



Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)

Session 2015-2016

Réunion du mardi 13 octobre 2015

Bulletin des interpellations et des questions orales

Commission de la Santé

Sommaire

Pages

Interpellations

- *L'impact du changement climatique et de la pollution de l'air sur la santé des Bruxellois-e-s*
de Mme Evelyne Huytebroeck
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 3
(Orateurs : Mme Evelyne Huytebroeck, M. Amet Gjanaj et Mme Cécile Jodogne, ministre)
- *Le transfert de la promotion de la santé*
de Mme Zoé Genot
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 5
(Orateurs : Mme Zoé Genot, M. André du Bus de Warnaffe et Mme Cécile Jodogne, ministre)
- *Le TTIP-CETA et leurs conséquences en matière de politiques de santé*
de M. André du Bus de Warnaffe
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 7
(Orateurs : M. André du Bus de Warnaffe, M. Amet Gjanaj, Mme Zoé Genot et Mme Cécile Jodogne, ministre)

B.I.Q. N° 4 (2015-2016)

- *L'avenir du programme de dépistage du cancer colorectal*
de Mme Joëlle Maison
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 11
(Orateurs : Mme Joëlle Maison, M. Zahoor Ellahi Manzoor et Mme Cécile Jodogne, ministre)

- *La drépanocytose*
de Mme Caroline Désir
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 12
(Oratrices : Mme Caroline Désir et Mme Cécile Jodogne, ministre)

Question orale

- *La consommation de tabac à Bruxelles*
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)

Clôture..... 15

Présidence de Mme Martine Payfa, présidente

La réunion est ouverte à 14 h 05.

INTERPELLATIONS

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

L'IMPACT DU CHANGEMENT CLIMATIQUE ET DE LA POLLUTION DE L'AIR
SUR LA SANTÉ DES BRUXELLOIS-E-S

DE **Mme EVELYNE HUYTEBROECK**

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

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

Mme Evelyne Huytebroeck (Ecolo).- J'ai tenu à vous interpellier sur cette thématique, étant donné l'actualité proche et la Conférence des parties à la convention-cadre des Nations unies sur les changements climatiques (COP21) sur le climat, qui se tiendra dans un mois à Paris. La question climatique est intimement liée à celle de la santé et je trouve que l'on n'aborde pas assez cette relation.

Une étude de l'Université de Leuven, présentée au Congrès européen de la fonction respiratoire, a montré que 10% des patients dont les poumons ont été transplantés et qui vivent dans des zones exposées à des seuils de particules fines plus importants que ceux fixés par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) décèdent plus rapidement que les patients vivant dans des zones moins exposées.

L'impact de la pollution atmosphérique sur la santé n'est d'ailleurs pas un élément neuf. Ainsi, l'OMS estimait il y a un an que celle-ci causait près de 7 millions de décès prématurés par année. Les derniers avatars en matière d'émissions polluantes par l'industrie automobile ne sont pas de nature à nous rassurer sur le sujet.

Par ailleurs, fin juin, une autre revue scientifique, The Lancet, a publié son deuxième rapport sur la santé et le changement climatique, indiquant que les effets de ce dernier « sont déjà perceptibles aujourd'hui et les projections pour l'avenir représentent un risque potentiellement catastrophique d'une ampleur inacceptable pour la santé humaine ».

Selon les auteurs du rapport, les gains acquis en matière de santé lors des cinquante dernières années seraient remis en question par les effets du changement climatique, comme les inondations, les sécheresses, les tempêtes, la pollution de l'air, l'extension des maladies transmises par des vecteurs comme les moustiques, les déplacements de populations et les pathologies mentales (stress post-traumatique, etc.) provoquées par les événements climatiques extrêmes.

À cet égard, les semaines qui viennent seront décisives, puisqu'une nouvelle COP se tiendra du 30 novembre au 11 décembre à Paris, avec pour objectif la conclusion d'un nouvel accord visant à limiter la hausse de la température globale à 2°C. Nous sommes assez éloignés de cet objectif à l'heure actuelle, puisque le dernier rapport du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC) indique que le réchauffement global est bien plus rapide qu'attendu et qu'à politique inchangée, l'augmentation de la température pourrait atteindre 4,8°C à la fin du siècle.

Pire, les engagements annoncés jusqu'à présent par les différents pays en prévision de la COP21 permettraient tout juste de limiter cette hausse à une fourchette comprise entre 3,1°C et 3,5°C. C'est dire si l'heure est grave. En effet, même

en limitant la hausse de la température à 2°C, il y aura déjà des répercussions importantes sur la santé des populations.

C'est pour cette raison que différentes instances insistent sur la nécessité d'agir rapidement. The Lancet reprenait l'estimation de la Commission européenne, selon laquelle la réduction de la pollution de l'air pourrait entraîner jusqu'à 38 milliards d'euros de bénéfices par an d'ici à 2050, grâce à une réduction de la mortalité. Des actions concrètes, comme la promotion des modes de transport actifs (marche et vélo) ou le développement des espaces verts pourraient entre autres – on pourrait aussi parler de modes d'alimentation durables – avoir des effets directs et quasi immédiats sur la mortalité.

Je souhaiterais savoir comment vous tenez compte, dans votre politique de la santé, de la préoccupation de la lutte contre les effets du changement climatique. Avez-vous inscrit cette question à l'agenda de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique ? Cette préoccupation figure-t-elle dans vos priorités de travail, notamment en matière de promotion de la santé, puisque cette dernière est un levier essentiel de la lutte contre le changement climatique ?

Comment votre politique s'articule-t-elle avec celle de la ministre de l'Environnement, puisque l'OMS, dans ses directives relatives à la protection de la santé contre les effets du changement climatique, recommande notamment l'intégration systématique de l'adaptation au changement climatique dans le processus de planification de la santé ?

Enfin, cette problématique remet en lumière l'intérêt d'un instrument tel que l'évaluation d'impact sur la santé, sur lequel mon collègue Jacques Morel est régulièrement intervenu sous la législature précédente. Pour rappel, il s'agirait de mettre sur pied un dispositif semblable à celui en vigueur au Québec. La loi sur la santé y dispose que : « Le ministre de la Santé est d'office le conseiller du gouvernement sur toute question de santé publique. Il donne aux autres ministres tout avis qu'il estime opportun pour promouvoir la santé et adopter des politiques aptes à favoriser une amélioration de l'état de santé et de bien-être de la population. À ce titre, il doit être consulté lors de l'élaboration des mesures prévues par les lois et règlements qui pourraient avoir un impact significatif sur la santé de la population. ».

Vos prédécesseurs s'étaient montrés ouverts à cette idée. C'est le meilleur moyen de faire de la santé une politique transversale. En effet, toute politique – qu'il s'agisse de l'environnement, de la mobilité, de l'aménagement du territoire, etc. – a un lien direct ou indirect avec la santé. Il serait donc cohérent que vous ayez un avis à donner sur les mesures décidées par vos collègues.

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

M. Amet Gjanaj (PS).- Le lien entre environnement et santé publique nous paraît essentiel et fertile. Les mesures environnementales, lorsqu'elles sont également envisagées du point de vue de leur impact direct sur la santé, sont tout de suite mieux perceptibles pour nos concitoyens.

La qualité de l'air est un élément essentiel. La corrélation entre pollution et effets nocifs sur la santé publique est connue. Des mesures doivent être prises à tous les niveaux de pouvoir, dans la concertation et par le croisement des politiques. En effet, ce n'est pas au seul niveau du collège de la Commission communautaire française que se trouvent les leviers les plus efficaces en la matière.

Si la promotion de la santé peut contribuer, à son niveau, à

B.I.Q. N° 4 (2015-2016)

changer les comportements, nous soutiendrons la ministre dans les mesures visant à envisager ce prisme environnement-santé.

Si des mesures sont déjà prises en périodes de pic pour déconseiller la sortie aux personnes souffrant de déficiences respiratoires et pour limiter la vitesse des véhicules, il est urgent de poursuivre le développement de mesures structurelles agissant sur les causes, plutôt que sur les effets. Nous nous associons donc à Mme Susskind, M. El Ktibi et M. Uyttendaele, qui sont déjà intervenus au sujet de la qualité de l'air en commission de l'Environnement du Parlement régional. En 2013 déjà, M. El Ktibi avait interpellé sur le sujet la ministre de l'époque, Mme Huytbroeck. Mme Susskind et M. Uyttendaele l'ont fait sous la présente législature.

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- L'impact de l'environnement sur la santé, et en particulier les points que vous soulevez sur la qualité de l'air et le changement climatique, sont bien entendu des questions cruciales qui méritent une attention spécifique de la part des pouvoirs publics.

De fait, les liens entre les politiques environnementales et celles de la santé sont très nombreux. Cependant, je vous avoue être quelque peu surprise par une partie des questions que vous me posez. Pourquoi ne les adressez-vous pas en premier lieu à la ministre régionale de l'Environnement, Mme Céline Fremault ? En effet, les problématiques que vous soulevez sont largement prises en considération par Bruxelles Environnement. Sur son site internet, je constate que les effets de l'environnement sur l'augmentation du risque d'apparition de différentes pathologies y sont décrits de manière très pédagogique.

Par ailleurs, le Plan régional air-climat-énergie, qui a été adopté en deuxième lecture par le gouvernement régional au mois d'avril dernier, comporte différentes mesures dans ce domaine. Ainsi, la mesure 48 préconise « de développer et assurer une vigilance scientifique et médicale en matière d'impact de la pollution de l'air sur la santé ». Il s'agit de stimuler la recherche scientifique sur cette question, mais également de définir des normes pour la qualité de l'air intérieur.

La mesure 49 prévoit quant à elle de « sensibiliser et (d') informer les professionnels de la santé et du social au sujet des conséquences des différentes formes de pollution sur la santé » et ce, en plaidant auprès des entités concernées pour intégrer ces aspects dans les formations de ces professionnels.

En ce qui concerne les citoyens, la mesure 50 consiste à « sensibiliser ceux-ci à l'importance d'une bonne qualité de l'air ». Différents sites internet remplissent déjà cette mission : ceux de Bruxelles Environnement, d'Irceline (Cellule interrégionale de l'environnement - Celine), de la STIB et de Bruxelles Mobilité. De leur côté, les médias prêtent une attention croissante à ce type d'informations. Cependant, il est prévu de renforcer l'information et sa coordination, tant au sujet de la qualité de l'air intérieur que des niveaux de pollution.

Bien évidemment, le plan aborde aussi l'adaptation au changement climatique, ce qui en constitue l'axe 6.

Les compétences dont il est question ici relèvent donc bien de la Région et, pour une part, de la Commission communautaire commune. En effet, cette dernière dispose de données intéressantes dans le domaine de la santé. Je pense plus particulièrement ici à celles de l'Observatoire de la santé et du social. Ses rapports sont complets et offrent une vue précise de la santé des Bruxellois.

Je sais d'ailleurs que votre collègue Alain Maron a adressé une interpellation identique aux ministres en charge de la Santé à la Commission communautaire commune.

Compte tenu de ces éléments, je suis bien évidemment ouverte à toute collaboration avec mes collègues du gouvernement bruxellois. Des concertations existent d'ailleurs déjà entre Bruxelles Environnement et les administrations de la Commission communautaire française et de la Commission communautaire commune pour l'évaluation du Plan canicule.

Comme je l'ai dit précédemment en séance plénière, les priorités du collège de la Commission communautaire française en matière de promotion de la santé seront opérationnalisées dans le cadre du décret en préparation. Ce dispositif est pensé pour faciliter les diverses concertations politiques nécessaires.

Au début de cette intervention, je vous parlais des nombreux liens entre l'environnement et la promotion de la santé. À titre d'exemple, je citerais la promotion de la santé cardiovasculaire, grâce au soutien aux attitudes saines que je souhaiterais développer parmi mes futures priorités. Promouvoir l'exercice physique passe notamment par l'encouragement à une mobilité douce qui remplace, au moins en partie, l'utilisation de la voiture. Promouvoir une alimentation saine devrait se faire en informant le public sur les aliments produits selon des cycles courts. Il sera intéressant, en temps utile, de créer des synergies avec différentes compétences comme la mobilité, le sport ou l'environnement.

La conférence interministérielle de la santé publique n'aborde pas, pour le moment, les questions liées à l'impact de la pollution sur la santé. Comme vous le savez, il existe une conférence interministérielle de l'environnement (CIE). Des décisions environnementales y sont prises en concertation avec les membres concernés du gouvernement fédéral et des entités fédérées. Lorsque les questions qui y sont traitées dépassent la sphère de l'environnement, d'autres ministres y sont également invités. La conférence interministérielle mixte de l'environnement et de la santé (Cimes) existe également. D'après mes informations, elle ne s'est cependant pas réunie récemment.

Pour conclure sur ce point, il me semble utile de distinguer deux aspects. D'une part, la préoccupation pour la santé dans les différentes politiques. On pourrait l'appeler le principe de transversalité. Il consiste à intégrer systématiquement dans les différentes politiques l'analyse des conséquences sur la santé de la population des différentes mesures prises. Il s'agit d'une approche qui percole à des degrés et avec des succès divers dans différents domaines de l'action politique. Les politiques environnementales régionales développées actuellement me semblent exemplaires à ce sujet. J'ai rappelé une série de liens un peu plus haut.

D'autre part, parallèlement à la préoccupation de la santé dans les différentes politiques, la promotion de la santé, comme compétence politique, doit forcément être délimitée selon un périmètre relativement clair - même s'il doit être évolutif -, afin de ne pas empiéter sur les autres compétences. Par ailleurs, il convient de rester réaliste sur le plan budgétaire. Il va de soi, néanmoins, qu'il faut se doter d'outils qui permettent de favoriser les transversalités.

À ce sujet, l'évaluation d'impact sur la santé (EIS) est, sur le plan théorique, une démarche intéressante. Partant du constat que la grande majorité des déterminants de la santé se trouvent en dehors du système de santé, l'EIS vise à analyser les répercussions des mesures prises dans les différentes politiques publiques « non sanitaires » sur la santé de la population : l'environnement, le logement, l'emploi, etc.

Cette évaluation permet donc de sensibiliser les responsables

politiques et de faire évoluer les décisions vers davantage de santé, celle-ci étant envisagée de manière globale. Cependant, nous connaissons tous la complexité institutionnelle de la Belgique, et de Bruxelles en particulier. Nous savons aussi que la sixième réforme de l'État n'a pas simplifié les choses dans différents domaines de l'action politique, notamment celui de la santé.

Mon souci le plus urgent est d'élaborer un cadre décrétoal permettant de poursuivre les programmes existants dont nous avons hérité de la Communauté française, tout en réorientant ceux-ci vers les réalités bruxelloises si cela s'avère nécessaire.

Certains acteurs de terrain ont attiré mon attention sur l'intérêt d'une approche comme l'évaluation d'impact sur la santé. Celle-ci doit assurément faire l'objet d'une réflexion collective. Nous avons déjà eu l'occasion d'en discuter en séance plénière.

C'est l'une des nombreuses pistes qui sera discutée dans le cadre du Plan santé, dont je coordonne le groupe de travail prévention/promotion. Mais, vu la réalité institutionnelle que je viens d'évoquer, il s'agira de mener cette réflexion sur le long terme et de manière collective, en associant progressivement tous les ministres concernés.

En conclusion, je dirais que si les impacts environnementaux sur la santé sont avérés et importants, la politique de la santé n'est pas nécessairement à même d'y répondre, si ce n'est en encourageant l'exercice physique, l'adoption d'une alimentation saine, etc.

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

Mme Evelynne Huytebroeck (Ecolo).- Je savais que les réponses ne se trouvaient pas principalement chez vous. Mon interpellation ne visait pas à vous reprocher quelque chose, mais à vous permettre de préciser ce qui pouvait être fait en matière de santé en lien avec la question climatique.

Arnaud Pinxteren interpelle en commission de l'Environnement et Alain Maron se charge de le faire au niveau communautaire. Nous interpellons partout où c'est possible : il en va de même lorsque sont abordées les questions de mobilité. Tout cela pour démontrer évidemment que la question des changements climatiques et de leurs conséquences est, par essence, une matière véritablement transversale. Il faut donc mettre l'accent sur cette question à peu près dans toutes les matières.

Ma question visait plutôt à savoir si, à un moment donné, des mesures ne doivent pas être prises en coordination. Qui peut piloter ces mesures, puisqu'elles concernent les Régions, le niveau fédéral et la Fédération Wallonie-Bruxelles, même s'il y a des transferts entre ces entités ? À un moment donné, il faut pouvoir s'interroger sur le pilote potentiel qui pourra traiter globalement de ces questions et des différentes pistes possibles. Est-ce la conférence interministérielle (CIM) de l'environnement ou la conférence interministérielle mixte de l'environnement et de la santé (Cimes) ? C'est à discuter.

J'ai abordé précisément la question de la pollution de l'air, comme je pouvais aborder d'autres pollutions. Je sais que Bruxelles Environnement possède une cellule spécifique qui s'intéresse à la question des pollutions intérieures. Elles nuisent très fortement à la santé, et peut-être même autant que la pollution de l'air.

J'ai été interpellée par un article paru dans Le Soir tout récemment sur une alerte lancée par la Fédération internationale de gynécologie et d'obstétrique. Elle met en avant des études qui montrent que les liens concrets entre exposition prénatale aux polluants environnementaux et les effets délétères dont risquent de souffrir les nouveau-nés au cours de leur avancée dans la vie. Dans les contaminants

incriminés, on parle effectivement des pesticides et des polluants.

En période prénatale, à la naissance, durant la petite enfance, chez les personnes âgées ou chez les malades chroniques ou les asthmatiques, on parle donc tout le temps de liens entre santé et environnement.

J'évoque donc, à nouveau, l'idée que nous avons déjà portée sous la précédente législature et qui consiste à évaluer l'impact qu'ont sur la santé les politiques que nous menons. La loi canadienne constitue peut-être un bon exemple.

Vous pourriez défendre cette idée dans les diverses conférences interministérielles.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

LE TRANSFERT DE LA PROMOTION DE LA SANTÉ

DE **MME ZOÉ GENOT**

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

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

Mme Zoé Genot (Ecolo).- Vous connaissez l'attention portée par mon groupe à la promotion de la santé, particulièrement au transfert de cette compétence importante depuis la Fédération Wallonie-Bruxelles. Cette rentrée parlementaire est donc l'occasion de vous demander de faire le point sur ce dossier.

Vous annoncez en effet l'élaboration d'un cadre décrétoal pour la fin de 2015, cette échéance est-elle toujours d'actualité ? Comment s'est organisée la concertation sur ce décret ? Dans différents débats auxquels vous avez participé, on a pu sentir la réticence des opérateurs par rapport à un certain nombre de décisions, telles que l'agrément triennal - et non plus quinquennal comme précédemment, ou indéterminé comme pour les opérateurs ambulatoires - ou une philosophie davantage de type descendante, « *top-down* », qu'ascendante, « *bottom-up* », matérialisée par des éléments comme la composition du comité de pilotage ou la méthode d'élaboration des objectifs, programmes et thématiques quinquennaux. Qu'avez-vous mis en place afin d'assurer l'adhésion du secteur au nouveau cadre législatif ?

Par ailleurs, je souhaiterais vous entendre sur la période de transition. Lors de la rencontre irisée organisée par le Conseil bruxellois de coordination sociopolitique (CBCS), vous avez laissé entendre que celle-ci pourrait être prolongée de quelques mois, le temps de rédiger les arrêtés d'exécution du futur décret. Une décision a-t-elle été prise en ce sens ? Si oui, des dispositions administratives ont-elles déjà été prises afin d'éviter l'adoption tardive des arrêtés de subvention ? On se rappelle les problèmes posés pour le solde et la subvention de 2015.

À ce sujet, je relève que les conventions qui s'arrêtaient au 31 août n'ont été prolongées que lors de la réunion du Collège du 3 septembre. Or vous l'avez vous-même reconnu : entre l'adoption de l'arrêté et la liquidation effective des subsides, il faut de longues semaines, ce qui peut mettre rapidement certaines structures dans l'embarras, singulièrement celles qui n'ont pas d'autres sources de financement. Qu'est-ce qui explique cette décision tardive ?

D'autre part, lors de notre dernier échange sur le sujet, à la fin avril, vous aviez indiqué à propos des pièces éligibles que « la liste des pièces admises au bénéfice des subventions est reprise dans les arrêtés des différents bénéficiaires. La liste est suffisamment large pour que la plupart des subventions octroyées puissent être justifiées ». Il semble pourtant que certains opérateurs se voient refuser certains frais ayant trait à

B.I.Q. N° 4 (2015-2016)

la rémunération des travailleurs qui étaient précédemment admis par l'administration de la Fédération Wallonie-Bruxelles. Ceci n'est évidemment pas sans poser problème, d'ordre budgétaire pour les structures concernées, et de perte de droits acquis pour les travailleurs. Confirmez-vous cette information ? Le cas échéant, cette décision administrative n'est-elle pas contraire au principe de « *standstill* » garanti lors du transfert de compétences ?

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Où en est la concertation avec le secteur puisque ce sujet a fait l'objet de nombreux échanges ? Le secteur lui-même était d'ailleurs fort demandeur. Je sais qu'il a été consulté il y a plusieurs mois et qu'il devrait encore l'être. Puisqu'elle détermine l'agenda du dépôt du décret, où en est précisément cette concertation ? Où en est l'agenda pour l'examen de votre décret ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Monsieur du Bus de Warnaffe, comme vos deux questions sont identiques aux deux premières questions de Mme Zoé Genot, vous aurez automatiquement une réponse dans ce qui a été préparé.

Votre interpellation me donne l'occasion de faire état de la méthode utilisée pour l'élaboration du projet de décret de promotion de la santé et en particulier de la concertation très large qui a eu lieu et qui est d'ailleurs toujours en cours.

Une première version de l'avant-projet de décret a été établie par mon cabinet avec l'aide des administrations de la Commission communautaire française et de la Communauté française. Elle s'est nourrie de l'expérience des agents de la Communauté française qui ont géré cette matière pendant de longues années ainsi que de divers travaux réalisés par le secteur, notamment au sein du Conseil supérieur de promotion de la santé (CSPS). Une évaluation a également été produite par la Communauté française et a mis en évidence certains points forts et points faibles du dispositif.

Par ailleurs, des rencontres régulières ont eu lieu entre mon cabinet et une délégation de la Plate-forme bruxelloise de la promotion de la santé. Cette plate-forme a communiqué ses questionnements et ses attentes lors de ces rencontres et a transmis des documents au cabinet à différents moments du processus de concertation.

Plusieurs experts ont été invités à des séances de présentation et de discussion de l'avant-projet au sein de mon cabinet : médecins, experts en santé publique, Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale... Certains ont remis un avis ou des remarques par écrit.

Par ailleurs, le CSPS a été sollicité au mois de mai 2015 pour remettre avis sur une première version de l'avant-projet de décret, avis remis au cours du mois suivant.

Ces divers avis, remarques et apports ont été analysés et, dans la mesure du possible, intégrés dans une version de l'avant-projet qui a été approuvée en première lecture par le collège, le 15 juillet 2015. Ce dernier a souhaité que cette version fasse l'objet d'un avis du bureau du Conseil consultatif bruxellois francophone de l'aide aux personnes et de la santé. Il a également demandé qu'un second avis soit sollicité au Conseil supérieur de la promotion de la santé, étant donné les nombreuses modifications intervenues au cours de la concertation.

En parallèle, le texte a été envoyé au Conseil d'État. Ce dernier a transmis son avis en date du 9 septembre. Le Conseil supérieur de la promotion de la santé a transmis son second avis le 25 septembre. Le bureau du conseil consultatif

a, quant à lui, remis un avis en sa séance du 5 octobre. En parallèle, les contacts avec la Plate-forme bruxelloise de promotion de la santé se sont poursuivis au mois de septembre.

Comme vous devez vous en douter, nous avons pris connaissance de ces différents avis. Certains choix ont été opérés, ou restent à faire, puisque si ces avis présentent de nombreuses convergences, ils divergent aussi sur certains points.

Il ne serait pas approprié de rentrer dans les questions de contenu du texte - ce n'est d'ailleurs pas l'objet de votre question -, mais je souhaite apporter quelques précisions en lien avec votre interpellation.

En effet, vous mentionnez « l'agrément triennal et non plus quinquennal comme précédemment ». Ce passage de votre interpellation pourrait laisser penser que le futur dispositif constituerait un recul par rapport à celui de la Communauté française en termes de durée de subventionnement. Or il n'a jamais été question d'agrément dans les différentes versions de l'avant-projet.

Dans le dispositif de la Communauté française, des services, en nombre limité, bénéficiaient bien d'un agrément de cinq ans, à savoir le Centre bruxellois de promotion de la santé et les quatre services communautaires de promotion de la santé. Mais je me permets de vous rappeler que, hormis les agréments de cinq ans que je viens d'évoquer, la très grande majorité des conventions qui liaient les acteurs à la Communauté française étaient triennales, le tout s'inscrivant dans un plan quinquennal de promotion de la santé.

Pour ce qui regarde l'agenda, j'ai toujours l'intention de déposer le texte au parlement avant la fin de cette année.

Voilà ce que je peux vous dire sur le processus de concertation qui accompagne l'élaboration du décret, ainsi que sur le calendrier.

En ce qui concerne la question de la période de transition, je plaide évidemment pour la continuité des actions et des subventions mais une décision n'a pas encore été prise. Les discussions budgétaires sont toujours en cours et, comme les années précédentes, la situation de la Commission communautaire française n'est pas facile. J'ai fait part de mes intentions au secteur tout en étant très transparente sur les questions techniques et les incertitudes inhérentes à une matière qui ne dispose pas encore d'un cadre législatif.

À propos des frais éligibles, de nombreux échanges ont eu lieu entre les acteurs de la promotion de la santé, mon administration et mon cabinet. J'aimerais apporter une précision préliminaire : les pièces justificatives des subventions qui prennent fin au 31 décembre 2015 ne sont pas encore en cours de vérification puisque l'année n'est pas terminée.

Vous faites allusion à la question spécifique des chèques-repas, dont bénéficient certains travailleurs de la promotion de la santé et que la Communauté française acceptait comme frais éligibles. Comme j'ai déjà eu l'occasion de le rappeler, à la Commission communautaire française ces chèques-repas ne sont pas considérés comme pièces éligibles par le memento pour les services agréés. Il semblait donc difficile de refuser des pièces à certains acteurs et pas à d'autres, d'autant que plusieurs d'entre eux ont à la fois un agrément et une subvention en promotion de la santé.

Cependant, mon administration vient de me faire parvenir une note où elle mentionne que la Région wallonne, qui avait initialement pris la même décision que la Commission communautaire française pour les chèques-repas, a finalement prévu de les accepter sous certaines conditions.

Sur la base de cette information, mon administration fait des propositions que je vais analyser. Je suis évidemment disposée à envisager toutes les pistes susceptibles de résoudre ce problème pour l'année 2015, pour autant que le respect de la légalité, mais aussi de l'équité, soit assuré. Cela me paraît élémentaire.

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

Mme Zoé Genot (Ecolo).- Si j'ai bien compris le calendrier que vous nous annoncez, le texte devrait arriver pour la fin de l'année au parlement. Avant qu'il ne soit adopté par ce dernier et que vous preniez les arrêtés d'exécution, nous connaîtrons donc une période de transition jusqu'à l'année prochaine. J'insiste sur le fait qu'il serait intéressant que ces arrêtés soient à un stade d'avancement maximal pour qu'ils puissent être directement adoptés une fois les textes votés.

Cela permettrait de contourner ces périodes d'incertitude. En effet, sur le terrain, force est de constater que lorsque le subventionnement flotte, les C4 doivent être déposés et l'on perd une série de travailleurs ayant développé une grande expertise, qui sont fatigués par leur statut précaire. Ce système est tout à fait dommageable.

Les structures s'inquiètent ainsi de savoir quand l'arrêté sera pris et quand l'argent sera effectivement versé sur les comptes. Toute cette énergie dépensée n'est pas au service de la promotion de la santé, qui doit pourtant demeurer notre objectif fondamental. Je suis inquiète par rapport à l'avènement d'une nouvelle période de transition, de flottement et d'incertitude.

Par rapport aux pièces éligibles, je comprends qu'il existe un problème d'égalité de traitement entre des personnes subventionnées par la même instance. Cependant, nous rencontrons également un problème de légalité à partir du moment où des associations qui ont signé des contrats avec des travailleurs, en leur assurant des droits, se retirent soudainement. L'essence même du principe de standstill veut que les conditions de travail puissent être prolongées. C'est ce qui avait été garanti.

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Au sujet des délais, je voudrais rappeler qu'il a fallu faire face au transfert de compétences et ce, dans des conditions extrêmement difficiles et très peu claires.

Ensuite, vous avez appelé de vos vœux - à raison, puisque c'était bien mon option également - une concertation. C'est important, mais elle nécessite du temps. Si nous avons bouclé la concertation en un mois, j'aurais essuyé des critiques de votre part ici même également. Je trouve déjà fort positif que nous ayons réussi à relever le défi consistant à déposer avant la fin de l'année un nouveau décret à propos de compétences nouvelles pour la Commission communautaire française. Nous y avons travaillé d'arrache-pied, avec le secteur qui, lui-même, a reconnu que les délais étaient très serrés pour organiser de son côté une concertation large.

On ne peut avoir le beurre, l'argent du beurre et le sourire de la crémière ! Je pense que nous avons travaillé au mieux et le plus vite possible, tout en respectant la concertation et en tentant d'aborder le plus de thématiques possible, pour éviter de nous retrouver a posteriori dans des situations encore plus floues.

Bien sûr, nous ne traînerons pas pour prendre les arrêtés d'application qui s'imposeront pour la mise en œuvre de ce nouveau décret. Durant la période transitoire, je souhaite, même si je ne puis m'engager tant qu'il n'y a pas eu de décision ferme, que l'on puisse travailler dans la continuité. Ne

nous demandez cependant pas d'avoir adopté le décret avant la décision de transférer les compétences !

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

Mme Zoé Genot (Ecolo).- Je m'étonnais que l'on n'ait pas encore abordé le thème de l'accablement des négociateurs de la réforme ! Il faut cesser ce vieux refrain et se mettre au travail. Vous êtes en poste depuis plus d'un an.

Si vous lisez bien mon interpellation, je dis, au contraire, que des acteurs du secteur ont trouvé les délais très courts pour mener une véritable concertation et vous rendre des avis étayés, réfléchis, pensés et mûris. Malgré cela, on aura tout de même une période de flottement. Ce que nous demandons, c'est qu'elle ne nuise pas au travail de terrain.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

LE TTIP-CETA ET LEURS CONSÉQUENCES EN MATIÈRE DE POLITIQUES DE SANTÉ

DE **M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE**

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

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Depuis 2013, l'Union européenne et les États-Unis négocient un projet de partenariat transatlantique de commerce et d'investissement (TTIP). Comme nous le savons, l'objectif de cet accord de libre-échange est de favoriser les échanges commerciaux. Au niveau de la Région bruxelloise, plusieurs débats sur le TTIP ont déjà eu lieu, notamment lors d'une séance plénière en avril dernier. Cependant, ces débats concernaient le TTIP dans son ensemble et étaient principalement axés sur les conséquences économiques de cet accord et son impact sur l'emploi.

Je me permets de vous interpellier car je m'intéresse ici uniquement aux aspects du traité relatifs à la santé et à leurs éventuelles conséquences pour notre système de soins de santé et ses politiques sous-jacentes. Je profite de cette interpellation pour développer un débat de fond et aborder le TTIP sous un nouvel angle.

Il ressort de deux études - l'une réalisée par l'Association internationale de la mutualité (AIM) en juin 2014, et l'autre par le Collège intermutualiste national (CIN), publiée en février 2015 - que le TTIP aura un impact majeur sur les soins de santé en Belgique.

Eu égard aux compétences de la Commission communautaire française, une grande ombre plane sur les politiques de promotion et de prévention de la santé. Le TTIP prévoirait un mécanisme de règlement des différends entre les investisseurs et les États. Ce mécanisme donnerait la possibilité aux multinationales d'attaquer les politiques de prévention nationales ou fédérales si elles se sentent lésées par une réglementation ou pressentent un impact négatif sur leurs résultats financiers. Ce mécanisme s'appliquerait donc à n'importe quelle politique de prévention et de promotion de la santé, allant des politiques anti-tabac à l'interdiction des poulets au chlore dans les écoles primaires, en passant par le taux minimum de sucre dans les sodas. Ce n'est pas de la science-fiction, ces règlements ont déjà été appliqués dans d'autres pays.

Or, comme nous le savons, les politiques de prévention et de promotion de la santé sont primordiales pour un pays et constituent le pilier de toutes les politiques de santé publique. Elles représentent un instrument stratégique pour promouvoir la santé de nos concitoyens et réguler les coûts de soins de santé ainsi que de l'assurance maladie.

B.I.Q. N° 4 (2015-2016)

En autorisant ces tribunaux d'arbitrage privés, nous acceptons que la Belgique ne soit plus maîtresse de ses politiques de la santé.

Cet accord de libre-échange concerne tous les niveaux de pouvoir, depuis le niveau européen jusqu'au niveau communal. Si cet accord passe, il devra être approuvé par le Parlement européen et le Parlement fédéral et, s'il est considéré comme un traité mixte, par les Régions et les Communautés.

Quelle est la position du collège de la Commission communautaire française concernant ce traité transatlantique ?

Une concertation existe-t-elle avec les autres Communautés et Régions à ce sujet ?

Est-il prévu d'initier une étude évaluant les impacts exacts du TTIP tant pour la santé de nos citoyens que pour notre système de soins de santé, soit les compétences dans lesquelles vous excellez ?

Par ailleurs, ce traité transatlantique touche également d'autres aspects de la santé à travers des compétences fédérales : la politique de médicaments (tarification et remboursement), la publicité et les brevets des produits pharmaceutiques, les procédures médicales, etc. Toutes ces nouvelles politiques auront des conséquences directes sur la santé de citoyens et sur notre système de soins de santé. Travaillez-vous en concertation avec le niveau fédéral à ce sujet, soit au sein de la CIM, soit à un autre niveau ?

Cet accord de libre-échange est toujours en cours de négociation et ne sera pas ratifié avant quelques années. Cependant, un autre accord de libre-échange entre l'Union européenne et le Canada pourrait déjà être signé dans l'année qui vient. Il s'agit du Comprehensive Economic and Trade Agreement (CETA) qui comporte des dangers similaires au TTIP et menace également les droits sociaux, la protection de l'environnement, la souveraineté de l'État mais aussi les domaines de la santé.

Comme le TTIP, le CETA introduit également le mécanisme de règlement des différends investisseurs-États (ISDS). Dès lors, les entreprises canadiennes, européennes, ainsi que les entreprises américaines via leurs filiales canadiennes pourront influencer et contester nos politiques en matière de santé. Les contraintes du TTIP pourront par conséquent se faire ressentir à travers la ratification du CETA.

Quelle est la position du collège de la Commission communautaire française au sujet du CETA ?

Par ailleurs, le CETA serait le premier traité européen à inclure une libéralisation des services via des « listes négatives ». Cela signifie que les services seront ouverts à la concurrence avec des opérateurs privés marchands, à l'exclusion des services mentionnés dans une liste. Chaque État-membre européen peut constituer sa propre liste négative. À ce titre, l'Allemagne a exclu toute forme de libéralisation de son système national de sécurité sociale. Avez-vous connaissance de cette liste négative ? Le cas échéant, envisagez-vous d'y introduire les compétences communautaires en matière de santé ?

À l'heure où le TTIP va entamer son onzième cycle de négociation - le texte a déjà bien évolué notamment sur la réglementation des différends -, à l'heure où le CETA sera prochainement soumis aux votes des différents parlements, à l'heure où la société civile se fait entendre à travers des manifestations et des conférences, il est grand temps de ne plus aborder le TTIP comme un bloc mais de l'analyser à travers de nouveaux angles et de nouvelles perspectives.

Il est temps de se poser les bonnes questions et d'établir une réflexion plus poussée. Nous sommes à un croisement où nous devons choisir quel type de société nous voulons. Il est important de réaffirmer certaines valeurs qui sous-tendent notre société et notre système de soins de santé : la solidarité, l'équilibre, la liberté thérapeutique du patient et du médecin et la souveraineté de l'État. Il est important de continuer à maintenir et construire cette Europe que nous voulons tous davantage humaniste.

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

M. Amet Gjanaj (PS). - La Libre de ce 12 octobre 2015 titre, à raison : « Les services publics solubles dans l'Atlantique ». Parmi les menaces que fait planer le TTIP, l'organisation non gouvernementale (ONG) Observatoire de l'Europe industrielle (CEO) pointe le risque de « *macdonaldisation* » du secteur des soins à domicile pour les personnes âgées.

L'article relaie l'avis de cette ONG spécialisée dans la traque des lobbies influant sur les politiques européennes. Elle s'est penchée sur les projets de textes en discussion dans le cadre des négociations sur le TTIP, mais aussi sur l'accord de libre-échange dans le cadre de ces mêmes négociations. Elle analyse également l'accord de libre-échange conclu l'année passée entre l'Union européenne et le Canada, le fameux CETA déjà évoqué par mon collègue.

Se fondant sur des courriels ou des mémos entre les négociateurs de la Direction générale commerce de l'Union européenne et le Forum européen des services, l'ONG n'hésite pas à parler de collusion entre les services de la Commission européenne et les firmes privées. S'il est important de consulter le secteur, on assisterait plutôt, en l'espèce, à un lobbying inversé : les autorités consultent elles-mêmes directement les entreprises, quitte à leur tailler un costume sur mesure.

L'ONG CEO dénonce en outre le principe de liste négative intégré dans l'accord passé avec le Canada : tous les services sont susceptibles d'être libéralisés, hormis certaines exceptions qui devront préalablement être mentionnées. Cette exception ne vaudrait que si le service en question ne repose pas sur une base commerciale et n'est pas en concurrence avec plusieurs opérateurs économiques. Une définition qui en réduit le champ.

Par contre, la liste négative élargit de façon spectaculaire la portée d'un accord commercial, puisque les gouvernements prennent des engagements dans des secteurs qu'ils n'identifient peut-être pas encore. L'ONG pointe la fragilité de l'exception culturelle et le risque de « *macdonaldisation* » du secteur des soins à domicile pour les personnes âgées, qui pourrait mettre à mal les règles encadrant les travailleurs de ce secteur.

L'ONG CEO pointe encore le danger de l'instauration de tribunaux d'arbitrage privés chargés de régler les litiges entre les États et les investisseurs. Ce mécanisme permettrait à ces derniers d'attaquer les réglementations publiques protégeant le secteur des services à la collectivité.

Le projet d'accord commercial pose des problèmes des deux côtés de l'Atlantique, car la notion même de service public est attaquée. Alors que le prochain cycle de négociations sur le TTIP doit se tenir dans quelques jours à Miami en Floride, des élus locaux et régionaux ont voté des motions réclamant plus de transparence, voire dénonçant le processus en cours.

Le Parlement européen a voté en juillet une résolution demandant l'exclusion des services publics de l'accord. Malheureusement, il n'a pas pris position contre les clauses arbitrales.

Le PS est opposé à l'usage de la liste négative et au recours à la clause arbitrale. Il entendra veiller à la protection des services publics, a fortiori en matière de santé. Il invite le collège de la Commission communautaire française à s'inscrire dans cette logique. Le PS bruxellois défendra :

- le principe de listes positives, de manière à ne prendre aucun risque de brider par avance le pouvoir, et même l'obligation constitutionnelle des pouvoirs publics de poursuivre l'intérêt général ;
- plus spécifiquement, il défendra l'exclusion des grands secteurs relevant aujourd'hui de l'intérêt général et du service public, en prenant soin de préciser que les autorités publiques seront toujours libres de faire évoluer leurs positions sur ce qui relève de l'intérêt général et du service public ;
- le retour à la logique de la priorité accordée à l'intérêt général, remettant au second plan l'intérêt des entreprises, de manière à pouvoir protéger efficacement le service public contre toutes les imperfections et atteintes provoquées par le marché. C'est une caractéristique inhérente à son essence-même.

À l'heure où Saint-Gilles et la Ville de Bruxelles - pour ne citer que deux exemples - sont hors TTIP, je me joins aux questions de mon collègue concernant cet accord et son lien avec la question de la santé.

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

Mme Zoé Genot (Ecolo).- Avant les vacances, nous avons eu l'occasion, au sein de ce parlement, de discuter puis d'adopter un texte relatif au TTIP. Ce texte est malheureusement assez superficiel car nous n'avons pas été aussi loin que les députés wallons en la matière. Ceux-ci avaient demandé la suspension des négociations au sujet du TTIP.

Nous n'avons ainsi demandé ni suspension, ni arrêt des négociations. Pourtant, à entendre M. du Bus de Warnaffe, force est de constater que, dans le domaine de la santé comme dans d'autres domaines, nous avons des craintes légitimes à l'égard du maintien d'une série de standards que nous avons péniblement construits. Nous n'avons pas mis de balises de façon assez effective.

Néanmoins, il nous faudra nous situer assez rapidement en ce qui concerne le CETA. Le niveau fédéral ne peut pas signer le document de ratification sans l'autorisation des entités fédérées.

Il s'agit donc bel et bien d'une question pivot : donnons-nous ou non la délégation au niveau fédéral pour aller ratifier le CETA ? À cette occasion, j'espère que la Région saura se montrer courageuse et, compte tenu de l'état et de l'objet des négociations, refusera de donner cette délégation. Je suis donc assez curieuse de la réponse de la ministre aujourd'hui.

Je vous avais interrogée sur le même sujet au printemps et vous aviez annoncé que vous alliez proposer le sujet en conférence interministérielle (CIM) santé. J'imagine que cela a été fait entre-temps et que nous pourrions donc bénéficier d'un retour un peu plus complet en la matière.

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Comme vous l'avez rappelé, le plus grand problème de ces traités, que ce soit le TTIP, le CETA ou le TISA, est le secret qui a entouré le début de leurs négociations. De nombreuses voix se sont fait entendre pour davantage de transparence et l'on peut reconnaître que les choses évoluent dans le bon sens.

Par ailleurs, le contenu de ces traités et leurs possibles conséquences sur les systèmes de santé européens et sur la santé des populations soulèvent de nombreuses questions et de vives inquiétudes. Vous avez rappelé celles qui ont été formulées par les mutuelles aux niveaux belge et européen. À la suite de l'expression de ces inquiétudes, notamment par divers gouvernements, mouvements citoyens ou acteurs de la société civile, les choses semblent évoluer à tous les niveaux, international, européen et national.

Au niveau européen, dans une déclaration conjointe du 20 mars 2015, la Commissaire européenne au commerce, Cecilia Malmström, qui sera entendue en commission des Affaires européennes ce jeudi, et le représentant américain au Commerce, Michael Froman, ont confirmé plusieurs points importants, notamment :

- que les accords commerciaux n'empêchaient pas les administrations de fournir ou d'encourager la fourniture de services dans les domaines tels que l'approvisionnement en eau, l'éducation, les services sociaux ou les soins de santé ;
- qu'aucun accord n'oblige les administrations à privatiser des services ou ne les empêche d'étendre l'éventail des services offerts à la population ;
- que ces accords ne s'opposent nullement à ce que les administrations proposent des services précédemment fournis par des partenaires privés, et que l'externalisation d'un service public à des entreprises privées n'est en rien irréversible ;
- qu'il revient à chaque administration de définir l'équilibre approprié entre services publics et privés ;
- que les accords n'entravent pas la capacité des administrations à adopter ou à maintenir des dispositions assurant une qualité de services élevée et de préserver des objectifs d'intérêt public importants tels que la protection de la santé, de la sécurité et de l'environnement.

Il me semble aussi important d'évoquer les recommandations faites par le Parlement européen à la Commission le 8 juillet 2015. Il demande notamment de « développer la déclaration commune par laquelle les parties aux négociations s'engagent clairement à exclure du champ d'application du TTIP les services d'intérêt général et services d'intérêt économique général actuels et futurs (dont, sans s'y limiter, l'eau, la santé, les services sociaux, les systèmes de sécurité sociale et l'enseignement), afin que les autorités nationales et, le cas échéant, locales, conservent le droit plein et entier d'instaurer, d'adopter, de maintenir ou d'abroger toutes mesures à l'effet de faire exécuter, d'organiser, de financer et de fournir des services publics comme le prévoient les traités et le mandat de négociation de l'Union européenne, cette exclusion doit s'appliquer quel que soit le mode de prestation ou de financement des services ».

En ce qui concerne la question particulière des tribunaux d'arbitrage privés des différends investisseur-État, les « *investor-state dispute settlement* » (ISDS), ceux-ci sont inclus dans l'accord CETA. Cependant, les discussions ont évolué ces derniers temps et ces tribunaux font l'objet d'une nouvelle proposition de la Commission européenne qui pourrait, le cas échéant, avoir un impact sur le TTIP. La Commissaire européenne, Cecilia Malmström, elle-même, a déclaré que les mesures envisagées n'affecteraient pas le droit des parties de réguler au sein de leur territoire à travers des mesures nécessaires pour atteindre des objectifs politiques légitimes comme la protection de la santé publique mais aussi la sécurité ou l'environnement.

B.I.Q. N° 4 (2015-2016)

Au niveau fédéral belge, la position du gouvernement relative à ces tribunaux d'arbitrage est d'attendre les résultats d'une étude sur leur refonte avant de se prononcer sur le maintien des clauses à ce sujet dans les traités.

Par ailleurs, la ministre de la santé fédérale, Maggie de Block, s'est exprimée lors de plusieurs interpellations relatives aux négociations en cours. Interpellée le 9 juin dans le cadre de la commission de la Santé publique de la Chambre, la ministre a annoncé qu'il n'était pas possible d'exclure totalement le domaine des soins de santé du champ des négociations commerciales étant donné qu'il ne l'a pas été lors de négociations précédentes. Elle a cependant précisé qu'il n'était pas question d'accepter des engagements supplémentaires dans ce domaine.

Au sujet des tribunaux d'arbitrage privés, elle considère que la Commission européenne prendra les mesures suffisantes pour garantir le droit des États à fixer des règles pour poursuivre les objectifs légitimes sur le plan de la protection de la société, du milieu et de la santé publique. Elle a cependant admis ne pas pouvoir exclure que l'accord puisse avoir une influence sur le droit du gouvernement à décider du ticket modérateur et du remboursement des médicaments.

Au sujet des listes négatives pour l'accès au marché, elle s'assurera que la réserve formulée par la Belgique en la matière soit prise en compte. Enfin, elle s'est voulue rassurante concernant le maintien de l'interdiction de la publicité relative aux médicaments sous prescription et la vente de médicaments par internet.

Comme vous le savez, le Parlement régional bruxellois, sans demander la suspension des négociations, a adressé plusieurs demandes aux autorités belges compétentes :

- notamment de s'opposer à toute clause visant à instituer des tribunaux d'arbitrage privés ;
- d'exiger une harmonisation vers le haut en intégrant les normes les plus élevées en matière de droits sociaux, de droits de l'homme, de santé, d'environnement ou de protection des travailleurs et des consommateurs ;
- de s'assurer que les services publics et d'intérêt général soient absolument préservés du projet de traité ;
- d'organiser un large débat sur l'ensemble des accords de libre-échange impliquant la participation de tous les niveaux de pouvoir, mais aussi les organisations syndicales et associatives, les organisations socioprofessionnelles et les citoyens ;
- et d'exiger plus de transparence à l'égard des citoyens.

Pour ma part, j'ai récemment envoyé un courrier à la ministre Maggie de Block.

Ni mes collaborateurs ni moi-même n'avons de souvenir d'avoir dit avoir déjà inscrit ce thème à la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique.

Mme Zoé Genot (Ecolo).- Vous avez dit : « Je peux relayer vos questions au sein de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique qui comprend notamment un groupe de travail relatif aux professions de la santé. ».

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Cela n'a pas été évoqué dans l'ordre du jour déjà bien chargé de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique du 30 juin dernier.

Cependant, pour ma part, j'ai récemment envoyé un courrier à la ministre fédérale Maggie De Block pour lui faire part des interrogations soulevées par ces traités en ce qui concerne la

santé publique et en particulier la promotion de la santé qui me concerne directement. Il s'agit donc d'une question assez générale qui ne concerne pas uniquement les professionnels de la santé. J'espère que ce sujet fera l'objet d'un point dans l'ordre du jour de la prochaine CIM.

Dans ce courrier, je lui demande en particulier de partager l'information et de susciter une réflexion commune associant les différents ministres de la santé en Belgique aux différents niveaux de pouvoir. Dans le cadre de la CIM santé publique, un groupe de travail inter-cabinet est consacré à l'international. Il me semble être le lieu adéquat pour aborder cette question.

En fonction de la réponse de Mme Maggie De Block et des discussions qui s'ensuivront, je pourrai porter la question devant le collège. Comme le collège n'en a pas encore discuté, je ne puis encore vous communiquer sa position comme j'ai pu le faire aux niveaux européen, fédéral et régional.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je remercie la ministre pour sa réponse structurée qui reprenait les différentes positions défendues sur le plan européen, fédéral et régional.

C'est un dossier qui illustre que, dans cette matière, il n'y a pas de fatalisme. Les groupes de pression et l'action politique portent leurs fruits. Il suffit de voir les infléchissements progressifs des positions des négociateurs.

Je ne peux que vous encourager à prendre l'initiative d'en parler au Collège afin qu'il puisse adopter une position commune et à faire en sorte que la question soit examinée le plus rapidement possible au sein de la commission interministérielle sur la Santé de telle sorte que l'on fasse connaître les risques et dérives potentiels contenus dans ce traité, et que dénoncent tous les acteurs concernés, soucieux de leur indépendance.

Ce n'est d'ailleurs pas si évident de distinguer acteurs publics et privés alors que le texte du traité établit une nette distinction entre les deux. Prenons l'exemple des mutuelles, qui sont des acteurs incontournables de la santé, sont-elles des acteurs privés ou publics ? En soi, elles sont privées parce qu'elles sont financées par leurs membres, leurs affiliés. Cependant, les accords-cadre qui sont conclus en permanence au sein de la medico-mut, sous le couvert de l'Inami, en font presque des acteurs parapublics. Ce n'est donc pas si évident d'identifier le statut de certains gros acteurs de santé.

C'est un dossier intéressant sur lequel le monde politique peut avoir une influence déterminante, qu'il ne soupçonne même pas.

Que la commune d'Etterbeek, comme d'autres, se soit déclarée « zone hors TTIP » m'a interpellé car cela n'a aucune portée juridique mais cela entretient la vigilance de l'ensemble de la population sur des risques bien réels.

Je vous engage donc à stimuler cette vigilance par tous les moyens.

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Il s'agit d'un débat essentiel mais j'ai le sentiment que nous nous dispersons. Par exemple, dans le milieu des mutuelles, j'ai eu vent d'attaques faites à des entreprises à la suite de contrats dénoncés. Ce procédé existe depuis longtemps et le TTIP ou le CETA n'empêcheront pas du jour au lendemain qu'un privé puisse attaquer l'État ou un pouvoir public parce qu'il dénonce un contrat en bonne et due forme.

Certes, il convient de nous montrer méfiants mais je déplore que l'on suscite ce climat d'inquiétude avec de mauvais exemples.

Je discutais il y a quelques mois avec l'ambassadrice des États-Unis qui m'expliquait qu'il y avait de nombreuses réticences dans son pays également. Pour eux, les normes d'hygiène alimentaire de certains produits européens ne sont pas du tout assez strictes. Ils ont donc peur que l'on ouvre leur marché à l'Europe.

En Allemagne, la position adoptée est très claire et il n'y a pas de raison pour que l'on ne puisse pas faire de même en Belgique par rapport aux mutuelles par exemple. Restons attentifs et posons-nous les bonnes questions pour faire évoluer les choses.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- La réponse de la ministre De Block était très claire : les risques de dérapage sont bien réels.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- On ne peut nier le fait qu'il existe déjà des cliniques et des cabinets médicaux privés. Le secteur de la santé n'est, donc, pas totalement exclu de la « sphère commerciale ».

C'est une matière complexe qui, je l'espère, évoluera dans le sens des mesures adoptées par le Parlement européen au début du mois de juillet et qui me semblent être de bon augure.

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- De l'espérance à l'action ...

Mme la présidente.- L'incident est clos.

L'AVENIR DU PROGRAMME DE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

DE **MME JOËLLE MAISON**

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

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

Mme Joëlle Maison (FDF).- Le cancer colorectal est le troisième cancer le plus prévalent à 5 ans en Belgique. Bien qu'un caractère héréditaire ait pu être décrit dans certains cas, les principaux facteurs de risque associés au cancer colorectal relèvent essentiellement des styles de vie. En effet, c'est dans le domaine des habitudes nutritionnelles que l'on a retrouvé le plus souvent une relation avec l'augmentation significative des cas. Ce cancer est associé à des taux élevés de mortalité mais une prévention efficace peut faire la différence.

Rappelons que dans le cadre du décret du 4 avril 2014 relatif aux compétences de la Communauté française dont l'exercice est transféré à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, la compétence du dépistage de ce cancer a été transférée à notre institution.

En matière de santé publique, la méthode la plus efficace pour éviter l'apparition d'un cancer colorectal est la prévention primaire, en agissant sur le style de vie et grâce au dépistage chez les hommes et femmes à partir de l'âge de 50 ans. Plusieurs tests sont disponibles pour le dépistage du cancer colorectal à savoir la recherche de sang occulte dans les selles, la sigmoïdoscopie souple (soit une demi-coloscopie qui concerne uniquement le bas du gros intestin), la coloscopie et le lavement baryté en double contraste. Cette interpellation portera sur le premier test mentionné.

Quel est l'état des lieux sur le plan épidémiologique ? En 1998, le taux d'incidence standardisé par âge était (par 100.000) pour les hommes et les femmes respectivement de 47,0

et 30,6. Une étude remontant à 2010 établissait les mêmes taux d'incidence à 66,3 pour les hommes et 42,3 pour les femmes. Cette évolution de l'apparition de nouveaux cas est pour le moins remarquable. Comment l'expliquer ?

Aujourd'hui, environ 5.800 médecins généralistes sont actifs dans le cadre du programme de dépistage du cancer colorectal en Communauté française, ciblant les personnes âgées de 50 à 74 ans. Le test Hemoccult est actuellement utilisé et peut être conduit par les intéressés à domicile. Les données issues de Wallonie indiquent un taux de participation de 7,5% si l'on tient compte de toute la population éligible. C'est un chiffre relativement bas lorsqu'on connaît l'impact d'une prévention efficace sur la mortalité.

Sur le plan technique, parmi les tests Hemoccult reçus pour la tranche d'âge ciblée (50 à 74 ans), 3,3% étaient positifs. Ce taux de positivité est légèrement supérieur aux recommandations européennes, ce qui pourrait indiquer une sensibilité inadéquate du test.

Les taux de détection des cancers sont de 1,9/1.000, 4,6/1.000 pour les adénomes avancés et de 5/1.000 pour les adénomes non avancés. Un adénome est une tumeur qui n'est pas nécessairement cancéreuse, un polype susceptible de se transformer ou pas en cancer.

Par ailleurs, la valeur prédictive positive du test correspond aux taux rencontrés dans les autres études internationales utilisant le même test. Les valeurs prédictives sont respectivement de 7,7/1.000 et 39,6/1.000 pour les cancers et les adénomes.

Toutefois, le ministre wallon de la santé affirmait récemment que le test Hemoccult était « parfois dénigré par le corps médical en raison de son aspect désuet et de sa sensibilité peu élevée ». Par conséquent, il importe de faire le point.

Partagez-vous l'affirmation selon laquelle le test « Hemoccult » est dépassé ? Avez-vous l'intention d'opérer des adaptations à ce sujet ?

Quelle est la tendance épidémiologique du cancer colorectal, plus particulièrement sur le plan de l'incidence ? Pourriez-vous me communiquer les dernières données en la matière ?

Plus globalement, pourriez-vous faire le point sur l'avenir du programme de dépistage ?

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

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Comme vient de le souligner Mme Joëlle Maison, le cancer colorectal est le troisième cancer le plus fréquent chez l'homme après celui du poumon et de la prostate, et le deuxième chez la femme après celui du sein. Il constitue la deuxième cause de mortalité par cancer pour les deux sexes.

En sachant qu'un diagnostic précoce permet une survie à cinq ans dépassant les 90%, il est dès lors logique d'en faire le dépistage. Suite à la recommandation du Conseil Européen, la Fédération Wallonie-Bruxelles, en coordination avec le Centre communautaire de référence (CCR), a mis en route en 2009 le programme de dépistage de ce cancer pour les personnes âgées entre 50 et 74 ans.

Le CCR a présenté en mai 2015 les résultats de ce dépistage réalisé entre le 1er mars 2009 et le 31 décembre 2014. On y apprend que seuls 7,5% de la population éligible a participé à ce dépistage contre 34% en France. L'objectif européen étant que 45% des personnes à risque se fassent dépister. Plus de 5.800 médecins généralistes étaient impliqués dans ce programme.

B.I.Q. N° 4 (2015-2016)

Comme l'a souligné Mme Maison, 3,3% des tests Hemocult reçus étaient positifs, ce sont 7.696 sur les 230.918 tests réalisés. Ce chiffre est effectivement légèrement supérieur aux recommandations européennes préconisant une moyenne en-dessous de 3%.

Sur ces 7.696 tests positifs, on a les résultats de 5.810 coloscopies - les résultats allant jusqu'au 31 mars 2015 - dont 3.026 étaient négatifs, cela représente 52,1% du total des coloscopies réalisées. Dans les résultats positifs, 1.201 étaient des adénomes, (20,7%), 1.071 étaient des adénomes avancés (18,4%) et 439 des cancers (7,6%). Cela fait 2.711 personnes qui sont suivies médicalement.

Au vu de ces chiffres, on peut conclure que 52,1% des tests positifs étaient des faux positifs. C'est un budget énorme puisque chaque coloscopie coûte environ 200 euros à la collectivité.

Nous n'avons que 7,5% de participants. Si nous pouvions atteindre l'objectif européen de 45% de personnes participant au moins à un dépistage, nous connaîtrions un nombre important de faux positifs. Il est vrai que ce test n'est pas très sensible.

Signalons enfin que depuis mai 2015, un nouveau test, l'OC-Sensor, est dans les mains des médecins français. Nous espérons l'avoir en Belgique pour fin 2015. Ce nouveau test dit immunologique est plus simple à utiliser (il ne nécessite qu'un seul prélèvement de selles) et permettra d'éviter le coût de centaines de coloscopies inutiles pour deux raisons.

La première est la sensibilité plus importante du test, la seconde est la diminution du nombre de faux positifs. Ce statut est lié au fait que du sang animal a été détecté dans les selles et le test Hemocult ne permet pas de faire la différence entre sang animal et sang humain en provenance du colon.

Dès lors, est-il vraiment question de mettre en route le nouveau test immunologique en Belgique ? Dans l'affirmative, quand pensez-vous que les médecins belges pourront mettre ce test en application ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Le programme organisé de dépistage du cancer colorectal est géré par le Centre communautaire de référence (CCR) pour le dépistage des cancers.

Dans le cadre du programme, les hommes et les femmes de 50 à 74 ans qui ne présentent pas de facteurs de risque reçoivent tous les deux ans une lettre les invitant à se procurer le kit auprès de leur médecin généraliste.

Depuis 2009, c'est le test gFOBT (test au gaïac de recherche de sang dans les selles « HémoCult ») qui est utilisé.

Les recommandations actuelles préconisent le passage au test iFOBT, un test immunologique de recherche de sang occulte dans les selles. Ce test est plus sensible, il a un pouvoir de détection plus grand, plus spécifique et plus facile d'utilisation puisqu'il ne nécessite qu'un prélèvement contre trois pour l'HémoCult.

Cela pourrait améliorer la couverture qui, pour le moment, comme vous le rappelez, est assez faible. Ce test est utilisé depuis 2013 en Flandre.

Le test immunologique iFOBT est plus cher que celui utilisé actuellement mais des changements dans l'organisation du programme de dépistage permettront de compenser les coûts supplémentaires. En effet, le système d'envoi des invitations sera amélioré ainsi que les modalités de délivrance des tests,

permettant d'éviter les stocks excédentaires.

L'achat de ces nouveaux tests pour 2016 nécessite la passation d'un marché public, que le Centre communautaire de référence élabore actuellement.

Pour les années suivantes, des discussions sont en cours et devraient aboutir entre la Flandre, Bruxelles et la Wallonie alors qu'un accord de principe est déjà intervenu entre les trois Régions. L'idée est d'envisager les possibilités de réaliser un marché public commun, ce qui permettrait de diminuer les coûts puisque que les quantités commandées pour les trois Régions seront forcément plus importantes que les quantités nécessaires à chaque Région.

En ce qui concerne les données épidémiologiques relatives à l'incidence, nous disposons de celles de la Fondation Registre du cancer pour l'année 2012. Au cours de cette année, en Région de Bruxelles-Capitale, 321 tumeurs invasives ont été détectées chez les hommes et 301 chez les femmes, ce qui correspond pour les hommes à 37,8 cas pour 100.000 habitants et pour les femmes à 24,9 cas pour 100.000 habitants (selon les taux standardisés pour l'âge utilisant le World standard population).

Si je ne me trompe pas, il s'agit de meilleurs chiffres que ceux que vous avez cités dans votre interpellation. On peut s'en réjouir mais l'évolution de l'incidence est relativement stable depuis dix ans et si elle est en légère diminution par rapport à l'année antérieure, ce n'est cependant pas significatif sur le plan statistique.

L'âge moyen au diagnostic est de 69,7 pour les hommes et de 72,8 pour les femmes.

S'agissant de l'avenir du programme et de son organisation proprement dite, une analyse de la situation a lieu dans le cadre du Plan de santé bruxellois, en concertation avec la Vlaamse Gemeenschap et la Commission communautaire commune. La Région wallonne y sera associée. Cette analyse devra aboutir à des pistes de solution pour améliorer la couverture - le changement de test, plus facile d'utilisation, devrait déjà le permettre en partie -, mais aussi pour apporter plus de cohérence à l'échelon de notre territoire.

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

Mme Joëlle Maison (FDF).- Je me réjouis de ces évolutions. Depuis 2013, les Français et Belges néerlandophones, d'une part, et les Bruxellois et Wallons, d'autre part, n'étaient pas égaux devant le dépistage, car le test Hemocult est trop sensible et plus difficile d'utilisation.

J'attends les prochaines négociations autour d'un marché public global, qui sera beaucoup plus intéressant sur le plan financier.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

LA DRÉPANOCYTOSE

DE MME CAROLINE DÉSIR

À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE DE LA SANTÉ

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

Mme Caroline Désir (PS).- La drépanocytose est une maladie non contagieuse, génétique et héréditaire qui se caractérise par une anomalie de l'hémoglobine rendant les globules rouges trop peu déformables.

Cela implique une anémie chronique, des infections bactériennes graves et des accidents ischémiques (diminution

ou arrêt de la circulation artérielle dans une région plus ou moins étendue d'un organe ou d'un tissu).

Cette maladie est très douloureuse et peut toucher de nombreux organes. Les complications aiguës qui peuvent s'en suivre sont potentiellement mortelles et susceptibles d'entraîner un handicap irréversible. Elle touche plus particulièrement les personnes originaires d'Afrique centrale et de l'Ouest, des Antilles et du bassin méditerranéen.

Aujourd'hui, la drépanocytose est considérée comme la première maladie héréditaire dans plusieurs grandes villes européennes. Dans les maternités bruxelloises, environ 1% des nouveau-nés sont porteurs sains de l'affection et un bébé sur 1.850 est drépanocytaire.

En Belgique, la drépanocytose est considérée comme une maladie chronique, ce qui permet une prise en charge par la sécurité sociale des patients atteints. Néanmoins, les coûts liés à cette maladie restent assez élevés et le traitement est donc difficilement accessible aux familles précarisées.

Il n'existe actuellement pas de traitement qui permette de guérir de la drépanocytose, hormis la transplantation de moelle osseuse. Celle-ci est indiquée dans les cas les plus graves, lorsqu'il est par exemple question d'atteinte cérébrale. La médecine met néanmoins à la disposition des malades différents moyens préventifs qui permettent de prendre en charge la douleur et les infections.

Le conseil génétique restant la meilleure des armes, le dépistage préconceptionnel des porteurs sains doit être proposé aux populations à risque. J'aimerais dès lors vous poser trois questions : une sur l'information et la prévention, une sur le dépistage et la troisième sur la prise en charge de cette maladie.

Concernant l'information et la prévention, plusieurs moyens sont mis en œuvre pour informer au mieux tous les acteurs qui interviennent dans la problématique de la drépanocytose. Les canaux utilisés sont multiples (sites web, brochures, conférences, débats et rencontres, « journée drépanocytose », formations, etc.)

Néanmoins, lorsqu'on analyse de plus près les messages contenus dans les différentes brochures informatives ou sur les sites internet, on constate que l'accent est mis essentiellement sur les aspects médicaux et préventifs de la maladie, donnant des recommandations pour le bon suivi du traitement, encourageant le dépistage, etc. Mais, alors que la maladie a de lourdes conséquences sur le vie des personnes, que ce soit sur le plan physique, psychologique, familial, communautaire et social, les conseils sur la gestion de ce volet sont quasi inexistantes.

Ne serait-il pas pertinent d'intégrer des messages qui aborderaient davantage la partie « psychosociale » de la maladie ?

Pour prévenir les risques de transmission, ne serait-il pas important d'encourager les couples à effectuer un test avant la procréation, celui-ci n'étant pas toujours effectué ? Le dépistage a pour objectif de détecter la présence d'une hémoglobine anormale dans le sang des parents. Si les deux sont porteurs, ils ont 25% de risque d'avoir un enfant atteint et un diagnostic prénatal peut leur être proposé pendant la grossesse. Le dépistage des couples à risque permet de mieux s'occuper des enfants dès les premiers mois de vie.

L'offre de services des soins de santé semble suffisante. Elle fournit tous les moyens disponibles pour soulager les souffrances des patients, limiter les complications et leur donner la meilleure espérance de vie. En revanche, la prise en charge psychosociale est défaillante. Il n'existe par exemple

aucun protocole de prise en charge, aucun budget pour l'emploi de personnel. De nombreux professionnels dénoncent le manque de moyens.

Dans la perspective d'une prise en charge globale, il est impératif d'offrir aux patients et à leurs proches, un lieu où exprimer leurs émotions et leur expérience par rapport à cette maladie. En effet, un grand tabou l'entoure encore. Certains parents ne veulent pas en parler, ils estiment que cela appartient à leur sphère privée. C'est un problème qui les concerne et qu'ils doivent gérer ; c'est une maladie, un handicap, un déficit dont ils n'ont pas toujours envie de faire étalage. Des solutions pour remédier à ce problème sont-elles envisageables ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre. - Lors d'une interpellation sur le même sujet en mars 2015, j'avais eu l'occasion de faire le point sur les données et les enjeux médicaux de cette maladie qui, comme vous le rappelez, a aussi des conséquences graves sur le plan psychosocial. Pour rappel, on estime qu'environ un nouveau-né bruxellois sur 100 est porteur de l'affection et environ un bébé sur 1.850 développe la drépanocytose.

Le dépistage néonatal et la prise en charge sont assurés par divers hôpitaux. Ce volet ne relève pas de ma compétence mais bien de la Fédération Wallonie-Bruxelles pour le dépistage et du niveau fédéral pour la prise en charge.

Certaines maisons médicales, comme le Centre africain de promotion de la santé, organisent des séances d'information auprès de la population africaine notamment sur les hémoglobinopathies dont la drépanocytose. Ils assurent en outre un suivi médical. Je pense que ce genre de sensibilisation ciblant les populations les plus à risque constitue une approche adéquate.

En 2.000, la Commission communautaire française a édité une brochure intitulée « Hémoglobinopathies en pratique médicale courante », consultable sur le site de la Commission communautaire française. Elle est toujours d'actualité.

Les initiatives de soutien psychosocial des personnes concernées sont bénévoles et sont assurées à Bruxelles par l'association « Action Drépanocytose », depuis 1998. Elle regroupe patients, professionnels de la santé et familles. Sa tâche est d'informer et de sensibiliser sur cette maladie. Elle organise notamment des rencontres réunissant les patients, les familles, et les professionnels de la santé sous forme de groupes de parole nommés « Macutano » qui signifie « rencontres » en swahili.

Dans ces groupes, une attention particulière est accordée au vécu de la maladie par les enfants.

Dans le passé, en 2002 et 2004 pour être précise, la Commission communautaire française a octroyé à l'asbl une subvention de 2.500 euros pour son projet d'information et de soutien aux patients atteints de drépanocytose et à leurs familles.

Des contacts ont déjà eu lieu entre mon cabinet et l'asbl Action drépanocytose. Je serai bien évidemment à l'écoute de toute suggestion visant à améliorer la qualité de vie des patients concernés, mais aussi de leur entourage, s'agissant d'un accompagnement psychosocial.

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

Mme Caroline Désir (PS). - Je vous fais toutes mes excuses car je n'avais pas lu votre réponse de mars. J'irai la consulter pour obtenir les informations complémentaires. Je

B.I.Q. N° 4 (2015-2016)

m'adresserai aux personnes compétentes en Fédération Wallonie-Bruxelles à propos du dépistage.

Je retiens de votre réponse que vous soutenez déjà l'asbl Action Drépanocytose et que vous êtes ouverte à étendre ses actions au volet psychosocial en cas de demande.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Le souci est le même pour une série d'initiatives : l'aspect budgétaire.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

QUESTION ORALE

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle la question orale de M. du Bus de Warnaffe.

LA CONSOMMATION DE TABAC À BRUXELLES

DE M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE

À MME CÉCILE JODOGNE, MINISTRE EN CHARGE DE LA SANTÉ

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- C'est affligeant de devoir toujours revenir avec les mêmes sujets qui restent malheureusement des problèmes de santé publique. C'est cependant parce que nous croyons en notre action que nous revenons avec ces sujets.

La presse continue de diffuser des chiffres dramatiques et on se demande ce que fait le pouvoir politique.

Il est inutile de vous rappeler les effets dévastateurs du tabac sur la santé. En effet, comme nous le savons tous, le tabac est la cause de nombreuses maladies graves, voire mortelles. Outre les différents cancers associés, la consommation de tabac correspond également à un facteur de risque pour les maladies cardio-vasculaires, l'une des premières causes de mortalité dans notre pays.

D'après un rapport adressé à la Fondation contre le cancer, les habitudes tabagiques en 2014 n'ont pas évolué par rapport à l'année 2013. En effet, le nombre de fumeurs, la moyenne de cigarettes fumées par jour ainsi que le comportement envers les cigarettes mentholées sont restés stables par rapport à l'année 2013.

En outre, un article paru le 1er septembre mentionne que les chiffres actuels belges correspondent aux chiffres américains de 1997. La Belgique aurait donc 18 ans de retard par rapport aux États-Unis, selon l'article du Soir.

Pour rappel, la Belgique compte encore 26% de fumeurs qui fumeraient en moyenne 15 cigarettes par jour. Ces résultats restent interpellants.

Si nous comparons notre situation à la situation américaine, leur plus faible pourcentage de fumeurs (15%) résulte d'une politique anti-tabac cohérente et commencée il y a longtemps : politique de prix, interdiction de fumer dans les lieux publics, moindre visibilité dans les points de vente, etc.

À ce titre, l'Institut scientifique de santé publique (ISP) recommande que les politiques de lutte contre le tabac prennent deux orientations : d'une part, l'incitation et l'aide à l'arrêt de fumer ; d'autre part, une politique de prévention menée surtout auprès des jeunes. Nous ne devons pas oublier que le tabagisme touche de manière plus importante les populations plus défavorisées d'un point de vue socio-économique.

Nous savons que depuis le transfert des compétences, la Commission communautaire française soutient un programme de prévention tabagique via le Fonds des affections respiratoires (Fares), à raison de 46.000 euros en 2015. Prévoyez-vous une évaluation des programmes mis en place par le Fares ?

Par ailleurs, est-ce le seul soutien à la prévention tabagique prévu par la Commission communautaire française ? Existe-il d'autres financements spécifiques prévus par la Commission communautaire française ?

Je me rends bien compte du fait que certaines stratégies antitabac peuvent dépasser les compétences de notre assemblée et qu'il s'agit d'un problème complexe. Cependant, il est important de rappeler que de simples actions isolées ne sont pas suffisantes pour obtenir des effets tangibles et une diminution de la consommation. Il est important de mener une politique cohérente avec les divers niveaux de pouvoir.

Par exemple, les programmes de sevrage tabagique sont du ressort de la Commission communautaire commune. Travaillez-vous en collaboration avec la Commission communautaire commune pour mener cette politique ?

Le prix du tabac ainsi que l'aspect des paquets et leur publicité restent du ressort du niveau fédéral. Travaillez-vous en concertation avec ce dernier afin de mener une politique unique ?

Je vous pose ces questions, car il existe encore des incohérences dans notre politique antitabac. Par exemple, le prix des paquets de tabac à rouler reste quatre fois moins élevé que celui du tabac manufacturé. Cela ne sert à rien d'augmenter les prix des cigarettes si celui du tabac à rouler stagne. Il est indispensable de penser la lutte contre le tabac de manière cohérente et réfléchie.

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Comme je l'ai évoqué lors d'une précédente question sur le même sujet posée par l'un de vos collègues il y a quelques mois, la Commission communautaire française soutient actuellement deux programmes de prévention du tabagisme : celui du Fonds des affections respiratoires (Fares) que vous citez mais aussi celui de la Fédération des maisons médicales qui consiste à soutenir les patients des maisons médicales les plus précarisés qui désirent arrêter de fumer.

Pour rappel, le Fares développe une démarche d'appui des professionnels en contact avec les jeunes en leur fournissant des outils, des formations et un appui méthodologique pour aborder la question de la consommation de manière adéquate avec les jeunes.

Vous le savez, les acteurs de la promotion de la santé mobilisent des outils d'auto-évaluation de leurs projets et programmes. Les dimensions suivantes font l'objet d'une évaluation en continu du Fares : adéquation des formations aux attentes et demandes des participants ; acquis des participants à l'issue des formations ; construction du rôle de relais ; couverture des actions de formation ; implantation du programme ; et collaborations, partenariats et travail en réseau.

Dans le cadre du plan santé de la Commission communautaire commune, mon cabinet pilote le groupe de travail « prévention et promotion de la santé ». Un volet sur les assuétudes y est consacré et sera l'occasion de réunir les divers acteurs spécialisés dans la prévention et l'aide à l'arrêt. Nous pourrions envisager avec eux comment travailler avec plus de cohérence et de complémentarité.

Au niveau fédéral, la question du tabac fait partie des nombreux dossiers qui sont abordés par la Cellule générale de politique drogues dans le cadre de la conférence interministérielle de la santé publique. La Cellule organisera au cours de l'année 2016 une discussion globale sur la politique relative au tabac.

Par ailleurs, comme vous le savez sans doute, les États membres de l'Union européenne doivent mettre en œuvre, pour le mois de mai 2016, la directive européenne relative au rapprochement des dispositions législatives, réglementaires et administratives des États membres en matière de fabrication, de présentation et de vente des produits du tabac et des produits connexes.

Cette directive porte sur différents aspects : les ingrédients et émissions des produits du tabac ; l'étiquetage et le conditionnement (notamment les avertissements sanitaires) ; la mise sur le marché de certains produits connexes comme la cigarette électronique, etc.

Mon cabinet participe activement aux travaux de cette cellule.

Pour vous répondre à la question de la cohérence, c'est au niveau européen que cela se joue. C'est un gage d'efficacité car les pays sont obligés de transcrire la directive et de la faire respecter.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- La ministre nous donne déjà de quoi l'interpeller dans les prochains mois. Nous reviendrons pour connaître l'état d'avancement des groupes de travail.

CLÔTURE

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

La réunion est clôturée à 16 h 00.

