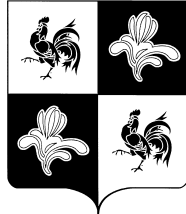


Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)



23 février 2016

SESSION ORDINAIRE 2015-2016

PROPOSITION DE RÉOLUTION

appelant à la mise en œuvre rapide du Plan national Sida

déposée par Mme Zoé GENOT, Mme Catherine MOUREAUX,
Mme Barbara d'URSEL-de LOBKOWICZ, M. André du BUS de WARNAFFE
et Mme Claire GERAETS

RAPPORT

fait au nom de la commission de la Santé

par M. Zahoor Ellahi MANZOOR

SOMMAIRE

1. Désignation du rapporteur.....	3
2. Exposé de Mme Zoé Genot et consorts, auteurs de la proposition de résolution.....	3
3. Intervention de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé	6
4. Discussion générale	7
5. Discussion et vote des considérants et des points du dispositif.....	9
6. Vote sur l'ensemble de la proposition de résolution	9
7. Approbation du rapport.....	9
8. Texte adopté par la commission.....	10

Ont participé aux travaux : M. Michel Colson (supplée Mme Barbara d'Ursel-de Lobkowicz), M. André du Bus de Warnaffe, Mme Nadia El Yousfi (supplée M. Bea Diallo), Mme Isabelle Emmery, Mme Zoé Genot, M. Amet Gjanaj, M. Abdallah Kanfaoui, M. Hasan Koyuncu, M. Zahoor Ellahi Manzoor et Mme Martine Payfa (présidente).

Ont également participé aux travaux : Mme Claire Geraets (députée) et Mme Cécile Jodogne (ministre).

Mesdames,
Messieurs,

La commission de la Santé a examiné, en sa réunion du 23 février 2016, la proposition de résolution appelant à la mise en œuvre rapide du Plan national Sida.

1. Désignation du rapporteur

M. Zahoor Ellahi Manzoor a été désigné en qualité de rapporteur.

2. Exposé de Mme Zoé Genot et consorts, auteurs de la proposition de résolution

Mme Zoé Genot (Ecolo) rappelle que l'épidémie de sida reste un enjeu majeur en Belgique. Notre pays connaît en effet un des plus hauts taux d'infections au VIH diagnostiquées en Europe (10,7 cas pour 100.000 habitants contre 5,7 cas en moyenne en Europe en 2011). Bruxelles, en particulier, est la plus touchée, puisqu'on y recensait en 2013 plus de 20 diagnostics pour 100.000 habitants, et plus de 2 diagnostics pour 1.000 tests effectués. En outre, l'épidémie de VIH se double de l'augmentation de plusieurs épidémies d'infections sexuellement transmissibles (principalement Chlamydia, Gonorrhée et Syphilis).

Ces constats ont amené la Belgique à se doter pour la première fois d'un Plan national d'action contre l'épidémie de sida, fin 2013.

Pourtant, plus d'un an après la finalisation de ce plan, celui-ci reste lettre morte. Le Gouvernement fédéral, responsable du pilotage du plan, tarde en effet à désigner un coordinateur national pour le plan. Si des coordinateurs de piliers ont bien été nommés pour prendre la charge du Comité de Monitoring du Plan, aucune rencontre avec la ministre de la Santé publique n'a été toutefois possible à ce jour.

Certaines des actions du plan sont aujourd'hui purement et simplement menacées. C'est le cas des points 9 et 10 de l'action 38 qui visaient à « soutenir le dépistage décentralisé et démedicalisé » tout en « formulant un cadre juridique permettant la réalisation de tels dépistages » dans un contexte où le retard au dépistage reste important (38 %). La commissaire rappelle, par ailleurs, que plusieurs études internationales démontrent que les personnes ne connaissant pas leur statut sérologique sont à l'origine de la moitié, voire de plus des deux tiers, des nouvelles contaminations à l'infection VIH. Le dépistage de la population

séro-interrogative représente donc l'un des enjeux majeurs dans la lutte contre le VIH et dans l'accomplissement des objectifs d'ONUSIDA pour 2020 afin de contrôler l'épidémie, à savoir s'assurer que 90 % des personnes infectées par le VIH connaissent leur séropositivité, que 90 % des personnes vivant avec le VIH aient accès à un traitement antirétroviral et que 90 % des patients traités aient une charge virale indétectable.

Il existe donc une réelle urgence à diversifier l'offre de dépistage afin d'accroître sa couverture. Autrement dit, il s'agit notamment d'utiliser le dépistage démedicalisé pour capter des populations pour lesquelles de nombreux freins au dépistage sont connus – et ce, compte tenu d'un retard au dépistage de 38 %. Plusieurs populations peuvent être atteintes par le dépistage démedicalisé et sont définies comme publics cibles dans le Plan; notamment des HSH (hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes) et des populations migrantes d'Afrique subsaharienne.

Il faut également signaler que plusieurs projets-pilotes de dépistage décentralisé visant les travailleuses du sexe sont mis en œuvre avec un financement par l'INAMI (à Bruxelles il s'agit d'Alias et d'Espace P, ...). Pour ceux-là, il est désormais impératif de sortir d'une phase de projet-pilote et d'assurer une pérennité à partir de 2016.

Par rapport à d'autres pays européens, la Belgique est sur ce point clairement à la traîne; en France par exemple, les autorités de Santé publique ont depuis quelque temps déjà permis que le dépistage du VIH se fasse sans la présence d'un médecin et sous conditions strictes d'une formation encadrée. Par ailleurs, d'autres pays européens (notamment le Royaume-Uni et l'Espagne) encadrent et soutiennent des dispositifs démedicalisés qui ont montré leur efficacité. Enfin, l'avenir, déjà inscrit dans le Plan, sera d'inclure d'autres outils de dépistage déjà disponibles sur le marché européen, à savoir les autotests et le *homesting*. Ceci doit bien évidemment être pensé dans le cadre d'une stratégie intégrée de dépistage au niveau national et régional.

La présente résolution appelle par conséquent le Collège à mettre en œuvre toutes les démarches utiles pour que l'ensemble des parties concernées s'engagent résolument et sans délai à appliquer le Plan national Sida, et appelle également le Collège à prendre les actions qui relèvent de son champ de compétence.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) poursuit la présentation de la proposition de résolution en rappelant que le Plan national de lutte contre le Sida porté par Laurette Onkelinx (encore ministre des Affaires

sociales et de la Santé publique à l'époque) inscrivait la prévention primaire, le dépistage et la prise en charge des personnes séropositives au cœur d'une stratégie intégrée. Il visait aussi à encourager davantage la transversalité et les collaborations entre toutes les entités et tous les secteurs. Les chiffres étaient déjà très interpellants. La Belgique comptait parmi les états européens où le nombre d'infections diagnostiquées était le plus élevé. On était à peu près à 10 cas pour 100.000 habitants en 2013, là où la moyenne européenne était de 6 pour 100.000 habitants, l'écart est ici très criant.

Ce Plan VIH 2014-2019 comportait quatre grands piliers, la prévention, le dépistage, la prise en charge et la qualité de vie de la personne infectée par le VIH.

Le dépistage est l'un des piliers les plus importants dans le Plan de lutte contre le Sida. Lors du lancement du Plan, le taux de dépistage restait trop tardif dans 38 % des cas en Belgique, fin 2013. Ce qui veut dire que ces personnes infectées ignoraient qu'elles représentaient un danger pour les autres mais aussi pour elles-mêmes. Pour remédier à cela, Laurette Onkelinx militait en faveur d'une stratégie nationale de dépistage prévoyant notamment que cette opération ne doive plus obligatoirement être réalisée par un médecin et qu'elle soit davantage décentralisée.

L'avantage de promouvoir un dépistage décentralisé réside dans le fait que cela peut se faire à moindre coût (6 €) et diminue le stress lié à la procédure de dépistage dite classique. Le programme de dépistage décentralisé impulsé par Laurette Onkelinx portait ses fruits avec un nombre de personnes dépistées passant de 439 à 511 entre 2013 et 2014.

Plus de deux ans et demi se sont écoulés depuis la mise en place de ce Plan et malheureusement on peut constater qu'aucune mesure concrète n'a été prise par le Gouvernement actuel pour assurer son suivi.

Le fédéral ne semble pas se presser à nommer un coordinateur national pour ce Plan. Il semble que ce soit l'impasse aussi en ce qui concerne la modification de l'arrêté royal 78 qui interdit le dépistage décentralisé et démedicalisé. Pour l'heure, il s'agit encore d'une compétence fédérale. Mme Maggie De Block aurait annoncé dans la presse avoir donné des instructions pour préparer un cadre législatif pour mi 2016 permettant de lever l'incompatibilité.

Les associations se retrouvent donc avec une partie de leur subvention provenant de l'INAMI tout simplement interrompue.

Prenons l'exemple de l'association Ex-Aequo, seule association pratiquant jusqu'à aujourd'hui un

dépistage démedicalisé et décentralisé par TROD (Test rapide d'orientation diagnostique). Elle offre un dépistage rapide et efficace mais elle a aussi mis en place un processus de « *counseling* » (les personnes pratiquant le *counseling* suivent une formation continue avec des professionnels dont les médecins, etc.) afin de mieux guider les personnes infectées et encourager les autres à se faire dépister le plus rapidement possible lorsque leurs pratiques sont dites « à risque ».

Il faut savoir qu'Ex-Aequo ne reçoit plus le financement de 44.000 € qui lui était octroyé par l'INAMI, ce qui représente une perte non négligeable. Pour continuer à tourner de manière fonctionnelle et offrir un service de qualité, elle doit dorénavant chercher à pallier à ce manque de diverses manières. Outre les subsides venant de la Commission communautaire française, elle rentre régulièrement des projets afin d'attirer de potentiels mécènes en dehors du secteur public.

Le dépistage auprès des sans-papiers, qui constituent une population à risque, mais aussi des primo-arrivants et des demandeurs d'asile, qui dans la situation internationale actuelle viennent nombreux à Bruxelles, reste un enjeu important. Dans ces communautés, le sujet du VIH et Sida reste souvent un sujet tabou. Le prix abordable des tests (6 €), la rapidité, l'anonymat et les conditions non-médicales pourraient encourager ces personnes à se faire dépister.

C'est une situation problématique surtout pour Bruxelles où la concentration des populations à risque est plus grande, ce qui fait aussi augmenter le danger et, par conséquent, la nécessité d'introduire un dépistage rapide pour toutes les personnes, indépendamment de toutes les difficultés auxquelles elles pourraient être confrontées, qu'elles soient médicales, sociales ou économiques.

En tant que médecin, travaillant à Molenbeek-Saint-Jean dans un quartier populaire, multiculturel, mais aussi où les conditions socio-économiques de ses habitants ne sont pas toujours favorables, ce commissaire considère que la mise en œuvre rapide du Plan de lutte contre le Sida est indispensable en termes de Santé publique.

Le groupe socialiste est très inquiet du renvoi des responsabilités du Gouvernement fédéral et en particulier de sa ministre de la Santé publique.

Dans cette situation, le groupe socialiste soutient la proposition de résolution appelant à la mise en œuvre rapide du Plan national Sida afin de lutter de manière beaucoup plus efficace contre cette maladie encore incurable à ce jour.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) souhaite évoquer deux éléments en lien avec la politique déployée par le Gouvernement fédéral précédent.

Il fait observer que le Plan Sida représente une exception dans la mesure où il s'agit du seul plan concernant une maladie particulière.

En effet, plutôt que de faire plusieurs plans correspondant à différentes maladies, la ministre Laurette Onkelinx avait opté pour un seul plan regroupant les maladies chroniques, sauf pour le Sida, maladie pour laquelle un plan particulier avait été élaboré.

Ce dernier est arrivé un peu tard et le Gouvernement précédent n'a pas eu le temps de le mettre complètement en place. Il faut reconnaître également que le pouvoir fédéral avait très peu engagé les entités fédérées dans ce processus, ce qui n'a pas facilité le travail de la nouvelle ministre.

Ce commissaire estime qu'il faut d'urgence un plan transversal impliquant tous les niveaux de pouvoir concernés.

Mme Claire Geraets (PTB*PVDA-GO !) s'est associée à cette proposition lors de son dépôt même si les derniers chiffres publiés par l'Institut de Santé publique, et qui concernent l'année 2014, mettent en évidence une diminution de nouvelles infections au VIH pour la deuxième année consécutive. Cette baisse a, pour la première fois, concerné les deux groupes de la population les plus touchés par le VIH, à savoir les hommes, principalement belges et européens, ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et, d'autre part, les personnes originaires de pays d'Afrique subsaharienne.

En 2014, il y avait 2,8 nouveaux diagnostics par jour en moyenne.

Mais à ce stade, il est impossible de dire s'il s'agit d'un phénomène structurel ou uniquement conjoncturel.

Il faut également savoir que 38 % des infections au VIH ont été diagnostiquées tardivement. Les diagnostics tardifs restent plus fréquents chez les hétérosexuels (49 %) que chez les HSH (24 %), même si chez ces derniers la proportion de diagnostics tardifs augmente depuis six ans.

Depuis 1985, année où le suivi épidémiologique des personnes contaminées par le VIH et celles atteintes du Sida a commencé, la situation a bien changé.

En 2016, partager sa vie avec une personne séropositive, c'est possible. Les personnes vivant avec le

VIH et dont la charge virale est indétectable peuvent pourtant avoir une vie sociale, affective et sexuelle normale. D'autant que leur espérance de vie est désormais comparable à celle d'une personne séronégative. On peut donc partager la vie d'une personne séropositive, avec pour seuls risques, de faire une belle rencontre, d'être amoureux, d'avoir de merveilleux enfants, de vieillir ensemble, ...

Cependant, avec un peu moins de trois cas diagnostiqués en moyenne chaque jour, la contamination reste élevée. Il est donc capital de poursuivre et renforcer les efforts déployés en matière d'information sur les modes de transmission du VIH et sur les moyens de protection. À cet égard, la Plateforme Prévention Sida souligne l'efficacité attestée de la prévention combinée. Outre le port du préservatif, celle-ci met l'accent sur l'importance du dépistage et du traitement précoce afin de limiter le risque de transmission du virus. Elle englobe également d'autres approches de traitement, avant ou après l'exposition aux risques.

Un traitement antirétroviral efficace fait baisser la charge virale d'une personne infectée par le VIH à un niveau indétectable. En cas de charge virale indétectable, le risque de transmission d'une personne infectée par le VIH à d'autres est fortement réduit. Par ailleurs, les effets favorables de l'initiation précoce du traitement antirétroviral en termes de réduction d'infections et de cancers graves ont été observés.

La diversification des offres de dépistage proposées sera primordiale afin de permettre d'atteindre les personnes infectées de manière très précoce dans l'évolution de leur infection, mais aussi d'atteindre les personnes qui ne rentrent pas dans les circuits classiques de dépistage et sont par conséquent diagnostiquées trop tardivement.

L'OMS et le Centre européen de prévention et de contrôle des maladies (ECDC) recommandent d'élargir les possibilités de dépistage du VIH grâce à des services décentralisés et communautaires, en complément du dépistage réalisé dans les établissements de santé.

Le Conseil supérieur de la Santé a décrit le contexte dans lequel le dépistage décentralisé et démedicalisé du VIH pourrait être réalisé en Belgique. Il insiste notamment sur la nécessité de formation de toutes les personnes effectuant un dépistage et aussi la nécessité de publier une brochure informative pour les personnes de contact dans les soins de santé.

Afin d'être efficaces, les programmes de dépistage et de prise en charge du VIH devraient toutefois être intégrés dans un cadre de prévention combiné comprenant des interventions biomédicales, structurelles

et comportementales (comme la promotion de l'utilisation du préservatif), afin de prendre en compte les interactions complexes des déterminants de la transmission du VIH.

Dans un contexte où la presse a dénoncé, ce lundi 22 février 2016, le dérapage budgétaire de la Sécurité sociale à hauteur de 100 millions d'€ pour 2016, dû à une augmentation des coûts médicamenteux, il est impensable que le Plan national Sida ne soit pas mis en route rapidement, plan qui permettra un diagnostic précoce des personnes infectées par le VIH, et donc leur prise en charge rapide, avec pour conséquences une vie proche de la vie normale, une diminution des complications en termes d'infections et de cancers et donc à une diminution des coûts secondaires pour les patients.

Cette commissaire conclut en rappelant que, suite à la sixième réforme de l'État, la Commission communautaire française est compétente en matière de prévention et de promotion de la santé et qu'il lui revient dès lors de soutenir les associations qui œuvrent à la prévention du VIH.

Pour ce qui concerne le dépistage, c'est bien encore l'État fédéral qui est compétent pour ce qui concerne le dépistage individuel, et les Communautés pour les campagnes collectives de dépistage.

Si l'arrêté royal 78 devait être modifié, comme l'a évoqué la ministre fédérale de la Santé, Maggie De Block, cela permettrait de délocaliser le dépistage mais il faudra une autre loi pour le démedicaliser.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) s'associe aux données épidémiologiques et de santé publique ainsi qu'aux actions qu'il faut mener. Il remercie, par ailleurs, son collègue André du Bus de Warnaffe d'avoir retracé les failles du processus.

3. Intervention de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé

À la suite de la sixième réforme de l'État, la Commission communautaire française est devenue compétente en matière de prévention et de promotion de la santé. Cela inclut la prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles. Dans ce cadre, le Gouvernement soutient plusieurs ASBL qui mettent en œuvre différentes actions en direction de la population générale et de plusieurs publics cibles : les jeunes, les « hommes ayant des rapports sexuels avec des hommes », les personnes migrantes (et en particulier celles qui sont issues de pays à forte endémie, notamment ceux d'Afrique subsaharienne), les femmes et les hommes qui se prostituent, les usagers de drogues qui s'injectent de la drogue.

Les recommandations internationales – OMS et ONUSIDA – insistent sur la pertinence du paradigme de la prévention combinée, qui repose sur l'ensemble des outils disponibles : promotion de l'utilisation du préservatif, encouragement au dépistage précoce et accès au traitement, celui-ci étant ainsi curatif (pour le patient) et préventif (pour ses éventuels partenaires, lorsque sa charge virale est indétectable depuis un certain temps).

Le transfert de compétences en matière de santé ne doit pas créer une incertitude concernant les stratégies préconisées par le paradigme de la prévention combinée. La prévention non médicalisée est du ressort des communautés et les soins curatifs du ressort du fédéral. En ce qui concerne le dépistage, il est du ressort du fédéral lorsqu'il constitue un acte individuel et du ressort des communautés lorsqu'il fait l'objet d'un programme collectif organisé. Dans ce dernier cas une collaboration entre fédéral et communautés peut être décidée et formalisée dans le cadre d'un protocole d'accord ou d'un accord de coopération. À Bruxelles, deux programmes de dépistage organisés existent actuellement : le programme de dépistage du cancer du sein et celui du cancer colorectal.

La ministre Maggie De Block a affirmé plusieurs fois lors de réponses à des interpellations parlementaires que le dépistage était désormais, suite à la sixième réforme de l'État, du ressort des communautés. Cette affirmation est plutôt hâtive, puisque le transfert des compétences n'a rien changé à cette compétence de manière générale. Par contre, en ce qui concerne le cas particulier du dépistage démedicalisé, qui comme cela a été évoqué n'est pas encore une réalité en Belgique, on pourrait, une fois l'arrêté royal modifié, le considérer comme n'étant plus du ressort du fédéral. Il convient néanmoins de rester prudent étant donné les implications budgétaires de ce type de dispositif.

Comme la ministre l'avait déjà évoqué à plusieurs reprises en séance plénière, elle proposera bientôt au Collège de soutenir un projet de dépistage délocalisé et, une fois la législation adaptée, également démedicalisé, en direction des publics particulièrement touchés. La ministre a rencontré plusieurs associations de prévention à la fin de l'année 2015 et leur a demandé de lui soumettre un projet. D'après ses informations, encore officieuses, la modification de l'arrêté royal est prévue pour la moitié de cette année.

La ministre a également l'intention de continuer à soutenir les associations actives depuis de nombreuses années en matière d'information, de communication, de travail de proximité, et de réduction des risques, en particulier celles qui travaillent avec les publics les plus vulnérables.

Mais la question du dépistage n'est qu'une des composantes du Plan national. Afin de renforcer le continuum nécessaire entre prévention, dépistage et soins, un suivi régulier des mesures préconisées par le Plan est nécessaire et la désignation d'un coordinateur visait notamment à garantir la qualité des synergies entre les différents niveaux de pouvoir et les divers acteurs de terrain concernés.

Dans le cadre de la Conférence interministérielle santé, la ministre avait demandé que la question du Plan national sida soit inscrite à l'ordre du jour. Il a finalement été décidé d'inclure cette question dans le Groupe de travail « maladies chroniques », qui comme son nom l'indique suit le Plan maladies chroniques et l'appel à projets lancé récemment en la matière. Mais ce GT aborde aussi les collaborations possibles entre le fédéral et les entités fédérées au sujet de la prévention dans différents domaines.

Un protocole d'accord est ainsi en discussion pour identifier les rôles de chacun en matière de prévention et les objectifs communs. Une partie générale porte sur les grands principes de cette collaboration. Viennent ensuite des chapitres par thématique. Sont abordés des sujets aussi divers que les dépistages de certaines maladies, la prévention en matière de tabac, d'alcool et d'autres drogues, la promotion d'une alimentation saine, etc. La santé sexuelle, incluant la prévention du VIH et des autres IST, est abordée et a fait l'objet d'une discussion.

En l'état, il est précisé que le fédéral et les entités fédérées font le point sur la mise en œuvre des différentes mesures contenues dans le Plan. On est évidemment bien loin du principe d'un coordinateur chargé de la bonne exécution de celui-ci, ce que ses collaborateurs ont plusieurs fois signalé au cours des discussions qui ont eu lieu en intercabinets.

Le Plan et le guide « maladies chroniques » ont été approuvés en Conférence interministérielle et sont donc soutenus par tous les ministres de la santé. Il y a une adhésion de tous les ministres quant au principe de ce plan, qui vise précisément une approche intégrée dans la prise en charge des maladies chroniques et qui vise à placer le patient au centre du dispositif. L'idée est de ne pas travailler thématique par thématique – maladie par maladie – mais d'apporter une offre globale de prise en charge sur un territoire donné. Si cette approche est pertinente, il n'en reste pas moins qu'elle empêche de prendre en compte des mesures spécifiques inscrites dans le Plan national Sida.

4. Discussion générale

M. André du Bus de Warnaffe (cdH) observe, qu'en effet, le « cheval de bataille » de la ministre Laurette Onkelinx, lorsqu'elle a élaboré la loi relative aux maladies chroniques, était de centrer la loi sur « le malade chronique » plutôt que sur la maladie chronique. C'est un élément non négligeable pour la prise en charge.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) remarque que le Sida est devenu une maladie chronique, grâce à la trithérapie mais que les personnes atteintes meurent désormais de maladies chroniques secondaires.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) revient sur le dépistage pour signaler qu'en cas de test positif, le malade est dirigé vers le personnel médical.

Mme Zoé Genot (Ecolo) confirme qu'il faut bien sûr une prise en charge globale, mais qu'il faut reprendre des mesures qui ont été en vigueur durant deux années et qui ont été arrêtées, pour permettre la démedicalisation du dépistage.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) introduit son intervention en rappelant que Jacques Brotchi interpellait la ministre quelques semaines auparavant à propos du dépistage.

C'est un sujet qui tient à cœur au groupe MR et qu'il souhaite justement voir traiter avec toute l'intelligence et la mesure qu'il mérite.

Outre les constats posés en matière de développement de la maladie, rappelés dans ce texte, il reprendra surtout ici les points faibles de la proposition de résolution qui est proposée, et qui motivent un vote négatif.

Une remarque préliminaire au niveau du timing s'impose. Les auteurs semblent s'impatienter du temps nécessaire à mettre le Plan VIH en œuvre. La précédente ministre de la Santé a fait paraître son plan VIH en septembre 2013. Il lui restait donc encore largement le temps de prévoir la suite concrète à donner à la version papier de cette vision. Ce souci de la concrétisation n'avait en effet pas été assorti d'une budgétisation. Alors on peut finalement se demander quelle était exactement l'intention d'un projet qui ne comportait pas la moindre budgétisation pour le soutenir et le concrétiser par la suite.

Et la question des moyens n'est ni anodine ni subsidiaire dans l'établissement d'un projet.

De surcroît, l'application de ce plan nécessitait la modification de l'arrêté royal 78, élément essentiel qui a complètement été occulté par la précédente

ministre de la Santé fédérale, ce qui rend aujourd'hui la pratique du dépistage décentralisé et démedicalisé illégale.

Au niveau du timing fédéral toujours, l'exécution du plan VIH a été débattue lors de la Conférence interministérielle Santé publique. La cellule interadministrative de l'INAMI, le SPF Santé publique et le groupe de travail intercabinets préparent sa mise en œuvre. Il est donc caricatural de dire que rien n'est fait.

Les auteurs de la proposition de résolution formulent rapidement une hypothèse basée sur « diverses informations », qui « laissent entendre » que le Plan « serait potentiellement » inclus dans un plan dédié aux maladies chroniques. Quelle accumulation de précautions !

Les auteurs de la proposition le soulignent eux-mêmes : si le nombre de cas diagnostiqués de VIH est important dans la région bruxelloise et inquiétant, l'augmentation de plusieurs épidémies d'infections sexuellement transmissibles l'est également. Dès lors, intégrer le VIH dans un plan consacré aux maladies chroniques aurait du sens. C'est une manière de gérer les choses que de multiplier les plans particuliers pour des cas qui ne sont peut-être pas si particuliers que cela. C'est une autre manière que de ne pas agir ainsi, et sa logique est à souligner.

De plus, mettre sur pied un plan spécialement dédié au Sida induit, malgré tout, une sorte de concurrence entre les maladies : que faut-il retenir ? Que les maladies plus médiatisées sont traitées différemment des autres ? Qu'elles peuvent, de ce fait, capter davantage de moyens au détriment d'autres, pour une question de visibilité ? La Santé ne peut pas fonctionner comme ça.

En ce qui concerne la question du dépistage décentralisé et démedicalisé, la proposition fait référence à la nécessité de modifier l'arrêté royal 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Quelles seront exactement les modifications apportées par la ministre fédérale ? Les signataires de la proposition ne le savent pas.

Cet arrêté royal 78 est en cours de révision au niveau fédéral par la ministre Maggie De Block. C'est un problème en suspens depuis longtemps et c'est la première fois qu'un ministre s'y attelle depuis 1967. Mme De Block a annoncé avoir donné des instructions pour préparer un tel cadre législatif. Cette information a été relayée dans la presse du mois de novembre, où on pouvait lire que le gouvernement fédéral allait prendre des dispositions pour faire tomber cette barrière dès la mi-2016.

Il est donc prématuré et inopportun de présumer des modifications qui seront effectivement apportées.

Le principe-même du dépistage décentralisé et démedicalisé est porteur d'enjeux dont tous les commissaires sont conscients. Il y a parfois, en effet, un frein à consulter officiellement dans des structures visibles, alors que ce dépistage démedicalisé offre l'avantage de déplacer des antennes dans des milieux où le dépistage est une nécessité pour un public qui ne peut pas, ou ne veut, pas recourir aux autres formes de dépistage.

Des choix ont été faits et le financement de projets destinés à certains groupes cibles n'ont pas été reconduits parce qu'ils ne correspondaient pas aux critères de subvention. Maggie de Block a estimé que le projet « Test-Out » différenciait au cœur du Plan Sida l'accompagnement des travailleurs du sexe et des non-prostitués, créant ainsi une forme de stigmatisation. Le VIH et la réduction des risques de transmission concernent l'ensemble de la population.

De plus, il avait été pointé l'absence d'un accompagnement médical permanent dans ce projet. Le projet d'Ex Aequo fonctionnait, en effet, grâce à des volontaires répartis sur le terrain sous la direction d'une infirmière en charge du projet. Pour le ministère de la Santé publique, sans un suivi médical de base, aucun financement n'est possible.

La ministre De Block a tenu à rappeler, et en tant que praticien c'est également l'avis de l'intervenant, qu'un lien vers le médecin reste essentiel dans ce processus, afin d'informer et d'orienter le patient qui serait détecté positif. Il est en effet inutile de détecter sans soigner : le lien avec le médecin a tout son sens et doit donc être effectif.

Le Conseil national de l'Ordre des médecins estime également de son côté que de tels dépistages doivent être organisés, supervisés et évalués par des structures de référence agréées ou reconnues par les autorités compétentes, qui disposent en leur sein de médecins. Le recrutement de volontaires doit être rigoureux. Leur formation et leurs compétences sont essentielles. Il estime également en fin de rapport qu'il faut encourager prioritairement le dépistage via le circuit médical.

Toutes ces considérations sont essentielles tant pour la population que pour l'acte du dépistage lui-même, et elles doivent scrupuleusement être cadrées. C'est ce qui va être fait.

Enfin la présente proposition de résolution affirme que l'avenir serait au développement d'autres outils de dépistage, notamment l'autotest. Ce commissaire pense que seul l'avenir pourra le dire et que, pour le

moment, il faut s'atteler à bien cadrer cette pratique et le rôle qu'on souhaite lui voir jouer de la manière la plus objective possible. Quels publics sont visés ? Quels coûts aura ce mode de dépistage ? Quels sont les risques liés à une lecture non-encadrée des résultats ?

En France, l'introduction, en septembre 2015, de la vente libre (en pharmacie ou via internet) d'autotests VIH livre ses premiers bilans, notamment quant au profil déclaré des acheteurs par exemple : il s'agirait d'utilisateurs jeunes, urbains et informés. 76 % des acheteurs se déclarent hétérosexuels, 15 % homosexuels et 10 % bisexuels. Était-ce la cible initiale ?

Le groupe MR vote donc négativement cette proposition de résolution en ce qu'elle ne tient pas compte des travaux mis sur l'ouvrage au niveau fédéral, lesquels impacteront pourtant les actions qui seront à prendre au niveau communautaire.

Mme Zoé Genot (Ecolo) répond à l'intervenant précédent que tout Plan mérite une budgétisation ! Elle fait observer également que la problématique des travailleurs du sexe est présente dans le 7^e paragraphe des développements.

Concernant le dépistage démedicalisé, l'intervenante rappelle à M. Kanfaoui l'interpellation qu'il a adressée au ministre Gosuin en commission de la Santé de la Commission communautaire commune, le 21 janvier 2015 ⁽¹⁾. Dans cette interpellation, le député demande notamment au ministre : « Avez-vous planifié le développement, l'encouragement de nouvelles formes de dépistage ? » et évoque le projet-pilote mis sur pied par Ex-Aequo et Médecins du monde, pour demander : « ..., mais pouvez-vous me dire si ce projet a été pérennisé ? ».

Or, rappelle Mme Genot, ce projet-pilote concerne le dépistage sans médecin. C'est le propre de cette expérience. Et cependant la ministre fédérale de la Santé y a mis un terme.

L'intervenante insiste sur le fait que les acteurs de terrain ont besoin de continuité, et se demande ce qui justifie les fluctuations sur ces projets si importants et utiles.

Elle termine en exprimant l'espoir que le MR aura une position continue sur cette problématique.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS) fait observer que ce type de dépistage se pratique en France depuis longtemps, et rappelle que l'ex-ministre de la Santé, Laurette Onkelinx, y avait consacré 44.000 €, payés par l'INAMI. Il s'agit d'une question de santé publique.

M. Abdallah Kanfaoui (MR) soutient les tests démedicalisés mais dit qu'ils doivent s'inscrire dans un cadre juridique.

L'ASBL Ex-Aequo n'est pas satisfaite de la fin du financement, mais l'INAMI conteste la légalité des tests non medicalisés et ceci dépend du champ des compétences fédéral.

5. Discussion et vote des considérants et des points du dispositif

Premier considérant

Le premier considérant a été adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

Deuxième considérant

Le deuxième considérant a été adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

Troisième considérant

Le troisième considérant a été adopté par 9 voix pour et 1 voix contre.

Premier point du dispositif

Le premier point du dispositif a été adopté par 9 voix pour et 1 abstention.

Deuxième point du dispositif

Le deuxième point du dispositif a été adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

6. Vote sur l'ensemble de la proposition de résolution

L'ensemble de la proposition de résolution a été adopté par 9 voix pour et 1 voix contre.

7. Approbation du rapport

Il est fait confiance à la présidente et au rapporteur pour la rédaction du rapport.

(1) CRI COM (2014-2015) n° 7, pp. 4 et 5.

8. Texte adopté par la commission

Il est renvoyé au texte de la proposition de résolution tel qu'il figure au document 25 (2014-2015) n° 1.

Le Rapporteur,

Zahoor Ellahi MANZOOR

La Présidente,

Martine PAYFA

