J'ai pris connaissance avec intérêt, mais aussi désolation, des derniers chiffres sur le nombre de filles et de femmes qui risquent d'être excisées en Belgique. Ces données proviennent d'une estimation réalisée par le GAMS à la demande expresse de l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes. Ils attestent de la prévalence des mutilations génitales depuis 2012.

Il y a cinq semaines, j'ai déjà réagi à cette étude à l'occasion d'une interpellation de Mme Teitelbaum sur le sujet. Le rapport est fondé sur une évaluation du nombre de filles et de femmes résidant en Belgique et qui ont été victimes de mutilations. Selon les associations de terrain - Intact, le GAMS et l'Institut pour l'égalité des femmes et des hommes

-, cette augmentation peut s'expliquer par l'arrivée, entre 2012 et 2016, de migrantes en provenance de pays où les mutilations sexuelles sont courantes et par les naissances survenues dans ces communautés.

Ces deux dernières années, la Belgique a connu une vague d'immigration de familles syriennes, irakiennes, somaliennes, érythréennes à très forte prévalence de MGF. Les naissances dans ces communautés vont évidemment augmenter le nombre de fillettes à risque.

Il faudrait interroger Mme Jodogne, ministre de la Santé, et écrire au SPF Santé publique pour dénoncer les agissements décrits par la revue MediQuality. Leur légalité doit être examinée au regard de l'article 409 du Code pénal. S'il apparaît que des mères se rendent à Londres en Eurostar pour aller faire exciser leur fille, il faut les dénoncer. Les personnes informées de ce type de faits doivent le signaler. Ces actes ne peuvent rester impunis.

Comme je l'ai expliqué récemment, j'ai pris l'initiative, avec Cécile Jodogne, de créer un double réseau social-santé spécifiquement bruxellois, grâce à un partenariat entre Intact et le GAMS et avec la participation d'autres associations comme la Free Clinic, le centre de planning familial des Marolles, Ulysse et d'autres.

La concertation entre les secteurs concernés et les associations spécialisées sur le renforcement des moyens de prévention est organisée et formalisée au sein de ce double réseau social-santé. Dans ce cadre, l'association Intact est soutenue via un agrément de trois ans en action sociale et le GAMS est soutenu depuis février 2018 en promotion de la santé.

Le double réseau bénéficie d'un budget total de 62.000 euros et se concentre sur les spécificités bruxelloises. Il a pour objet de favoriser le travail communautaire, intersectoriel et pluridisciplinaire, et de permettre aux associations membres de se concerter, d'appliquer des outils existants et de développer de nouveaux outils ou de nouvelles méthodes de sensibilisation.

La finalité du réseau en promotion de la santé est de promouvoir la santé, en particulier la santé et les droits sexuels et reproductifs des femmes et filles concernées par les mutilations génitales féminines. La finalité en action sociale est d'améliorer l'accès à une assistance sociojuridique de qualité des filles et des femmes exposées et de leur garantir sécurité et protection.

La réalisation d'un diagnostic communautaire de la santé sexuelle et reproductive des femmes est l'une des activités en promotion de la santé menées pour identifier les besoins spécifiques des communautés concernées par les MGF. En action sociale, l'objectif est d'établir une cartographie de tous les professionnels en contact avec le groupe cible et de faire un état des lieux de leur formation aux MGF, de leurs besoins et des mises à jour nécessaires. En partant de ce diagnostic, les membres définiront les priorités et feront une analyse de besoins avec les membres. Ce diagnostic communautaire et cartographique permettra d'identifier les lacunes. Des actions spécifiques seront menées pour y remédier.

À l'occasion de votre interpellation du mois de novembre, j'ai déjà partiellement répondu aux questions concernant l'examen des organes génitaux externes comme moyen de prévention ou d'identification des MGF, ainsi que concernant l'organisation d'un séminaire réunissant des experts nationaux et européens. Des recommandations avaient été formulées à ce sujet par les associations Intact et GAMS dès janvier 2014 au Parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Comme je l'ai aussi souligné, leur application ne relève pas des compétences de la Commission communautaire française.



Les recommandations visaient à augmenter le nombre d'exams des organes génitaux externes des filles. En effet, le guide de médecine préventive ne prévoit toujours que quatre contrôles dans le cadre des consultations de l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), à l'âge de quinze jours, d'un mois, d'un mois et demi et de dix-huit mois. D'autre part, elles demandaient une large concertation avec les secteurs concernés et associations spécialisées sur les moyens de prévention, qui prennent en compte l'ensemble des aspects juridiques et éthiques liés à l'examen des organes génitaux.

Des médecins pratiquent cet examen de leur propre initiative, mais celui-ci n'est pas validé sur le plan institutionnel pour le moment. Les projets menés par le GAMS avec l'ONE permettent de renforcer le dialogue sur la demande de contrôle systématique en couches de l'ONE et Kind en Gezin.

L'examen systématique des organes génitaux comme moyen de prévention et d'identification est une demande des associations. C'était déjà le cas avant la publication de ladite étude.

Une proposition de loi a été déposée par la députée fédérale Els Van Hoof, CD&V, une première fois le 27 avril 2016 et vient d'être réintroduite le 27 mars dernier. Elle impose aux médecins de consigner systématiquement les faits de mutilation dans le dossier hospitalier, y compris le type de mutilation, le pays et la région d'origine de la patiente ou de la famille concernée. Une question relative à la réinfibulation figurerait aussi, désormais, dans le dossier hospitalier.

Un travail plus important de sensibilisation est en cours avec le secteur de la santé. La ministre De Block a répondu à cette demande du secteur en libérant, à la fin 2017, des fonds pour mettre en place un module de formation au sein des cursus de médecine.

S'agissant des contacts de la Belgique avec d'autres pays européens, je vous renvoie au niveau fédéral, car cela sort complètement des compétences de cette assemblée. Je ne dispose pas d'informations positives allant en ce sens. Je vous invite également à vous adresser à l'European Migration Network, un système d'enquête adapté en vue de rassembler des informations comparatives sur les questions précises des points de contact.

J'ai également répondu en mars à Mme Teitelbaum sur la question des campagnes d'information. Le double réseau s'est penché sur la pertinence de lancer une telle campagne à grande échelle. Plusieurs membres ont toutefois exprimé leurs craintes que ce type de campagne n'aboutisse à renforcer les préjugés à l'égard des personnes migrantes et à créer encore plus de préjudice et de dommages collatéraux pour les groupes de personnes à risque.

Le centre CeMAViE (Centre médical d'aide aux victimes de l'excision) mène plutôt des campagnes d'information ciblées auprès des communautés concernées.

Dans le but de sensibiliser et d'informer les groupes cibles, Intact a en outre créé et diffusé un outil sous la forme de passeports par lequel les familles sont informées du fait que l'excision est pénalisée en Belgique et s'engagent expressément à ne pas faire subir de mutilations génitales à leurs filles, ni de leur propre fait ni par leur famille, à l'occasion d'un voyage dans leur pays d'origine. Ces passeports existent dans plusieurs langues, y compris l'afar, l'arabe, le malinké, le moré, le poular et le somali. L'outil est consultable sur le site internet même de cette association.

Une campagne de communication à destination du grand public au moyen des canaux de télévision et de radio n'est pas le meilleur moyen d'atteindre les familles et ne fait pas l'unanimité au sein du secteur. L'augmentation du risque étant lié, pour la plupart, à l'installation de familles primo-arrivantes dans notre pays, il est même très incertain

qu'elles puissent être touchées par ce type de campagne de sensibilisation grand public.

Ce qu'il faut continuer de faire, c'est aller vers les associations les plus spécialisées qui travaillent sur le terrain de la migration, de la santé et du social pour que les groupes cibles soient directement touchés.

En ce qui concerne les formations financées par Mme Debaets depuis 2015, 233 ont été dispensées au personnel soignant de première ligne.

J'avais déjà, au mois de mars, dressé un état des lieux similaire à Mme Teitelbaum. Il faut évidemment rester attentif à l'évolution de la situation, mais nous faisons tout ce qu'il nous est possible de faire dans notre champ de compétences. S'agissant de la campagne de sensibilisation, les acteurs de terrain estiment qu'elle manquera sa cible et, pire, qu'elle stigmatisera les femmes migrantes.

Par ailleurs, je rappelle toujours l'obligation légale de dénoncer des faits qui ne respecteraient pas notre législation nationale. Toute information relative à des situations spécifiques ou des pratiques - comme le cas de cette famille en France arrêtée aux portes de l'Eurostar - doit être dénoncée.

Je n'exerce pas la compétence nécessaire pour activer quoi que ce soit à ce sujet. Je peux juste prendre des contacts en renvoyant à l'article et en invitant les uns et les autres à creuser les informations diffusées dans ce magazine.

*(Applaudissements)*

**Mme la présidente.-** La parole est à Mme Sidibé.

**Mme Fatoumata Sidibé (DéFI)-** Les prérogatives de la Commission communautaire française sont effectivement limitées. Le sujet relève plutôt de compétences éclatées à différents niveaux. Si des progrès sont réalisés, ces chiffres doivent néanmoins nous interpellier. Il est vrai que la plupart de ces femmes ont déjà été excisées dans leur pays d'origine. Il ne faut pas se leurrer, l'excision n'a pas diminué. Je crois qu'il y a vraiment un travail à faire.

Vous dites que le secteur n'est pas amateur de campagnes grand public de peur de stigmatiser certaines populations. C'est toujours la même rengaine. Je vais m'adresser au secteur. Des campagnes sont régulièrement menées à propos des violences faites aux femmes, du viol, de la lutte contre l'homophobie, etc. Des campagnes sur les MGF pourraient aussi être menées de façon intelligente.

Le problème, ce sont les rumeurs. Le monde associatif connaît depuis longtemps la piste londonienne mais il est difficile d'attraper les coupables. Sans un véritable contrôle régulier des organes génitaux externes des petites filles, il est difficile d'apporter des preuves. Même la revue en ligne MediQuality avance une série d'allégations. Il faut que des enquêtes soient menées pour arrêter ces violences.

Aujourd'hui, il y a un signal extraordinaire à lancer d'autant plus que de nombreuses populations sont repliées sur elles-mêmes, sans aucune chance d'être touchées par le milieu associatif avec lequel elles n'ont aucun lien. Le secteur fournit pourtant un travail de qualité et veut aller plus loin.

Je vous remercie pour vos réponses, en tout cas par rapport aux compétences de la Commission communautaire française. De mon côté, je vais continuer à explorer cette question.

**Mme la présidente.-** L'incident est clos.

## QUESTION ORALE (SUITE)

**Mme la présidente.-** L'ordre du jour appelle la question orale de Mme Sidibé.

LES DIFFICULTES FINANCIERES DE L'ASBL JOB DIGNITY

DE MME FATOUMATA SIDIBE

A MME CELINE FREMAULT, MINISTRE EN CHARGE  
DE L'ACTION SOCIALE

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Sidibé.

**Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).**- Comme vous, Madame la ministre, et comme certains de mes collègues, j'ai eu l'occasion de participer à un colloque organisé par l'Université des Femmes sur la question des femmes sans abri. Les experts et les acteurs issus du monde associatif ont rappelé que le sans-abrisme féminin était un phénomène complexe ayant des causes multiples : les violences conjugales et intrafamiliales, la monoparentalité, les ruptures familiales, la perte d'un emploi, les problèmes de santé (physiques ou psychologiques), les migrations, le manque de logements, etc.

Les femmes vivant dans la rue, dans des squats ou dans des structures d'hébergement d'urgence sont exposées aux agressions physiques ou sexuelles et constituent des proies idéales pour les réseaux de prostitution et de traite des êtres humains. En outre, les femmes ont certains besoins spécifiques en matière d'hygiène, d'intimité et de soins médicaux, besoins qu'elles peinent à satisfaire lorsqu'elles dorment dans la rue ou dans des centres d'hébergement d'urgence.

Lors de ce colloque, la majorité des intervenants s'accordaient à dire que les pouvoirs publics devraient s'efforcer d'augmenter les moyens budgétaires mis à la disposition des associations actives dans le secteur de l'aide aux femmes sans abri, afin de leur permettre d'accomplir leurs différentes missions : l'hébergement, l'accompagnement psychosocial, la recherche d'un emploi et d'un logement, etc.

Certaines de ces associations ne parviennent pas à obtenir des subventions et doivent donc financer leurs activités sur fonds propres, ce qui n'est pas toujours évident. Dans le cadre de cette question orale, je parlerai de l'association Job Dignity qui gère un centre de formation réservé aux femmes sans abri.

Nous avons appris par voie de presse que, depuis sept mois, cette association n'est plus en mesure d'honorer le loyer (environ 1.600 euros par mois) et les charges (environ 300 euros par mois) de l'immeuble sis rue des Foulons, dans lequel elle a installé son centre de formation.

Les huissiers ont ordonné la fermeture du centre le 5 avril et le propriétaire de l'immeuble a accordé un délai d'un mois pour que l'asbl puisse s'acquitter des arriérés de loyers et de charges.

Les femmes qui fréquentent cette asbl peuvent suivre des formations dispensées par des professionnels bénévoles retraités issus de différents secteurs, notamment la vente ou l'hôtellerie. Au terme de ces formations, les compétences de ces femmes sont évaluées de manière officieuse afin de s'assurer qu'elles sont aptes à exercer la profession. Si l'évaluation est positive, l'association les aide à décrocher un emploi à temps plein ou à temps partiel, grâce à son réseau de partenaires. De même, si une femme sans abri réussit à conserver son emploi pendant plusieurs mois, l'asbl va l'aider à trouver un logement en faisant appel à certains propriétaires généreux qui acceptent de mettre en location des studios ou petits appartements à des prix abordables.

Depuis l'ouverture du centre, le 17 octobre 2017, cinq femmes ont réussi à en sortir et ont trouvé un emploi et un logement. L'association s'occupe aujourd'hui d'une cinquantaine de femmes sans abri qui sont majoritairement hébergées au sein de structures du Samu social.

Jusqu'ici, l'asbl s'est uniquement appuyée sur des fonds privés. Elle a lancé un appel pour expliquer qu'elle était dans une situation financière très fragile. Ses responsables ont rencontré différents dirigeants de CPAS. Dans la presse, la fondatrice de l'asbl affirme aussi avoir pris contact avec votre cabinet, Madame la ministre, mais il semblerait qu'aucun rendez-vous n'ait encore été fixé.

Pouvez-vous nous confirmer que les responsables de l'asbl Job Dignity ont pris contact avec votre cabinet en vue de fixer un rendez-vous ? Dans l'affirmative, avez-vous accepté de rencontrer les responsables de cette association ? Le Gouvernement est-il prêt à octroyer à cette asbl des moyens lui permettant de prolonger son activité ?

Y a-t-il d'autres associations qui sont actuellement confrontées à des difficultés financières comparables à celles rencontrées par l'asbl Job Dignity ? Dans l'affirmative, quelles sont ces associations ? Comment la Commission communautaire française va-t-elle les aider ?

Pourriez-vous nous présenter brièvement les différentes initiatives que le Gouvernement de la Commission communautaire française a prises au cours de cette législature en vue de soutenir les associations venant en aide aux femmes sans abri en Région bruxelloise ? Le Gouvernement a-t-il octroyé des subsides à certaines de ces associations ?

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Fremault.

**Mme Céline Fremault, ministre.**- Je vais tenter de centrer mon exposé sur la question de Job Dignity. En effet, la thématique du sans-abrisme relève de la Commission communautaire commune et a déjà fait l'objet de longues questions en Commission des affaires sociales réunies.

Votre analyse est partagée par tous : nous avons d'ailleurs eu l'occasion d'en débattre lors d'une journée sur le sans-abrisme au féminin organisée par l'Université des femmes le 22 mars dernier. Ce sans-abrisme a des origines différentes, comme les ruptures familiales et une violence quasi omniprésente. Cela implique des prises en charge elles aussi différentes.

Par ailleurs, le Gouvernement a décidé hier d'augmenter de façon très importante l'accueil structurel de la Commission communautaire commune pour les femmes à Bruxelles : plus de 200 places vont être dégagées et comme vous le savez, d'autres mesures concrètes ont été prises au sein de cette assemblée pour les maisons d'accueil. C'est d'ailleurs tout l'intérêt de l'ordonnance que nous voterons le 25 mai : organiser une articulation bien claire entre l'urgence et les maisons d'accueil, la transition et les dispositifs de logement.

Job Dignity a introduit une demande de soutien par un courriel envoyé à mon cabinet le 1er avril. Nous avons découvert dans la presse que l'association disait avoir pris contact avec le cabinet et n'avoir obtenu aucune réponse. C'est toujours un problème lorsque les courriels ne sont pas envoyés aux adresses directes des collaborateurs des cellules concernées, qui plus est le 1er avril, qui était un jour férié !

Lorsque nous avons pris connaissance du courriel, et comme nous ne sommes pas tatillons sur les procédures, nous avons décidé de rencontrer la responsable de l'asbl le 17 avril. Cette asbl mène une action intéressante, dans la mesure où son travail est au croisement de plusieurs champs d'intervention pertinents : l'insertion par le travail, l'accès au logement, l'inclusion sociale et l'aide sociale.

Nous avons proposé à la responsable, il y a plus de trois semaines, d'introduire une demande de subside. Elle ne l'a toujours pas fait. Nous analyserons le dossier le jour où il nous sera parvenu. Nous avons entrepris beaucoup de choses en disant qu'il y avait urgence, que tout allait fermer, etc. Nous avons reçu la responsable le plus rapidement

## VOTES RÉSERVÉS

possible, nous lui avons dit que nous étions prêts à examiner sa demande de subvention, mais nous n'avons toujours rien reçu. Nous analyserons sa demande avec le sérieux qu'elle mérite, et nous verrons ce que nous pourrions faire pour le transfert vers la Commission communautaire commune, puisque ce n'est pas ici que cela peut se passer.

J'ai enregistré le fait que le ministre de l'Emploi est intéressé par les actions menées par Job Dignity. Apparemment, il a rencontré l'association.

Madame Sidibé, l'asbl nous informe qu'elle assure à ce jour le suivi d'une cinquantaine de personnes et que cinq bénéficiaires profitent de solutions durables. Contacté, le Samu social ne confirme pas que des partenariats formels ont été mis en place. Il s'agirait plutôt d'échange de liens et d'orientations d'une asbl vers une autre.

Nous avons analysé les difficultés financières de l'asbl et nous allons examiner les solutions pour éviter qu'elle ne ferme ses portes. Je ne peux cependant pas le faire si je ne reçois pas son dossier. Vous savez aussi que je ne peux pas financer des projets rétroactivement, ni payer rétroactivement les loyers d'une association que j'ai découverte dans la presse et que j'ai reçue le plus rapidement possible.

En Commission communautaire française et en Commission communautaire commune, nous menons une multitude d'actions pour lutter contre le sans-abrisme au féminin : les maisons d'accueil spécialisées, l'accès au logement social - cela rejoint le débat que nous avons eu juste avant sur les femmes sans abri victimes de violences -, ou l'accueil des familles en errance, qui sont souvent des ménages monoparentaux. Nous avons aussi travaillé sur la lutte contre le *burn out* parental, en action préventive, avec le centre d'aide sociale pour ménages monoparentaux, et créé un site d'entraide mutuelle des femmes monoparentales.

Dans la mesure où les projets sont soutenus soit en Commission communautaire française, soit en Commission communautaire commune, nous veillons, de concert avec les services de l'administration, à ce que leur viabilité financière soit assurée.

Voilà ce que je suis en mesure de vous communiquer aujourd'hui. J'ai découvert par la presse l'existence de cette association, que le secteur connaissait fort peu. Nous avons immédiatement décidé d'aller à la rencontre de ses responsables et de les inviter au cabinet, afin de bien comprendre l'objet de leur action.

J'attends leur demande de subvention depuis trois semaines et je ne vois toujours rien venir. Je les invite à faire au plus vite, car il me paraît contradictoire d'ameuter la presse et d'être entendu par la ministre compétente pour ne pas lui soumettre ensuite un dossier.

Plus vite la demande de subvention nous parviendra, plus vite nous pourrions la traiter. Pour l'avenir, j'imagine que Didier Gosuin agira de même en sa qualité de ministre de l'Emploi.

**Mme la présidente.-** La parole est à Mme Sidibé.

**Mme Fatoumata Sidibé (DéFI).-** Depuis que j'ai introduit et reporté ma question orale, vous avez rencontré l'association. Votre réponse est édifiante et l'association a désormais la latitude d'introduire un dossier de sorte qu'il soit pris en compte et analysé. C'est en effet la première chose à faire. L'association semble avoir entendu le message et doit désormais agir et vous soumettre un dossier digne de ce nom.

## PROPOSITION DE RESOLUTION VISANT A LA MISE EN PLACE DE « STERIBORNES » EN REGION BRUXELLOISE

**Mme la présidente.-** L'ordre du jour appelle le vote nominatif de la proposition de résolution visant à la mise en place de « StériBornes » en Région bruxelloise déposée par M. Julien Uyttendaele, M. Fabian Maingain, Mme Zoé Genot et M. Abdallah Kanfaoui [doc. 82 (2016-2017) n° 1 et doc. 82 (2017-2018) n° 2].

- Il est procédé au vote.

61 membres sont présents.

61 répondent oui.

Ont voté oui : Michèle Carthé, Ridouane Chahid, Caroline Désir, Bea Diallo, Ahmed El Ktibi, Nadia El Youssi, Isabelle Emmery, Marc-Jean Ghysseles, Jamal Ikazban, Véronique Jamouille, Hasan Koyuncu, Zahoor Ellahi Manzoor, Catherine Moureaux, Mohamed Ouriaghli, Emin Ozkara, Charles Picqué, Simone Susskind, Sevet Temiz, Julien Uyttendaele, Kenza Yacoubi, Alain Courtois, Olivier de Clippele, Armand De Decker, Vincent De Wolf, Willem Draps, Dominique Dufourny, Anne Charlotte d'Ursel, Abdallah Kanfaoui, Marion Lemesre, Jacqueline Rousseaux, Gaëtan Van Goidsenhoven, David Weytsman, Eric Bott, Michel Colson, Emmanuel De Bock, Serge de Patoul, Marc Loewenstein, Fabian Maingain, Joëlle Maison, Martine Payfa, Caroline Persoons, Fatoumata Sidibé, Michaël Vossaert, Julie de Groot, André du Bus de Warnaffe, Ahmed El Khannouss, Hamza Fassi-Fihri, Pierre Kompany, Céline Delforge, Christos Doukeridis, Zoé Genot, Evelyne Huytebroeck, Alain Maron, Arnaud Pinxteren, Magali Plovie, Barbara Trachte, Mathilde El Bakri, Claire Geraets, Youssef Handichi, Michaël Verbauwhede et Mahinur Ozdemir.

En conséquence, l'ensemble de la proposition de résolution est adopté.

Elle sera notifiée au Gouvernement.

*(Applaudissements sur tous les bancs)*

## QUESTIONS ORALES (SUITE)

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

## LE FINANCEMENT DES CENTRES CULTURELS BRUXELLOIS

## DE M. GAËTAN VAN GOIDSENHOVEN

## A MME FADILA LAANAN, MINISTRE PRESIDENTE EN CHARGE DE LA CULTURE

**Mme la présidente.-** La ministre Cécile Jodogne répondra à la question orale.

La parole est à M. Van Goidsenhoven.

**M. Gaëtan Van Goidsenhoven (MR).-** L'Association des centres culturels de la Communauté française de Belgique (ACC) craint pour le futur de plusieurs centres culturels en Fédération Wallonie-Bruxelles. L'application insuffisante en termes de financement du décret de 2013 régissant le secteur est mise en cause.

Ce décret instaure un nouveau cadre de travail pour les centres culturels et détermine de nouvelles modalités de financement, selon les termes d'un contrat-programme d'une durée de cinq ans. Depuis l'entrée en vigueur du décret en 2014, aucun plan de financement du secteur n'a été proposé aux centres culturels, jusqu'à une circulaire ministérielle de juillet 2017.

Selon l'ACC, les subventions n'ayant pas été indexées depuis 2011, ce plan ne permettra qu'un rattrapage des pertes accumulées depuis lors. Le financement serait dès lors insuffisant pour mettre en œuvre les nouvelles missions définies par le décret de 2013.

*(Mme Michèle Carthé, première vice-présidente, prend place au fauteuil présidentiel)*

Les centres culturels bruxellois reconnus par la Fédération Wallonie-Bruxelles bénéficient automatiquement d'une participation financière de la Commission communautaire française et des communes concernées, d'un montant équivalent à la subvention apportée par la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Votre collègue, Mme Laanan, avait déclaré en novembre dernier que trois nouveaux centres seraient reconnus en 2018 et que le financement porté par les communes était suffisamment élevé au regard de ce qu'apporte la Fédération Wallonie-Bruxelles. Étant donné l'appel à l'aide du secteur, qui craint de ne pouvoir remplacer les travailleurs retraités, de devoir réduire le temps de travail ou procéder à des licenciements, je me permets de vous interroger sur un certain nombre de points.

Pouvez-vous nous apporter des précisions quant à la situation financière des centres culturels bruxellois ? Leur situation est-elle semblable à celle des centres culturels de Wallonie, qui perçoivent une participation financière des provinces ?

Vous aviez annoncé avoir prévu des moyens supplémentaires pour 2018. Ceux-ci pourraient-ils apaiser les craintes du secteur ?

Avez-vous fait le point sur la situation avec l'asbl La Concertation, qui fédère des associations du secteur socioculturel et artistique à Bruxelles, parmi lesquelles les centres culturels bruxellois ? Quelles sont ses demandes ?

Quelles mesures avez-vous envisagées pour pérenniser l'emploi de ces centres si ceux-ci devaient être menacés ?

Votre collègue souhaitait présenter une proposition d'augmentation de l'aide octroyée, destinée à prendre effet en 2018. Cette proposition a-t-elle été présentée au Gouvernement ? Pouvez-vous nous en dessiner les contours ?

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- Je vous remercie pour votre question et le fait que vous fassiez référence à ma réponse donnée devant cette assemblée en novembre dernier.

Mon engagement et ma proposition de refinancement des centres culturels bruxellois sont en tous points identiques à ceux annoncés alors. Ce point a d'ailleurs été approuvé par mon Gouvernement le 26 avril.

Actuellement, la Région de Bruxelles-Capitale dispose de onze centres culturels reconnus et subventionnés par la Fédération Wallonie-Bruxelles. À la suite de l'entrée en vigueur du nouveau décret, les centres culturels, reconnus ou pas, qui le souhaitaient ont été invités à renvoyer leur dossier de reconnaissance selon les nouveaux prescrits.

Ainsi, le nouveau décret précise que le contrat-programme mentionnera l'intervention des trois partenaires

subventionnant le centre culturel – la Fédération Wallonie-Bruxelles, la commune et la Commission communautaire française – afin de garantir la parité, à savoir 50% pour la Fédération Wallonie-Bruxelles et 50% pour la commune et la Commission communautaire française réunies.

Dès lors, en respectant la déclinaison des axes fixés par la Fédération Wallonie-Bruxelles, nous avons décidé que la part de subventionnement de la Commission communautaire française s'exécuterait ainsi : 50.000 euros pour l'action culturelle générale – qui est la base de la reconnaissance – qui doit concerner tous les centres culturels ; 50.000 euros pour l'action culturelle intensifiée ; 10.000 euros pour l'action culturelle spécialisée ; 10.000 euros pour la coopération entre centres culturels. Le budget 2018 intègre ces augmentations afin de répondre aux nouvelles reconnaissances.

Par ailleurs, les centres culturels bruxellois reçoivent de la Commission communautaire française un financement compris entre 22.000 et 44.800 euros qui n'a pas été réévalué depuis plus de 20 ans.

Concrètement, l'ensemble des centres culturels bruxellois actuellement reconnus par l'ancien et le nouveau décret de la Fédération Wallonie-Bruxelles bénéficieront du premier palier de financement, soit 50.000 euros. Ce montant constituera, dès 2019, la base du financement des centres culturels reconnus.

Cette décision du Gouvernement vise aussi à montrer l'intérêt que porte la Commission communautaire française à ces opérateurs essentiels de l'action culturelle en Région bruxelloise. En effet, la Commission communautaire française a toujours mis un point d'honneur à soutenir les centres culturels bruxellois, véritables acteurs culturels travaillant avec et pour les citoyens. Ils développent des actions dans une optique de démocratie et de démocratisation de la culture.

Quant à l'asbl La Concertation, nous travaillons de concert avec elle en vue d'intensifier ce maillage culturel bruxellois, les centres culturels bruxellois étant bien sûr la clé de voûte de cette action territoriale. Une convention pluriannuelle a d'ailleurs été ratifiée entre cette asbl et le Gouvernement francophone bruxellois, ce qui permet d'intensifier et de pérenniser notre action commune en faveur de la culture en Région de Bruxelles-Capitale.

#### LA PREVENTION DES CANCERS DE LA PEAU

DE M. ANDRE DU BUS DE WARNAFFE

A MME CECILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE  
DE LA SANTE

**Mme la présidente.**- La parole est à M. du Bus de Warnaffe.

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- À l'approche de la prochaine édition de la campagne de sensibilisation et de prévention Euromelanoma, qui aura lieu du 14 au 18 mai, un article de La Libre Belgique a mis en avant le cancer de la peau, en consacrant deux pages à la sensibilisation des lecteurs au dépistage de ce cancer redoutable.

Si Euromelanoma est née en 1999 à l'initiative de six dermatologues belges, la campagne est aujourd'hui organisée dans 33 pays. Pour cette vingtième édition, le public pourra à nouveau se rendre chez l'un des 150 dermatologues participants pour un dépistage gratuit, en prenant simplement rendez-vous sur le site internet consacré à cette semaine de prévention annuelle.

Cette initiative est plus que jamais indispensable. Comme l'article nous l'apprend, les tumeurs malignes sont en augmentation annuelle de 5 à 12%, selon le type, et représentent, dans notre pays, 37.000 nouveaux cas par an, dont 3.000 mélanomes malins.

En outre, le cancer de la peau est la forme de cancer la plus courante et celui qui affiche la progression la plus rapide. Une nouvelle étude de la Fondation registre du cancer prévoit que le nombre de mélanomes malins passera de 2.925 à 4.356 entre 2014 et 2025. Cela représente une augmentation de 49%, hommes et femmes confondus.

À l'avenir, c'est chez les hommes âgés que l'augmentation des mélanomes sera la plus marquée. Quant aux femmes, elles développeront un mélanome plus tôt que les hommes et le nombre de cas augmentera sensiblement.

Notons aussi qu'après un premier mélanome, un patient court douze à quinze fois plus de risques d'en développer un deuxième et quatre à six fois plus de risques de développer d'autres formes courantes de cancer de la peau.

C'est bien la raison pour laquelle les dermatologues utilisent le terme d'épidémie en parlant de ce cancer.

Je voudrais revenir sur la thèse réalisée par le Dr Isabelle Hoorens de l'Université de Gand, qui nous rappelle dans cet article que le cancer de la peau et sa prévention constituent un défi de taille pour les soins de santé. En effet, elle a calculé le coût du cancer de la peau : en 20 ans, il augmenterait considérablement, passant d'environ 107 millions d'euros en 2014 à 3,2 milliards d'euros en 2034 !

Néanmoins, pour poursuivre sur une note plus positive, les dermatologues constatent que la sensibilisation fonctionne, puisque un plus grand nombre de patients demandent à contrôler des taches suspectes sur leur peau. Cependant, même si les Belges ont conscience des risques du cancer de la peau et de son lien avec une exposition excessive au soleil, ils ne parviennent pas encore à modifier leurs comportements. Or, il est primordial d'appuyer ces campagnes de prévention qui permettent de détecter bien plus de mélanomes à un stade précoce et d'augmenter les chances de guérison. Un changement de comportement doit avoir lieu.

Avez-vous lu cet article et avez-vous pris connaissance des résultats de l'étude de la Fondation registre du cancer ? Qu'en pensez-vous ?

Entretenez-vous des contacts avec les organisateurs de cette semaine de sensibilisation ? Entendez-vous leurs remarques et recommandations pour adapter les éventuelles futures campagnes de prévention et de dépistage ? Pouvez-vous nous renseigner sur ce qui est actuellement mis en place, au niveau de la Commission communautaire française, en matière de prévention de ce type de cancer ?

*(Applaudissements)*

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- Le cancer de la peau est un problème de santé publique important et l'augmentation de la prévalence de ce cancer doit attirer l'attention des pouvoirs publics.

J'ai lu avec attention les articles que vous mentionnez ainsi que les documents en lien avec la campagne d'Euromelanoma qui aura lieu dans le courant de ce mois.

En tant que ministre chargée de la promotion de la santé, je suis bien évidemment disposée à relayer toute information permettant d'améliorer le bien-être de la population et sa capacité d'agir en faveur de sa santé.

En ce qui concerne la mise en œuvre de telles campagnes, j'estime que la Fondation contre le cancer est l'acteur le plus pertinent pour assurer l'information et la prévention, qui font partie de ses missions à côté du soutien à la recherche et l'amélioration des soins et de l'accompagnement prodigués aux patients.

Élément assez interpellant, le site d'Euromelanoma comporte les logos de diverses firmes produisant notamment des produits de protection solaire et de firmes pharmaceutiques. L'objectivité et l'indépendance totale des informations disponibles sur le site est donc sujette à caution. Il ne s'agit pas de remettre en cause le réseau de dermatologues européens dans la réponse à la question, mais de s'interroger sur la pertinence d'une association avec les pouvoirs publics dans le cadre de la promotion de la santé.

Pour revenir aux actions de prévention axées sur les problèmes de cancer de la peau, il me semble bien entendu utile de rappeler que l'utilisation excessive de bancs solaires est l'un des facteurs pouvant contribuer à l'apparition d'un cancer de la peau, a fortiori lorsque ces bancs solaires ne répondent pas à certaines normes. Or, cela n'est pas évoqué dans les articles parus dans la presse.

Je m'étonne que la campagne menée par Euromelanoma ne mentionne pas ce facteur et n'évoque que les dangers liés à une exposition excessive au soleil. Cette campagne, dont je ne conteste pas les objectifs, évoque comme stratégie l'information, le changement de comportement des individus et le recours au dépistage, ce qui me semble ne représenter qu'une solution partielle à une problématique également déterminée par des facteurs environnementaux et les réglementations en matière d'exploitation de centres de bronzage, par exemple.

De manière générale, l'information relative à des pathologies spécifiques et la promotion du dépistage individuel relèvent essentiellement du niveau fédéral. La promotion de la santé perdrait beaucoup de sa pertinence si elle consistait en un catalogue toujours plus large d'informations au sujet de diverses pathologies. Les approches que privilégie le Plan stratégique de promotion de la santé portent davantage sur des actions permettant de modifier les déterminants de la santé. Cela n'empêche pas que des informations relatives à des pathologies spécifiques soient relayées, au travers de publications, sites internet et réseaux sociaux du secteur de la santé, par exemple.

Mais je le répète, je suis ouverte à toute collaboration avec des acteurs reconnus visant à améliorer la santé des Bruxelloises et des Bruxellois.

#### LES MOYENS DE PREVENTION CONTRE LA COQUELUCHE EN REGION DE BRUXELLES-CAPITALE

DE M. ZAHOR ELLAHI MANZOOR

A MME CECILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE DE LA SANTE

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

**M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).**- J'ouvrirai tout d'abord une petite parenthèse. Tout à l'heure, mon collègue M. du Bus de Warnaffe a mentionné le fait que je voulais intervenir à propos du cancer colorectal. Il y a deux jours, Jeremy Hunt, le ministre britannique de la Santé, a annoncé qu'à la suite d'un bug informatique, entre 135 et 270 femmes sont sans doute décédées d'un cancer du sein en Grande-Bretagne. Les Britanniques semblent mener la même politique qu'à Bruxelles, qui consiste à inciter les femmes à aller voir leur médecin traitant pour effectuer le dépistage. Comme nous ne sommes pas à l'abri d'un bug informatique, nous courons le même risque. Je vous interpellerais sans doute sur ce thème en commission.

J'en viens à la coqueluche. Il s'agit d'une maladie provoquée par une bactérie à Gram négatif. C'est une affection grave et très contagieuse du système respiratoire, qu'il est possible de prévenir au moyen d'un vaccin.

L'expression clinique de la maladie va de la toux chronique chez l'adulte à la forme maligne chez les nourrissons, avec apnées et cyanose pouvant occasionner le décès. La période d'incubation pendant laquelle le patient présente une catarrhe peu fébrile est en moyenne de dix jours. De la toux apparaît ensuite, souvent paroxystique et pouvant s'accompagner de vomissements. Cette toux peut se terminer par le classique « chant du coq », qui a donné son nom à la coqueluche. Une toux moins typique, qui persiste pendant des semaines, peut être la seule symptomatologie chez les adolescents et les adultes.

La situation est préoccupante, car si la coqueluche est une affection sans trop de gravité chez les adultes, elle peut occasionner de sérieuses complications chez les bébés, comme un arrêt respiratoire, voire le décès du nourrisson.

Contractée pendant la grossesse, la coqueluche peut aussi provoquer un accouchement prématuré.

Selon le dernier rapport de l'Institut scientifique de santé publique (ISP), le nombre de cas de coqueluche est en forte augmentation en Wallonie et à Bruxelles depuis 2011. D'après l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE), 882 cas ont été rapportés en 2015, contre 662 cas en 2014.

En Belgique, depuis 2010, la coqueluche est responsable d'un à cinq décès de nourrisson par an. Elle touche essentiellement les enfants de moins d'un an, en particulier les nourrissons de moins de cinq mois.

Depuis 2013, le Conseil supérieur de la santé recommande de généraliser la vaccination maternelle contre la coqueluche entre la 24<sup>e</sup> et la 32<sup>e</sup> semaine de grossesse, même si la future mère a déjà été vaccinée.

Depuis lors, la couverture vaccinale s'est fortement améliorée en Flandre, où elle atteint 69%, mais pas en Wallonie ni à Bruxelles, où une femme sur cinq seulement est vaccinée contre la coqueluche pendant sa grossesse. Les mutualités libres - Partenamut, Omnimut, OZ, Partena Ziekenfonds, Freie Krankenkasse - ont étayé ce constat en indiquant en mars dernier qu'en Fédération Wallonie-Bruxelles, seuls 22% environ des futures mères se sont fait vacciner contre la coqueluche en 2016.

Combien de nouveaux cas de coqueluche ont-ils été signalés en 2017 ? La Région bruxelloise suit-elle la recrudescence de cette maladie ?

Des campagnes de prévention et de sensibilisation sont-elles prévues afin d'inciter la population bruxelloise, plus particulièrement les femmes enceintes, à se faire vacciner contre la coqueluche ?

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.-** La coqueluche est une maladie à déclaration obligatoire. En 2017, 102 cas confirmés ont été notifiés aux services de la Commission communautaire commune contre 250 cas en 2016 et 136 en

2015. Ces données ne sont qu'une des sources d'information pour suivre l'incidence de cette maladie. Sciensano regroupe les différentes sources de données et les publie sous forme de rapport dont la dernière publication disponible porte sur l'année 2015.

Le moyen de prévention de la coqueluche est la vaccination. La vaccination des femmes enceintes, des nourrissons et des enfants relève de l'ONE et de la Fédération Wallonie-Bruxelles. La Commission communautaire française n'est pas compétente pour ces matières ni pour l'enregistrement des cas, du ressort de la Commission communautaire commune, ni pour l'organisation des programmes de vaccination.

Un accord de coopération entre la Commission communautaire commune, la Communauté française et la Communauté germanophone sur l'achat des vaccins pour protéger les femmes enceintes, les enfants et les adolescents a été signé en 2015. Je vous suggère de relayer cette question vers la ministre de l'Enfance de la Fédération Wallonie-Bruxelles et vers mes collègues Gosuin et Vanhengel en charge de la Santé à la Commission communautaire commune qui pourront mieux vous informer.

## CLÔTURE

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

Prochaine séance, sur convocation.

*La séance est levée à 15 h 25.*

Membres du Parlement présents à la séance : Eric Bott, Michèle Carthé, Ridouane Chahid, Michel Colson, Alain Courtois, Emmanuel De Bock, Olivier de Clippele, Armand De Decker, Julie de Groote, Céline Delforge, Serge de Patoul, Caroline Désir, Vincent De Wolf, Bea Diallo, Christos Doukeridis, Willem Draps, André du Bus de Warnaffe, Dominique Dufourny, Anne Charlotte d'Ursel, Mathilde El Bakri, Ahmed El Khannouss, Ahmed El Ktibi, Nadia El Yousfi, Isabelle Emmery, Hamza Fassi-Fihri, Zoé Genot, Claire Geraets, Marc-Jean Ghyssels, Amet Gjanaj, Yousef Handichi, Evelyne Huytebroeck, Jamal Ikazban, Véronique Jamoulle, Abdallah Kanfaoui, Pierre Kompany, Hasan Koyuncu, Marion Lemesre, Marc Loewenstein, Fabian Maingain, Joëlle Maison, Zahoor Ellahi Manzoor, Alain Maron, Catherine Moureaux, Mohamed Ouriaghli, Mahinur Ozdemir, Emin Ozkara, Martine Payfa, Caroline Persoons, Charles Picqué, Arnaud Pinxteren, Magali Plovie, Jacqueline Rousseaux, Fatoumata Sidibé, Simone Susskind, Sevet Temiz, Barbara Trachte, Julien Uyttendaele, Gaëtan Van Goidsenhoven, Michaël Verbauwhede, Michaël Vossaert, Kenza Yacoubi, David Weytsman.

Membres du Gouvernement présentes à la séance : Cécile Jodogne et Céline Fremault.

