



Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)

Session 2016-2017

Commission de la Santé du mardi 2 mai 2017

Bulletin des interpellations et des questions

	Pages
Ordre des travaux	3
Question orale	
• <i>Le monitoring de la problématique du suicide à Bruxelles</i> de M. Bea Diallo à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé	3
<i>(Orateurs : M. Bea Diallo et Mme Cécile Jodogne, ministre)</i>	
Interpellations	
• <i>Le Plan national Sida</i> de Mme Zoé Genot à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé	3
<i>(Oratrices : Mme Zoé Genot et Mme Cécile Jodogne, ministre)</i>	

- *Les nouvelles drogues de synthèse/nouvelles overdoses/MDMA fortement dosé*
de M. Julien Uyttendaele
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé 5
(Orateurs : M. Julien Uyttendaele et Mme Cécile Jodogne, ministre)
- Questions orales (suite)
- *La santé mentale et le taux de suicide dans nos prisons*
de M. Jamal Ikazban
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé 8
(Orateurs : M. Jamal Ikazban et Mme Cécile Jodogne, ministre)
- *Les difficultés internes au Centre bruxellois de promotion de la Santé*
de M. Michel Colson
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé 10
(Orateurs : M. Michel Colson et Mme Cécile Jodogne, ministre)
- *Le « Nutri Score »*
de M. André du Bus de Warnaffe
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé 10
(Orateurs : M. André du Bus de Warnaffe et Mme Cécile Jodogne, ministre)
- *Le Plan alcool*
de M. Emin Ozkara
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé 12
(Orateurs : M. Emin Ozkara et Mme Cécile Jodogne, ministre)
- Clôture 14

Présidence de Mme Martine Payfa, présidente

La séance est ouverte à 14 h 05.

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

ORDRE DES TRAVAUX

Mme la présidente.- Pour permettre à M. Bea Diallo de présider le Comité d'avis pour l'Egalité des chances entre les hommes et les femmes qui se réunit à 14 h 30, je vous propose de lui permettre de développer dès à présent sa question orale relative au monitoring de la problématique du suicide à Bruxelles.

(Assentiment)

QUESTION ORALE

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle la question de M. Bea Diallo.

LE MONITORING DE LA PROBLÉMATIQUE
DU SUICIDE À BRUXELLES

DE M. BEA DIALLO

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

Mme la présidente.- La parole est à M. Bea Diallo.

M. Bea Diallo (PS).- Il est difficile d'avoir un regard actualisé sur l'évolution du taux de suicide à Bruxelles, les derniers chiffres publiés par l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale datant de 2011. L'étude « Mortalité - Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2016 », dans son aperçu des décès pour la période 1998-2013, n'aborde pas une seule fois la question spécifique du suicide.

Toutefois, à la lecture du dernier rapport d'activités du Centre de prévention du suicide, l'on peut lire l'émergence d'une incidence à l'impact grandissant : le suicide lié au travail, au non-travail ou à la crise économique. Je cite le rapport : « En Europe, le chiffre le plus récent parmi les données synthétisées par l'EU-OSHA (Agence européenne pour la sécurité et la santé au travail) date de 2013 : les dépressions dues au travail coûtent 617 milliards d'euros par an, soit quatre fois le budget de l'Union européenne (151 milliards d'euros en 2014).

Les études et articles fleurissent sur le *burn-out*, bien souvent précédé d'un *burn-in*, car avant de donner à voir les flammes qui lèchent symboliquement le corps, le sujet a d'abord commencé par se consumer de l'intérieur, petit à petit. Le chômage tue, lui aussi. Privations, angoisses, humiliations répétées peuvent devenir à ce point invivables qu'elles viennent supprimer le désir de vivre de ceux qui les subissent. »

On sait que les chiffres relatifs aux congés de maladie de plus d'un an pour cause de *burn-out* ont doublé depuis 2010. On compte plus de 8.000 cas en Belgique et le *burn-out* est reconnu aujourd'hui comme maladie liée au travail. On connaît l'impact des mesures d'exclusion du chômage prises depuis le 1er janvier 2015 et la pression des mesures de contrôle qui pèsent sur les chômeurs et sur les malades de longue durée. Dans ce contexte, on

peut effectivement craindre une augmentation des situations désespérées et se demander quelle est l'évolution des chiffres du suicide à Bruxelles depuis 2012.

Êtes-vous en possession de chiffres récents concernant la réalité du suicide à Bruxelles ? Une actualisation de l'étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale sur le suicide est-elle prévue et, dans l'affirmative, suivant quel agenda ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Comme vous le savez, les chiffres de mortalité en Région bruxelloise sont analysés en permanence par l'Observatoire de la santé et du social de la Commission communautaire commune. La prévention du suicide, quant à elle, relève effectivement de la Commission communautaire française, qui agréé le Centre de prévention du suicide.

Au moment où vous avez introduit votre question, les données disponibles sur le site de l'observatoire portaient sur l'année 2011, mais des chiffres plus récents ont été publiés le mois dernier. En 2014, on a enregistré 131 décès par suicide de résidents bruxellois. Ce nombre inclut des personnes décédées dans d'autres Régions du pays, mais domiciliées à Bruxelles. Le taux de mortalité est plus élevé parmi les hommes (16,3/100.000) que parmi les femmes (6,3/100.000).

Le nombre de suicides officiels, c'est-à-dire reconnus comme tels, est très probablement sous-estimé, car il n'est pas toujours possible de déterminer la cause exacte d'un décès, qu'il s'agisse d'un suicide, d'un accident ou d'un meurtre. Le nombre de décès dont la cause est indéterminée est d'ailleurs en augmentation.

De manière générale, le taux de suicide par 100.000 habitants a tendance à diminuer à Bruxelles. En dix-sept ans, le nombre de suicides a été divisé par deux. C'est une nouvelle plutôt encourageante qui vaut pour tous les groupes d'âge, à l'exception des hommes de plus de 65 ans, dont le taux de suicide est quant à lui en augmentation.

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

M. Bea Diallo (PS).- Je n'ai pas entendu de lien spécifique entre le travail, le *burn-out* et le suicide dans les chiffres que vous avez cités.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Il n'y en a pas. L'étude de l'Observatoire de la santé n'opère pas cette distinction.

INTERPELLATIONS

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

LE PLAN NATIONAL SIDA

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).- Il y a un an, notre Assemblée adoptait à une très large majorité une résolution appelant à la mise en œuvre rapide du Plan national sida. Celle-ci faisait suite au constat selon lequel ce plan, adopté en 2013 après une large consultation des différents acteurs concernés et contenant pas moins de 58 actions regroupées en quatre axes stratégiques, rencontrait d'importantes difficultés de mise en œuvre.

Alors que je vous interrogeais sur les suites réservées à cette résolution en décembre dernier, vous m'indiquiez que la ministre fédérale avait décidé de mettre en place un groupe de travail technique au sein du groupe de travail intercabineaux dédié à la prévention et que ce groupe technique avait pour mission de clarifier les compétences de chaque entité concernant la lutte contre le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), de suivre les mesures du plan qui ont été mises en œuvre et d'identifier les collaborations nécessaires entre entités. Vous ajoutiez que ce groupe de travail venait de se réunir une première fois. Pourriez-vous dès lors faire le point sur le travail accompli par ce groupe technique ?

Nous avons également évoqué la question du dépistage démedicalisé et de la nécessaire modification de l'arrêté royal de 1978. Vous aviez alors précisé que, vu les attentes fortes du terrain et des entités fédérées vis-à-vis de cette mesure prioritaire du Plan national sida que constitue le développement du dépistage démedicalisé, la ministre De Block avait décidé d'aller plus vite pour cet aspect spécifique de l'arrêté royal.

Les informations que vous aviez alors en votre possession laissaient entrevoir la possibilité de mettre en œuvre le dépistage démedicalisé au début de l'année 2017. Pourriez-vous nous dire ce qu'il en est ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Le groupe de travail technique a tout d'abord réalisé un travail exhaustif et précis qui visait à identifier, pour chaque mesure préconisée par le Plan national sida, quelles entités étaient compétentes et quels projets ou initiatives lesdites entités mettaient en œuvre pour opérationnaliser ces mesures.

Ce travail a permis de clarifier la répartition des compétences, notamment dans le contexte de la sixième réforme de l'État. Par ailleurs, il a laissé apparaître, et c'était prévisible, que beaucoup de mesures impliquaient la concertation et la collaboration entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées. À l'issue de ce travail préliminaire validé par les représentants des ministres concernés, il a été proposé de se centrer sur deux objectifs.

D'abord, la définition d'une politique de dépistage du VIH à l'échelle nationale, qui permette d'améliorer la collaboration entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées. Une attention particulière sera accordée à l'intégration du dépistage des autres infections sexuellement transmissibles (IST) dans cette politique nationale.

Ensuite, en lien avec le premier objectif, améliorer la qualité de l'offre et des pratiques existantes sur le terrain en matière de dépistage du VIH et des autres IST. Cela pourrait passer par la définition d'objectifs communs ou la réalisation d'un guide contenant des lignes directrices.

Ces deux objectifs répondent à deux mesures prioritaires du Plan national et font écho à une forte attente des acteurs de terrain, mais aussi des autorités régionales.

Le groupe de travail technique est composé des représentants des ministres en charge de la Santé et de leurs administrations. Il est présidé par un membre du programme VIH/sida du service d'épidémiologie des maladies infectieuses de l'Institut scientifique de santé publique (ISP). Pour travailler sur les deux objectifs identifiés, un groupe d'experts issus du comité de monitoring du Plan national sida a été constitué et invité à une rencontre afin de bénéficier de l'expertise d'un panel diversifié d'acteurs de terrain : médecins travaillant dans des laboratoires de référence sur le sida, dans des centres de référence sur le sida ou des centres de dépistage, acteurs associatifs de la prévention et du dépistage, représentants du conseil positif, etc.

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

L'arrêté royal n°78 a finalement été adapté à la fin de l'année 2016, afin de rendre possible le dépistage démedicalisé. Le cabinet de la ministre fédérale Maggie De Block nous a informés qu'un arrêté d'exécution devait encore être pris afin de rendre la mesure effective, en principe avant cet été. Cet arrêté d'exécution définira notamment les critères auxquels devront répondre les associations souhaitant pratiquer ce dépistage.

Lors de la dernière réunion inter-cabineaux où cette question a été abordée, il y a eu quelques discussions, pour ne pas dire quelques tensions. En effet, le cabinet de la ministre De Block estime qu'il s'agit d'une matière relevant exclusivement du fédéral. Nous avons fait valoir - tout comme les autres entités fédérées - le fait que les décisions du niveau fédéral en la matière auraient un impact direct sur la politique que nous menons et sur les acteurs de prévention que nous subventionnons. Nous avons donc demandé à être consultés au sujet du contenu de cet arrêté d'exécution. Je serai particulièrement attentive à ce que ce soit bien le cas.

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

Mme Zoé Genot (Ecolo).- Je pense qu'une concertation est nécessaire. Nous n'avons pas le choix. Pour travailler efficacement sur ces matières, il faut travailler ensemble.

Lorsque nous travaillerons sur la question du profil des gens diagnostiqués tardivement, il sera intéressant de déterminer également dans quelles circonstances et via quel type d'organisme, ils ont pu être dépistés tardivement, pour voir quelles initiatives il faudra particulièrement soutenir en la matière.

Ensuite, concernant le dépistage démedicalisé, j'aurais tendance à dire que si l'État fédéral pense qu'il est le

seul concerné, il pourrait l'être aussi financièrement. Je doute cependant que l'on aille jusque-là. J'espère que la situation va rapidement se débloquer et que nous allons pouvoir relancer des dépistages démedicalisés à large échelle.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

**LES NOUVELLES DROGUES DE SYNTHÈSE/NOUVELLES
OVERDOSES/ MDMA FORTEMENT DOSÉ**

DE M. JULIEN UYTENDAELE

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

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

M. Julien Uyttendaele (PS).- Depuis plusieurs années, la « drogue de l'amour », plus communément appelée MDMA, signe son grand retour en Europe. Les différents observatoires épidémiologiques consacrés aux drogues en Belgique ou en Europe alertent régulièrement les autorités sur son regain de popularité.

Le principe actif de l'ecstasy, la MDMA (méthylènedioxyméthamphétamine) est une molécule de la famille des amphétamines. Très en vogue dans les années 90, la MDMA a progressivement perdu de son intérêt auprès des consommateurs, notamment en raison d'une perte de qualité. Les saisies, au Cambodge, de l'un des composants essentiels à sa fabrication, le safrole, ont également participé à la baisse significative de sa consommation, même si, aujourd'hui, d'autres méthodes provenant de Chine ou d'Inde sont utilisées pour produire cette molécule.

Que cette drogue soit à nouveau disponible ne m'étonne qu'à moitié, tant il est démontré que des quantités industrielles de pilules d'ecstasy peuvent être produites en quelques jours seulement et que la Belgique figure parmi les principaux pays producteurs de l'Union européenne. Plus inquiétant en revanche est le fait que la résurgence de cette substance s'accompagne d'une augmentation significative de son principe actif, et donc de sa puissance.

En effet, les comprimés de cette ecstasy de nouvelle génération sont parfois dosés à 200mg de MDMA, alors qu'elle est considérée comme dangereuse à partir de 150mg. Depuis 2010, par le système de notifications systématiques européen, une augmentation de la teneur et de la disponibilité de comprimés fortement dosés en MDMA a été constatée et a donné lieu à l'émission d'alertes conjointes d'Europol et de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) en 2014.

Le 25 mai 2016 déjà, Eurotox, l'Observatoire socio-épidémiologique alcool-drogues en Wallonie et à Bruxelles publiait sur son site une information plus qu'inquiétante, obtenue par l'Institut scientifique de santé publique, dans le cadre du système d'alerte précoce. Elle visait précisément l'identification de deux nouveaux comprimés d'ecstasy fortement dosés en MDMA. Ces comprimés avaient pu être identifiés grâce au système de testing de l'asbl Modus Vivendi, service proposé à Bruxelles au lieu d'accueil Modus Fiesta.

Dans son rapport 2017, l'OEDT confirme ce retour en grâce de la MDMA et l'explique notamment par l'utilisation d'un marketing sophistiqué et ciblé, destiné à la rendre plus attractive auprès des consommateurs de stimulants classiques, mais également auprès d'une nouvelle génération de jeunes qui en font principalement un usage récréatif.

L'OEDT estime que treize millions de personnes ont déjà expérimenté la MDMA en Europe (chiffres de 2014). Les chiffres démontrent que la MDMA séduit principalement les jeunes adultes de 15 à 34 ans, puisque sur 2,5 millions de personnes qui en ont consommé dans l'année écoulée, 2,1 millions ont moins de 35 ans.

La dangerosité tient principalement au fait que nous avons une méconnaissance complète des conditions dans lesquelles sont produites ces pilules. De plus, à moins de la faire tester, il est impossible pour le consommateur de connaître le dosage de la pilule avant de l'ingérer. Une pilule fortement dosée peut pourtant conduire à des risques de déshydratation ou de sécrétion exagérée de sérotonine, qui peuvent toutes deux mener à la mort.

Comme l'explique Michael Hogge, épidémiologiste d'Eurotox, pour le consommateur, cela revient à jouer sa vie à pile ou face. Ces risques ne se limitent malheureusement pas à la MDMA, mais s'étendent à toutes les nouvelles drogues de synthèse disponibles sur le marché.

Les molécules qui composent ces nouvelles drogues de synthèse (NDS) ne sont pas reprises dans la liste des substances faisant l'objet d'une interdiction, telles que décrites dans les conventions internationales ou nationales en matière de drogue. Or, depuis la fin des années 2000, on constate une augmentation exponentielle du nombre de NDS identifiées sur le marché des drogues en Europe. L'OEDT a recensé, en 2014, 101 nouvelles substances jamais identifiées auparavant.

Le développement rapide des NDS peut en partie s'expliquer par la facilité avec laquelle elles peuvent circuler sur internet, et plus précisément sur le « darknet ». En raison de la nouveauté du phénomène, le marché des NDS est encore trop peu documenté et souffre de l'absence d'enquêtes spécifiques qui pourraient rendre la situation actuelle plus lisible.

Par leur profil pharmacologique inconnu, un reconditionnement hors de tout contrôle sanitaire et le manque d'informations à l'égard de l'utilisateur, les NDS représentent, malgré leur appellation trompeuse d'euphorisants légaux, un risque sanitaire réel, voire plus grand encore que les drogues qu'elles sont censées copier. C'est la raison pour laquelle ce phénomène doit, à mon sens, faire l'objet d'une vigilance particulière en matière de santé publique.

Toutefois, quand je compare la législation actuelle et la réalité du commerce des NDS, je ne peux que douter de l'efficacité des politiques actuelles en matière de drogue, puisqu'il semble que, sur le long terme, le modèle répressif ne nous conduise qu'à une situation comparable au mythe de Sisyphe. En effet, la créativité des revendeurs ne fait malheureusement pas défaut. Les

logos et couleurs sont ainsi très rapidement changés et les substances sont remises sur le marché, en jouant sur l'assemblage des molécules.

Bien que je sois absolument convaincu de la nécessité de disposer d'un système d'alerte précoce, tel que mis en place actuellement, je souhaiterais vous poser les questions suivantes. Des moyens complémentaires sont-ils mis en place parallèlement à ce système ?

Existe-il des partenariats entre des institutions spécialisées et la Commission communautaire française concernant les nouvelles drogues de synthèse ? Existe-il une communication ciblée pour prévenir la consommation des nouvelles drogues de synthèse en milieu festif et ailleurs ? Comment une information comme celle fournie par l'Institut scientifique de santé publique (ISP) concernant les nouveaux comprimés d'ecstasy est-elle traitée ?

Quels sont les moyens dont dispose la Commission communautaire française pour traiter les drogues qui ont fait l'objet de saisies ? Existe-il une étude épidémiologique spécifique aux nouvelles drogues de synthèse pour la Région bruxelloise ? Plus largement, quelle est la position du Gouvernement de la Commission communautaire française concernant les nouvelles drogues de synthèse ?

Comment appréhendez-vous ce phénomène ? Quelle est la politique adoptée par la Commission communautaire française au sujet de cette drogue ? Existe-il une concertation entre la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune en matière de drogue ? Dans la négative, est-ce prévu ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Je tenterai de synthétiser mes réponses aux nombreuses éléments abordés dans votre interpellation.

La question des nouvelles drogues de synthèse que vous soulevez est d'autant plus préoccupante que de nouvelles substances apparaissent sans cesse. La législation ne permet d'interdire une substance qu'une fois celle-ci identifiée comme prohibée, ce qui laisse perpétuellement la porte ouverte à la fabrication de nouveaux produits.

Dans ce contexte, la Belgique a élaboré, à l'échelon national, un système d'alerte précoce définissant la procédure à suivre lorsqu'une substance suspecte est détectée. Instauré dans tous les États membres de l'Union européenne depuis 1998, le Early warning system (EWS) est un système de veille sanitaire qui permet de suivre les substances dangereuses en circulation et d'informer les intervenants et les usagers lorsqu'un produit présente un risque élevé pour la santé. Il est alimenté par les résultats d'analyse de produits saisis par la police et la douane, les cas d'intoxication suspecte pris en charge dans les hôpitaux, ainsi que par le projet de « *testing* » de produits organisé pour les usagers.

L'Institut scientifique de santé publique (ISP) est le point focal belge qui centralise l'information. Eurotox et son pendant néerlandophone, la Vereniging voor Alcohol- en andere Drugproblemen (VAD), sont les sous-points focaux chargés de la diffuser vers les usagers et les acteurs de terrain.

Pour répondre à votre première question, il n'y a pas de moyens mis en place parallèlement à l'Early Warning System, ce qui est un point positif, étant donné la nécessité de centralisation des données. Certains dispositifs viennent cependant compléter le système de détection précoce. J'en citerai trois.

Le premier dispositif est le service de « *testing* » mis en place par Modus Vivendi, qui consiste à permettre à l'utilisateur de connaître la nature du produit qu'il s'apprête à consommer. Ce service est proposé dans les locaux de Modus Fiesta lors d'une permanence hebdomadaire, ainsi que, de manière ponctuelle en milieu festif, lors d'événements tels que des festivals de musique.

Comme vous l'avez fait remarquer, ce dispositif contribue au système d'alerte précoce, puisqu'il permet de détecter de nouvelles substances suspectes. En cas de suspicion, une analyse complète, exclusivement financée par la Commission communautaire française, est demandée. Si le « *testing* » conclut à la dangerosité du produit, l'information est directement relayée à l'ISP. En 2016, le « *testing* » réalisé par Modus Vivendi a permis l'émission de sept alertes précoces sur douze, ce qui montre tout l'intérêt de ce dispositif.

Le deuxième dispositif est un forum mis en place par Eurotox et destiné aux professionnels. Il permet le suivi des tendances émergentes en matière de drogues, ainsi que le partage et la centralisation des observations et questionnements concernant l'apparition de nouveaux produits ou de nouvelles pratiques. Je l'avais déjà évoqué lors d'une réponse à une interpellation récente portant sur le protoxyde d'azote.

Enfin, un système de contrôle des urgences visant à surveiller les cas d'intoxication a été mis en place en 2016 au niveau national. Il doit cependant encore être coordonné au système d'alerte précoce et le volet lié aux drogues doit encore y être inclus.

En ce qui concerne les partenariats entre institutions spécialisées et la Commission communautaire française, je peux vous dire que les institutions dépendant de la Commission communautaire française reçoivent les alertes émises par Eurotox et sont invitées à participer au forum sur les tendances émergentes.

En milieu festif, une communication ciblée est organisée pour prévenir la consommation des NDS et des actions spécifiques sont mises en place. Eurotox, notamment, a rédigé un livret thématique sur les nouvelles drogues de synthèse, destiné au grand public et aux professionnels.

Pour sa part, Modus Vivendi, le second grand opérateur, offre un lieu d'accueil aux usagers de drogues en milieu festif, où des permanences sont organisées sur une base hebdomadaire. Les consommateurs peuvent aussi échanger avec des psychologues de l'asbl Infor-Drogues, qui sont associés à ces permanences. Des séances d'information sont organisées et le « *testing* » est proposé. Des usagers jobistes formés à la réduction des risques se déplacent également lors d'événements, afin d'y tenir des stands et d'échanger avec le public. Enfin, Modus Vivendi réalise des dépliants d'information mis à la disposition du public cible.

J'en viens à la manière dont une information fournie par l'ISP est traitée. Lorsqu'un échantillon potentiellement problématique est identifié, l'ISP prend contact avec

Eurotox et le VAD pour la Flandre, et ils déterminent ensemble si une alerte s'impose. Le cas échéant, l'alerte est d'abord diffusée par courriel par l'ISP à un premier ensemble de partenaires, tels que les services d'urgence, la police et les laboratoires de toxicologie.

Eurotox adapte ensuite l'alerte donnée par l'ISP sous format A4 imprimable en y joignant toutes les informations nécessaires à l'identification du produit et en y décrivant ses effets et risques associés. Les alertes sont complétées par une série de conseils de réduction des risques et de renseignements utiles.

Les messages d'alerte précoce sont diffusés directement aux usagers de manière ciblée par Modus Vivendi, par le biais de dépliants spécifiques distribués lors des interventions de réduction des risques en milieu festif. Ils donnent la description du produit et en décrivent les effets, les risques et les moyens de réduire ces derniers.

Les associations de réduction des risques sont présentes sur les réseaux sociaux et relaient l'information qui est diffusée auprès des usagers dans les comptoirs d'échange de seringues. Les organisateurs d'événements labellisés « Quality Nights » sont également tenus de diffuser les alertes émises par Eurotox sur leurs pages Facebook et au travers de brochures, de dépliants et d'affiches.

Quant aux moyens dont dispose la Région pour tester les drogues qui ont fait l'objet de saisies, je rappelle que vous m'interrogez en tant que ministre en charge de la Santé à la Commission communautaire française. Cette question ne relève donc pas de mes compétences. Par contre, je peux vous préciser que le « *testing* » de produits réalisés par Modus Vivendi est intégralement financé par la Commission communautaire française. S'agissant de l'analyse des drogues saisies, ce sont les autorités fédérales qui sont en première ligne et qu'il conviendrait d'interroger.

Cependant, il est intéressant de savoir que dans le cadre du « *testing* » réalisé par Modus Vivendi, environ 13% des échantillons testés en laboratoire contenaient de nouveaux produits de synthèse. Je vous ai rappelé le chiffre de sept alertes précoces sur douze qui avaient été décelées à cette occasion.

Sachez qu'à l'heure actuelle, aucune étude épidémiologique spécifique aux nouvelles drogues de synthèse n'a été réalisée à Bruxelles. Les données collectées par Modus Vivendi en milieu festif ont cependant une valeur indicative non négligeable. L'enquête de santé par interview de l'ISP inclut une question sur les « *legal high* », mais le faible taux de répondants à ces questions permet peu d'analyses au niveau régional.

Eurotox et le Service communautaire de promotion de la santé (SIPES) de l'École de santé publique de l'Université libre de Bruxelles (ULB) sont par ailleurs en contact, en vue d'envisager la faisabilité d'introduire des questions relatives aux drogues - et plus spécifiquement aux nouvelles drogues de synthèse - dans la prochaine enquête Health Behaviour in School-aged Children (HBSC), qui sera menée en milieu scolaire en 2018.

Un projet soutenu par le Service public de programmation (SPP) de la Politique scientifique fédérale (Belspo) est par ailleurs en construction sur cette thématique. Eurotox et Modus Vivendi participent

activement à ce projet, qui porte notamment sur le « *testing* » d'échantillons, ainsi que sur une enquête par questionnaire et des focus groupes auprès d'usagers.

Pour terminer, vous m'interrogez à un niveau plus politique et vous évoquez la Région et la Commission communautaire commune. À ce sujet, il vous faudra attendre la réponse de M. Gosuin et/ou de M. Vanhengel.

Concernant la politique du Gouvernement francophone bruxellois, des moyens importants sont consacrés à la prévention et à la réduction des risques en matière de drogues, ainsi qu'à la prise en charge des usagers ayant une consommation problématique en ambulatoire.

Il n'y a pas, à proprement parler, de position du gouvernement en la matière, si ce n'est la volonté affirmée de considérer la consommation de drogues comme un danger potentiel, de prendre des mesures en la matière et de voter annuellement le budget que je propose pour mener une lutte en cette matière et distribuer les subsides aux associations les plus impliquées dans ce domaine.

Il y a bien une concertation entre la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune au sujet de la politique menée en matière de drogues. Cette concertation se centre actuellement sur les collaborations en matière de recueil de données.

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

M. Julien Uyttendaele (PS).- Vous démontrez bien l'importance du « *testing* » dans notre Région.

Le système d'alerte précoce permet de détecter une grande part des nouvelles drogues en circulation. Combien de tests de ce genre ont-ils été effectués ? Quelle est l'ampleur de ces tests au niveau bruxellois et sur place ?

Le deuxième intérêt de ce « *testing* », en dehors de l'alerte précoce, est d'informer les consommateurs sur ce qu'ils consomment. Quand on a une pilule en main, on ne sait généralement pas du tout ce qu'elle contient. C'est peut-être le risque le plus important pour ces consommateurs. La présence de Modus Vivendi et de Modus Fiesta dans les lieux événementiels a donc tout son intérêt. Il faudrait même l'amplifier, le cas échéant.

Si vous ne disposez pas des chiffres que je vous demande, je peux vous poser mes questions complémentaires par écrit.

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Ces chiffres figurent vraisemblablement dans le rapport d'activités de l'association, mais nous ne l'avons pas avec nous. Je peux vous les fournir pour qu'il soit annexé au compte rendu.

M. Julien Uyttendaele (PS).- Je vous en remercie. En ce qui concerne le contrôle des urgences, le produit consommé est analysé en cas de consommation problématique avec hospitalisation. Mais il semblerait alors que la boucle ne soit pas encore bouclée.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Ce contrôle des urgences dans les services hospitaliers a pour objectif de

relayer les informations, mais le lien avec le système d'alerte précoce est trop récent pour être déjà opérationnel. Actuellement, le contrôle concerne l'ensemble des intoxications, comme une personne qui aurait avalé une bouteille d'eau de Javel, par exemple. Il devra, à l'avenir, être ciblé et faire le lien avec le système d'alerte précoce relatif aux drogues.

M. Julien Uyttendaele (PS).- Quand ce dispositif pourrait-il être opérationnel ?

Mme Cécile Jodogne, ministre.- C'est plutôt le niveau fédéral qui est, ici, concerné, car ce dispositif se met en place dans les hôpitaux. Il faut dès lors poser cette question au ministre compétent de la Commission communautaire commune qui en assure le suivi.

Mme la présidente.- L'incident est clos.

QUESTIONS ORALES (SUITE)

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

LA SANTÉ MENTALE ET LE TAUX DE SUICIDE DANS NOS PRISONS

DE M. JAMAL IKAZBAN

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

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

M. Jamal Ikazban (PS).- Madame la ministre, l'été dernier, je vous interpellais sur la question des services de santé dans les prisons en période de grève. Je reviens vers vous, cette fois-ci, avec une question relative à la santé mentale dans les prisons en période « normale », à la suite du suicide de jeunes détenus.

En effet, en quelques jours, deux détenus d'une vingtaine d'années se sont donné la mort dans les prisons de Lantin et de Tournai, à la fin du mois de février. Sur une population carcérale de près de 11.000 personnes, seize détenus se sont suicidés en 2016. Ils étaient dix-huit en 2015, auxquels il faut ajouter les morts suspectes et toutes les tentatives de suicide dont on ne parle pas.

La notice 2016 de l'Observatoire international des prisons stipule que le nombre moyen de décès en prison est de 50 pour la période allant de 2008 à 2014, dont quatorze sont identifiés comme des suicides. Plus concrètement, 351 personnes ont trouvé la mort durant cette période et, parmi ces décès, 103 ont été considérés comme des suicides.

Le suicide en prison est sept à onze fois plus élevé que dans le reste de la société. Dans un cas sur deux, il se produit dans les premiers jours, voire dans les premiers mois de la détention. Selon la criminologue Caroline Devynck, les chiffres officiels sont légèrement faussés, car, en cas de doute, la mort est attribuée à un accident, alors que les tentatives de suicide ne sont pas comptabilisées.

Il est de notoriété publique que les conditions de détention en Belgique sont catastrophiques et ne respectent aucune dignité humaine. La Cour européenne

des droits de l'homme de Strasbourg a multiplié les condamnations en la matière. Cela fait près de 30 ans que l'on assiste, en Belgique, à une explosion carcérale qui a des conséquences dramatiques sur la santé mentale et physique des prisonniers. La capacité pénitentiaire de nos prisons a augmenté de près de 50% et la population carcérale, de 80%. Sur les 38 établissements pénitentiaires belges, 11 connaissent une surpopulation supérieure à 25%.

Parallèlement à cela, les raisons qui génèrent souffrances et idées suicidaires sont multiples : l'isolement affectif et social, les violences morales et physiques, la promiscuité et le manque d'intimité, l'absence d'hygiène - un seau en guise de toilette, par exemple -, le manque de suivi médical et psychologique et, enfin, l'absence de plan de réinsertion et de perspectives pour la sortie de prison.

Ce dernier point place la Belgique parmi les plus mauvais élèves en matière de récidive. Dans le cadre de la Conférence interministérielle intra-francophone, deux projets pilotes de promotion de la santé à Bruxelles et en Wallonie ont été validés pour rencontrer des détenus dans leur cellule et l'ensemble des acteurs du milieu carcéral.

En juillet, vous aviez insisté sur le volet bruxellois de l'asbl I.Care, qui a pour mission de diffuser des messages et des outils de prévention et de réduction des risques en prison. Les prisonniers pourraient éventuellement compter sur la présence régulière d'un éducateur spécialisé en promotion de la santé.

La santé, et tout particulièrement la santé mentale en milieu carcéral, reste un enjeu de taille qui implique plusieurs niveaux de pouvoir. En juillet toujours, vous regrettiez que le gouvernement fédéral ne prenne pas ses responsabilités en la matière. Qu'en est-il de la prévention du suicide en milieu carcéral ? A-t-on pris la mesure des problèmes de santé mentale que peuvent provoquer des conditions de détention particulièrement inhumaines ?

Le projet I.Care est-il en voie de finalisation ? Commence-t-il à porter ses fruits ?

Qu'en est-il de l'appel d'offres du Centre fédéral d'expertise des soins de santé pour la réalisation d'une étude comparative sur l'organisation des soins de santé en prison dans d'autres pays, pour en tirer des recommandations et améliorer les services de santé aux détenus ?

Où en sont les discussions avec les autres niveaux de pouvoir sur les projets-pilotes de renforcement de l'accompagnement médical et psychosocial des détenus présentant des problèmes de toxicomanie ? Qu'en est-il de la procédure d'accès aux services d'aide psychologique aux détenus dans les prisons ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Vous rappelez à juste titre l'ampleur du phénomène suicidaire en prison, ainsi que les facteurs qui y sont généralement associés. Pour résumer, on peut considérer que l'univers carcéral lui-même est pathogène et, en l'occurrence, suicidogène. Il s'agit d'un grave problème de société qui nous interpelle tous en tant qu'acteurs politiques.

En même temps, il faut pouvoir reconnaître la responsabilité de chaque niveau de pouvoir dans ce domaine. Si c'est le monde carcéral et ses caractéristiques qui fragilisent la santé physique et mentale des détenus, c'est en premier lieu à ceux qui en ont la tutelle qu'il revient de prendre des mesures cohérentes pour résoudre le problème.

Pour le dire autrement, ce n'est pas le rôle des entités fédérées - la Commission communautaire française, en l'occurrence - de résoudre le problème structurel des conditions souvent inhumaines de détention. Nous n'en avons ni la responsabilité, ni les moyens. Si des détenus évoluent dans un milieu de violence, de privation relationnelle et de promiscuité - et j'en passe -, ce n'est pas en envoyant un psychologue extérieur une fois par semaine que le problème sera résolu, mais bien en améliorant les conditions de détention.

Cela étant dit, les entités fédérées peuvent contribuer, dans les limites de leurs compétences, à améliorer la situation des détenus sur certains aspects. C'est ce qui motive les membres de la Conférence interministérielle (CIM) intra-francophone que vous avez évoquée, qui décide de mesures en matière de Sport, de Formation, de Santé, de Culture, etc.

C'est dans le cadre de cette CIM intra-francophone que j'ai décidé, il y a un an, de soutenir l'asbl I.Care pour son programme de promotion de la santé en prison. Cet opérateur, qui venait de se constituer en asbl, me semblait particulièrement pertinent, puisqu'il a été fondé par des acteurs œuvrant pour la santé des détenus. Certains font partie du personnel de santé des prisons, d'autres ont une expérience avérée en tant qu'association extérieure intervenant en milieu carcéral.

Un subside de 35.000 euros a été accordé à ce projet en 2016, pour une durée de cinq mois. Pour l'année 2017, j'ai proposé au gouvernement francophone bruxellois d'accorder une subvention de 72.000 euros à l'asbl, pour lui permettre de poursuivre et de développer ses activités. Celles-ci se déroulent à la prison pour femmes de Berkendael et s'articulent sur trois axes :

- la Care connexion : un éducateur en promotion de la santé rencontre les détenues dans leurs cellules, sans attendre qu'elles en forment la demande. Une fois les autorisations obtenues auprès du Service public fédéral (SPF) Justice, 40 femmes ont été rencontrées au cours de 164 contacts. Dans son rapport d'activités, l'asbl relève que le projet bénéficie d'un important soutien de la part de la direction et qu'il a réussi à s'intégrer au sein de l'établissement. Il est également très bien accepté par les agents pénitentiaires ;
- la newsletter : elle vise à informer et à mettre en relation des acteurs internes et externes à la prison à travers une publication aux formats papier et électronique intitulée MursMurs, dont deux numéros ont été diffusés en 2016 ;
- le travail de réseau de l'asbl : participation au groupe de pilotage local drogues (GPLD) bruxellois et à l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE), animation du groupe de travail sur le projet pilote Drogue et détention, etc.

L'asbl s'attache aussi à répertorier les constats qu'elle peut faire à l'occasion de son travail de terrain. Elle

relève notamment le manque de psychologues au sein de la prison où elle travaille.

Sa méthode d'intervention permet de créer et d'entretenir le lien avec les détenus et le personnel pénitentiaire. Cette manière de faire du lien est une des conditions qui doivent permettre d'améliorer la santé physique et mentale des détenus. Ce projet encore récent porte donc déjà ses fruits.

Concernant l'appel d'offres, l'étude sur l'organisation des soins de santé dans les prisons belges menée par le KCE est en phase finale. Elle a permis d'investiguer l'organisation actuelle des soins de santé, les problèmes de santé des personnes détenues et leur gestion, les coûts des soins, ainsi que les leçons à tirer des expériences à l'étranger et les solutions issues de la littérature internationale.

Une fois l'étude terminée, le KCE formulera des recommandations pour la future organisation des soins de santé dans les prisons belges. Dans cette phase finale, une enquête en ligne est actuellement envoyée aux différentes parties prenantes. Mon cabinet a été sollicité pour répondre à cette enquête. Le KCE indique que le rapport final de l'étude sera publié au plus tard à la fin du mois de juillet 2017.

Le dossier relatif aux projets pilotes visant le renforcement et l'accompagnement médical et psychosocial des détenus présentant des problèmes de toxicomanie avance bien.

Avec les autres ministres de la Santé, j'ai approuvé, le 27 mars en Conférence interministérielle (CIM) de la santé publique, une note relative à ces projets. Ils consistent à mieux coordonner les services psychomédico-sociaux internes des prisons, qui vont être renforcés, et les services externes financés par les entités fédérées. Le budget octroyé dans ce cadre par le gouvernement fédéral est de 378.000 euros, à répartir entre trois prisons belges : une en Flandre, une à Bruxelles et une en Wallonie. Les projets seront mis en œuvre en octobre 2017 pour une période de deux ans.

En ce qui concerne la procédure d'accès aux services psychologiques dans les prisons, je ne sais pas si vous désignez par-là les services internes ou externes. Je ne peux, en tout cas, vous répondre que pour ce qui concerne les services de santé mentale agréés par la Commission communautaire française. Le service de santé mentale sectorisé de Forest, Uccle et Watermael-Boitsfort est le seul dont l'agrément mentionne explicitement les consultations en prison, ainsi qu'un projet de prévention s'adressant à l'enfant confronté à la détention d'un de ses parents. D'autres services de santé mentale suivent, bien entendu, des ex-détenus.

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

M. Jamal Ikazban (PS).- J'ai le sentiment que juillet 2017 sera un moment important, puisque c'est à cette période que nous devrions recevoir le résultat de l'étude comparative.

Je vous remercie d'avoir rappelé la première responsabilité du niveau fédéral en la matière, mais aussi d'assumer pleinement la responsabilité de la Commission communautaire française, notamment en soutenant des asbl telle que I.Care. C'est très positif et je vous remercie pour la qualité de votre réponse.

Cela étant, tandis que mon collègue Bea Diallo parlait des suicides à Bruxelles au début de notre réunion, je me demandais si les suicides en prison étaient également pris en considération. Dans l'affirmative, cela signifierait que le taux de suicide en prison est beaucoup plus important que dans la société. Est-ce le cas ?

Je comprendrais que vous ne puissiez pas répondre sur ce point qui m'interpelle.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- C'est le domicile de la personne qui est pris en considération dans les statistiques. Or, après quelques années d'incarcération, on sait que la prison devient le domicile des détenus.

Pour moi, il est évident que le taux de suicide en prison est à peu près dix fois plus important que dans le reste de la société.

**LES DIFFICULTÉS INTERNES AU CENTRE BRUXELLOIS
DE PROMOTION DE LA SANTÉ**

DE M. MICHEL COLSON

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

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

M. Michel Colson (DéFI).- J'aimerais vous interroger sur les difficultés rencontrées par un acteur essentiel à Bruxelles : le Centre bruxellois de Promotion de la Santé. Sa mission est transversale. Elle consiste à s'inscrire dans le futur plan de promotion de la santé et à répondre aux appels publics à candidatures en vue de la désignation des nouveaux services d'accompagnement et/ou de support prévus par le nouveau décret.

Il s'agit donc d'un acteur essentiel, focalisé sur les déterminants qui participent à la santé et à la qualité de vie d'un groupe. Hélas, il fait face à une crise interne. La directrice aurait reçu son préavis et des négociations seraient en cours avec le conseil d'administration. Pareille situation a des impacts sur la structure même et sur tout le secteur.

Êtes-vous au courant de la situation ? Qu'avez-vous mis en place pour gérer cette crise qui survient à un moment extrêmement sensible ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- J'ai effectivement été mise au courant de la situation du Centre bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS) par son conseil d'administration dès que sa directrice a reçu son préavis.

Comme vous le soulignez, le CBPS est un acteur central du dispositif de promotion de la santé tel que nous en avons hérité de la Fédération Wallonie-Bruxelles à la suite du transfert de compétences. Il remplit notamment des missions d'accompagnement, de soutien à la concertation des acteurs dans une perspective intersectorielle et de diffusion des principes de promotion de la santé sur le territoire bruxellois.

Lorsque j'ai été informée de cette situation de crise, j'ai immédiatement demandé à mon administration de mettre en place un comité d'accompagnement. Il s'agissait de pouvoir bien comprendre la situation, de s'assurer que le

CBPS continuait à remplir les missions pour lesquelles il est subventionné et de lui apporter, au besoin, un appui sur le plan administratif.

Il n'est absolument pas question que mon administration ou mon cabinet s'ingère d'une quelconque manière dans une négociation entre un employeur et une employée. Je suis très vigilante sur ce point.

Deux réunions du comité d'accompagnement ont eu lieu jusqu'à présent, la fréquence étant mensuelle. Y sont représentés une délégation du conseil d'administration et de l'équipe du CBPS, le service de la Santé du Service public francophone bruxellois et mon cabinet.

Vous comprendrez que je n'en dise pas beaucoup plus sur la situation actuelle. Il convient de garder une certaine confidentialité, afin de permettre aux personnes concernées de discuter dans un climat serein.

Comme vous le signalez, cet événement intervient à un moment charnière et sensible, puisque les appels à candidatures seront lancés dès le mois de juin afin de désigner le service d'accompagnement et les services de support qui seront mandatés pour mettre en œuvre le Plan de promotion de la santé. Plusieurs critères seront utilisés pour évaluer les candidatures des services, notamment la qualité des dossiers et la qualification des équipes.

Je souhaite que les choses soient claires vis-à-vis du secteur : tous les candidats devront faire la preuve de leur capacité à remplir les missions qui seront définies dans ces appels à candidatures, et les différents dossiers seront analysés sur un pied d'égalité.

Je ne peux que souhaiter que le CBPS sorte de cette crise interne rapidement et retrouve sa sérénité pour remplir ses missions.

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

M. Michel Colson (DéFI).- Je comprends parfaitement que la situation est délicate et exige une certaine discrétion.

Je suis rassuré de voir que les choses sont prises en main, dans le respect de l'autonomie de l'institution et que la procédure suit son cours. L'appel à candidatures aura donc bien lieu au mois de juin.

Mettre sur pied un comité d'accompagnement composé d'une délégation mixte me paraît une bonne initiative. Je me réjouis que le CBPS puisse poursuivre ses missions.

LE « NUTRI SCORE »

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).- Madame la ministre, le 5 avril 2017, nous pouvions lire dans la presse une série d'articles concernant le « Nutri Score ». Il s'agit d'un étiquetage nutritionnel simplifié permettant d'identifier plus aisément les produits équilibrés. Cette

vignette peut utiliser des codes de couleur (du vert à l'orange foncé) ou des lettres pour classier les différents produits.

La ministre française de la Santé, Marisol Touraine, a récemment décidé d'adopter cet étiquetage. Les industries peuvent dorénavant utiliser ce logo sur leurs produits. La législation européenne interdit aux États membres d'imposer un étiquetage nutritionnel. Le système français n'est donc pas obligatoire. Cependant, promouvoir l'information nutritionnelle permettra d'influencer et d'améliorer l'alimentation des citoyens.

Il est inutile de rappeler que l'alimentation représente un déterminant fondateur de notre santé. L'enjeu de santé publique est majeur, notamment en ce qui concerne la lutte contre le surpoids, l'obésité, le diabète, certains cancers et aussi une série de maladies cardiovasculaires.

Ces nouvelles dispositions en ont fait réagir plus d'un. Six grandes entreprises (Coca-Cola, Mars, Mondelez, Nestlé, PepsiCo et Unilever) ont décidé d'élaborer leur propre logo nutritionnel, en se fondant uniquement sur les portions. La Fevia, fédération belge de l'industrie alimentaire, s'est montrée très réticente, mettant en avant la possible stigmatisation de certains produits, certes plus riches, mais sans danger s'ils sont consommés en quantités raisonnables.

Quel est votre avis sur l'étiquetage nutritionnel simplifié ?

Il semble que la ministre Maggie De Block ait demandé à son administration de lui proposer un système équivalent avant la fin de l'année. Confirmez-vous cette information ?

Quels contacts avez-vous pris avec la ministre De Block à ce sujet ?

L'étiquetage nutritionnel simplifié ne constitue pas l'unique solution en matière de lutte contre l'obésité et autres maladies liées. Il faut développer une politique de santé plus large. Si ce n'est pas encore le cas, comment envisagez-vous la sensibilisation à ce système d'étiquetage dans le Plan de promotion des attitudes saines ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Monsieur le député, comme vous le rappelez judicieusement, la nutrition constitue l'un des déterminants de la santé. Dans le meilleur des cas, une mauvaise alimentation n'est que le reflet d'une mauvaise hygiène de vie, mais elle est aussi à l'origine de nombreuses maladies. C'est une question de santé publique prise très au sérieux par les différentes autorités de notre pays, comme en témoigne le point qui lui est consacré dans le Protocole du 21 mars 2016 conclu entre l'autorité fédérale et les entités fédérées en matière de prévention.

Depuis le 13 décembre 2016, l'Union européenne impose de nouvelles normes en matière d'étiquetage nutritionnel. Tous les aliments préemballés doivent comporter les informations nutritionnelles relatives à l'apport calorique, à la quantité de matières grasses, de glucides, de protéines et de sel, exprimées par 100 g ou 100 ml de produit.

Plusieurs pays ont recours, sur une base volontaire, à un système d'étiquetage nutritionnel informatif complémentaire. C'est le cas de la France, qui a

récemment opté pour un système inspiré des « *traffic light* » britanniques. Le « Nutri Score » classifie les aliments selon leur classe nutritionnelle globale à l'aide d'une seule et même couleur.

Le choix de mettre ou non en place un tel dispositif en Belgique relève d'une compétence exclusivement fédérale. Je n'ai donc pas de prérogative pour statuer sur cette question. Toutefois, en tant que ministre de la Santé, je ne pourrais me montrer défavorable à un système qui permettrait aux consommateurs de réaliser plus facilement des choix favorables à leur santé.

À mon sens, un système d'étiquetage informatif nutritionnel doit répondre à trois critères essentiels :

- il doit fournir une information claire, compréhensible et univoque sur la qualité d'un aliment, tant du point de vue de sa composition que de sa valeur nutritive ;
- il doit tendre à la plus grande généralisation, afin de ne pas brouiller le message à destination du consommateur par la coexistence de plusieurs systèmes ;
- enfin, l'étiquetage doit être compréhensible par les publics les plus précarisés, afin de réduire les inégalités sociales en matière de santé.

Néanmoins, la mise en place d'un étiquetage informatif, tel que je viens de le décrire, comporte de nombreux enjeux sanitaires, mais aussi économiques. Un consensus le plus large possible est dès lors souhaitable. En effet, plusieurs systèmes coexistent et - comme vous l'avez mentionné, M. du Bus de Warnaffe - certaines grandes marques n'hésitent pas à créer leur propre étiquetage.

La ministre Maggie De Block a effectivement demandé à son administration de lui fournir un avis sur la mise en place d'un système d'étiquetage en Belgique. Dans le cadre de la conférence interministérielle (CIM) de la santé publique, un groupe de travail consacré à la thématique « nutrition » se réunit approximativement une fois par mois.

Une équipe du Service public fédéral (SPF) Santé publique investit actuellement l'opportunité de développer un système d'étiquetage informatif complémentaire sur la face avant de l'emballage. Jusqu'à présent, aucune étude représentative analysant les souhaits des consommateurs dans ce domaine n'a été réalisée en Belgique. En 2012, Test-Achats a mené une enquête à très petite échelle sur le sujet. Il en ressort que, s'ils devaient choisir un système d'étiquetage nutritionnel, un système de codes de couleur retiendrait la préférence des consommateurs.

En France, en revanche, une étude de grande envergure a été conduite dans 50 magasins de la grande distribution, dans le cadre de laquelle quatre systèmes ont été proposés aux consommateurs. C'est le système du « Nutri Score » qui a remporté à la fois l'adhésion des consommateurs et des industriels.

L'administration de Maggie De Block organise actuellement des rencontres avec les principales parties prenantes au débat. Le SPF espère en tirer des lignes directrices à présenter à la ministre d'ici le mois de septembre.

Vous avez raison : l'étiquetage nutritionnel ne peut se suffire à lui-même dans la lutte contre la malnutrition. Il faut développer une politique cohérente de promotion d'une alimentation saine. Dans le cadre du Plan de promotion des attitudes saines, l'une des mesures consiste à « encourager le renforcement de l'information sur la composition nutritionnelle et les allergènes ».

Je précise qu'il s'agit d'une proposition de cadre stratégique qui sera intégrée dans le Plan de promotion de la santé. Le projet de Plan de promotion de la santé sera, quant à lui, présenté au Collège dans les semaines à venir. La promotion des attitudes saines fera partie de mes priorités, tout comme la problématique de la nutrition.

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Je remercie la ministre pour ses informations intéressantes, qui permettent de comprendre que ce thème fait l'objet d'une véritable préoccupation et que des progrès seront donc prochainement engrangés en la matière. Nous suivrons ce dossier de près.

LE PLAN ALCOOL

DE M. EMIN OZKARA

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

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

M. Emin Ozkara (PS).- Le lundi 24 octobre 2016 s'est tenue une Conférence interministérielle, présidée par la ministre fédérale de la Santé, Maggie de Block, qui portait sur différents sujets en rapport avec la politique en matière de drogues et d'alcool dans notre pays, parmi lesquels la note-cadre de sécurité intégrale, la problématique des jeux de hasard, la faisabilité des salles de consommation à moindre risque, l'approche des nouvelles substances psychoactives et la consommation d'alcool dans notre pays.

Cette Conférence, à laquelle vous avez participé en tant que ministre de la Santé de la Commission communautaire française, s'est soldée par un échec en raison de l'absence d'un accord entre le Fédéral, les Régions et les Communautés sur un ensemble de mesures visant à dégager une approche globale et intégrée de la problématique de l'alcool.

Le vendredi 24 mars 2017, après avoir retiré de l'ordre du jour de la CIM du lundi 27 mars le point relatif au Plan alcool, la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, Maggie De Block, annonçait, d'une manière unilatérale, différentes mesures qu'elle souhaite voir appliquer en matière de vente d'alcool. Cette annonce « surprise » intervient alors même que les dix ans de négociations interministérielles sur le sujet n'ont toujours pas permis de trouver un accord entre les entités fédérées et le niveau fédéral. Parmi les mesures présentées par la ministre De Block on trouve des règles pour la vente d'alcool aux jeunes âgés de 16 à 18 ans, davantage de contrôles sur les distributeurs automatiques de boissons alcoolisées et une surveillance publicitaire plus stricte des produits alcoolisés à destination des mineurs d'âge.

Comme vous l'avez rappelé, en réponse à ce communiqué de la ministre, c'est sur votre initiative que les discussions au sujet d'un Plan alcool ont repris dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique (CIM) qui associe tous les ministres concernés au niveau fédéral, communautaire et régional. Les mesures présentées par Maggie De Block ont pourtant été présentées aux entités fédérées qui les ont rejetées en raison de leur caractère jugé insuffisant.

Le secteur associatif et la société civile se sont montrés très inquiets face aux mesures proposées par Maggie De Block. En effet, plusieurs mesures sont pointées du doigt en raison de leur caractère inefficace. En témoigne la carte blanche de Martin de Duve, directeur d'Univers santé et porte-parole du groupe « Jeunes, alcool & société » qui reprend les différents points avancés par la ministre en démontrant qu'il s'agit plus d'un « écran de fumée » que de réelles avancées en la matière.

Vous avez déjà montré votre volonté de parvenir, d'une manière concertée avec les autres entités, à l'adoption d'un Plan alcool et de vous attaquer au phénomène de l'alcool chez les jeunes.

À l'instar de ce que vous avez déclaré en date du 24 octobre 2016 au quotidien « Le Soir », il ne s'agit pas de prohiber l'alcool, mais de, je cite: « (...) il convient d'élaborer des messages qui permettent à chacun de s'interroger sur sa consommation et de poser des choix éclairés. ». On estime qu'en Belgique, une personne sur dix affiche un usage problématique de l'alcool. Si ce chiffre ne paraît pas alarmant, il entraîne pourtant un coût social important, estimé à 4,2 milliards d'euros sur base annuelle pour notre pays.

Les jeunes ne sont malheureusement pas épargnés de l'hyperconsommation d'alcool ou de l'usage problématique. Le rapport entre les jeunes et l'alcool fait d'ailleurs l'objet de nombreuses études. Depuis plusieurs années plusieurs constats peuvent être dégagés concernant les habitudes de consommation des jeunes : un rajeunissement des premières consommations, une féminisation des consommateurs, une plus grande recherche de l'ivresse traduite par le phénomène de « *Binge Drinking* » et une banalisation voire une valorisation de l'ivresse.

Selon le dernier rapport de l'asbl Eurotox et sur base de l'enquête HBSC 2010, le « *Binge Drinking* » est pratiqué au moins deux fois par mois par 36,2 % des étudiants de 15 à 17 ans scolarisés en Fédération Wallonie-Bruxelles. Ce chiffre monte à près de 50 % pour les étudiants âgés de 18 à 20 ans. Selon l'enquête HIS 2013, relative à la prévalence de consommation d'alcool dans la population générale (Belgique) et réalisée par l'Institut scientifique de Santé publique (WIV-ISP), les chiffres de la « consommation problématique d'alcool » sont également interpellants.

Entre 2001 et 2013, l'usage problématique d'alcool en Région bruxelloise a augmenté passant de 8,3 % à 8,5 % pour la tranche d'âge 15-24 ans, de 8,5 % à 13,9 % pour la tranche d'âge 25-34 ans et de 11,5 % à 21,5 % pour la tranche d'âge 35-64 ans. Ces constats doivent nous faire prendre conscience que l'évolution de la consommation chez les jeunes ne doit pas être uniquement encadrée par des mesures de prévention, mais doit faire l'objet de mesures concrètes qui puissent diminuer l'offre d'alcool dans notre pays.

Selon l'OMS, en 2015, l'usage nocif de l'alcool entraînait 3,3 millions de décès dans le monde, soit 5,9 % des décès, en grande partie parmi les jeunes. En Europe, on estime que l'alcool est responsable de 7,4 % des décès prématurés et par maladies spécifiquement liées à l'alcool. Pour la Belgique, l'OMS estime que 6 % des décès sont liés à l'alcool.

À l'instar de ce que soulève Michaël Hogge, Docteur en sciences psychologiques et chargé de projet chez Eurotox, les dommages liés au mésusage de l'alcool sont multiples. Directs ou indirects, les dommages peuvent toucher tant la sphère physique, psychologique que sociale. Il ne s'agit donc pas uniquement d'une question relevant de la Santé publique. Les conséquences économiques et sociales sont également à prendre en compte. Le coût sociétal est alors estimé à 4,2 milliards d'euros uniquement pour la Belgique. L'abus d'alcool coûte donc trois fois plus qu'il ne rapporte sous forme d'accises et de taxes, les bénéfices liés à l'alcool s'élevant au total à 1,5 milliard d'euros, accises et recettes de l'industrie comprises.

Nous nous félicitons, mon groupe et moi-même, de constater que vous n'entendiez pas signer un Plan tant que l'équilibre entre les engagements en matière de réduction de la demande et ceux de la réduction de l'offre est insuffisant. À l'instar de ce que vous avez souligné dans votre interview parue dans le quotidien « Le Soir du 24 octobre 2016 » concernant le projet de Plan alcool, il s'agit d'un enjeu de santé publique majeur sur lequel nous devons en tant que responsable politique prendre nos responsabilités.

Nous ne pouvons que vous soutenir dans votre action et espérer que le Gouvernement fédéral puisse également prendre ses responsabilités et adopter des mesures qui permettent des actions de fond et ce, afin de limiter l'offre d'alcool parallèlement aux nombreuses mesures de prévention et santé.

Madame la ministre, je souhaiterais dès lors vous poser les questions suivantes :

1. Quand un nouveau Comité interministériel concernant le Plan alcool est-il prévu ?
2. Un travail commun avec les autres entités fédérées sera-t-il engagé sur le Plan alcool indépendamment du Gouvernement fédéral, et cela afin d'adopter des mesures plus strictes par rapport aux mesures présentées par la ministre De Block ?
3. Des mesures spécifiques sont-elles prises pour informer et sensibiliser les jeunes à la consommation à risque d'alcool ?
4. Quelles sont les mesures qui ont été prises à l'égard de la jeunesse afin de sensibiliser et lutter contre le phénomène de « *Binge Drinking* » ou ivresse ponctuelle ?
5. Quelles sont les mesures prises pour lutter contre la publicité faite sur les réseaux sociaux et divers forum de discussions internet pour la valorisation du « *Binge Drinking* » ?

Mme la présidente.- Monsieur Ozkara, je vous informe que vous avez très largement dépassé votre temps de parole.

Je vous rappelle qu'il convient de respecter les décisions du Bureau élargi. Celui-ci a transformé votre interpellation en question orale et il vous appartenait d'adapter votre texte en conséquence. C'est par courtoisie que je vous ai laissé terminer votre intervention sans interruption.

La parole est à Mme Jodogne.

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Monsieur le député, je suis heureuse de constater notre préoccupation commune concernant les enjeux de santé publique que pose la consommation d'alcool. Je me suis déjà exprimée sur les questions relatives à l'échec des concertations interministérielles, en réponse à trois questions d'actualité posées lors de la séance plénière du 31 mars dernier. Je ne vais donc pas revenir sur cet aspect-là. Aucune réunion interministérielle n'est prévue à ce jour pour rediscuter de ce point.

Concernant la question de savoir si un travail commun avec les autres entités fédérées sera engagé, je vous répondrai que la Commission communautaire française se concentre actuellement sur son Plan de promotion de la santé en cours de finalisation. La prévention en matière d'alcool y sera évidemment abordée tant pour le volet des actions de terrain que pour celui des concertations interministérielles à mener.

Je rappellerai que les actions que les entités fédérées peuvent mener ensemble relèvent de la problématique de la demande d'alcool. Or, là où il manque des avancées notables, c'est en matière d'offre et ce sont quasi exclusivement des mesures qui peuvent être prises par l'État fédéral.

L'augmentation de la consommation d'alcool observée chez les jeunes est d'autant plus alarmante qu'elle se traduit par des comportements extrêmes d'hyperconsommation, comme la beuverie express, qui consiste à ingérer une grande quantité d'alcool en un temps réduit.

Selon une enquête menée par les asbl Eurotox et Modus Vivendi auprès de 3.000 étudiants, 15% des répondants déclarent avoir pratiqué la beuverie express au moins deux fois par semaine au cours de l'année académique.

La Commission communautaire française déploie plusieurs actions visant à diminuer la consommation problématique d'alcool chez les jeunes, tant en matière de réduction des risques que d'accompagnement. Deux projets abordent spécifiquement la beuverie express.

Il y a d'abord la recherche-action portant sur l'alcool en milieu étudiant menée par l'asbl Modus Vivendi, que je soutiens depuis 2013. Ce projet mené dans des établissements d'enseignement supérieur ou universitaire repose sur la responsabilisation des étudiants, la prévention par les pairs et la réduction des risques. Concrètement, des étudiants formés à la réduction des risques en sensibilisent d'autres avec lesquels ils partagent un langage commun et une même culture festive. Cela se traduit notamment par l'aménagement de « coins sûrs » lors des soirées, où l'on propose de l'eau et de la nourriture gratuites, ainsi qu'un espace de repos. Les résultats prometteurs de cette recherche-action ont conduit à la reconduction du projet et à l'élaboration d'un guide de réduction des risques

visant à autonomiser et pérenniser le projet d'année en année.

Je soulignerai aussi le soutien des autorités académiques à ce type de projet géré par les étudiants.

Le rapport de projet de l'année 2016 comporte une revue de la littérature consacrée à la beuverie express, particulièrement répandue en milieu étudiant. Ce sont surtout les séquelles à moyen terme qui inquiètent les scientifiques. Il apparaît en effet que les buveurs effrénés auraient trois à quatre fois plus de risques de devenir alcooliques à l'âge adulte. Dans une perspective psychosociologique, on y apprend également que, contrairement aux idées reçues, la beuverie express ne serait pas exclusivement motivée par une recherche de l'ébriété mais viserait avant tout la socialisation dans une optique d'épreuve et de stimulation. Le phénomène est complexe et mérite donc une attention particulière. Modus Vivendi prévoit pour l'année 2017 de finaliser une recherche portant sur cette problématique et de développer des actions spécifiques.

Un autre projet fait l'objet d'un dossier d'information et de réflexion réalisé par l'asbl Infor Drogues.

En ce qui concerne la consommation problématique d'alcool au sens large, j'ai augmenté depuis 2016 la subvention à l'asbl Le Pélican qui gère le site intitulé Aide alcool. Elle y propose un test d'auto-évaluation de sa consommation et prodigue de l'information ainsi qu'un accompagnement en ligne.

La Commission communautaire française soutient depuis 2016 le projet Alcoologie en médecine générale, porté par la Société scientifique de médecine générale (SSMG), qui vise à informer et à former les médecins généralistes afin qu'ils puissent aborder de manière adéquate la question de la consommation avec leurs patients.

Comme vous pouvez le constater, je n'ai pas attendu le plan national pour prendre de nouvelles mesures.

Vous l'avez mentionné, la consommation problématique d'alcool est à aborder sous deux angles, à savoir l'offre et la demande. Si la prévention vise bien à faire diminuer la demande, les moyens limités qui lui sont alloués ne peuvent suffire à contrecarrer les moyens considérables des producteurs et distributeurs d'alcool qui disposent d'outils extrêmement efficaces en termes de marketing, de publicité et, manifestement, de lobbying.

La Commission communautaire française soutient depuis plusieurs années le groupe porteur Jeunes, alcool &

société, conduit par Univers santé. Il rassemble divers intervenants concernés par la consommation d'alcool des jeunes. Il s'est donné pour mission d'agir sur les représentations de la consommation d'alcool en faisant remonter les constats des jeunes vers des adultes-relais, et de fournir à ces derniers des outils pour aborder la question des consommations responsables et développer le sens critique des jeunes vis-à-vis des médias et des stratégies publicitaires.

Parmi ces outils, citons :

- le cédérom « Les jeunes savent pourquoi » à destination des adultes-relais, dont l'objectif est d'apprendre à décoder les pratiques commerciales qui influencent les consommations ;
- la brochure d'éducation aux médias « Les publicitaires savent pourquoi » à destination des adultes-relais, qui met en lumière les pratiques commerciales des alcooliers vis-à-vis des jeunes.

Concernant la publicité faite sur les réseaux sociaux et les forums de discussion, les instances de régulation telles que le JEP et le CSA ne sont pas compétentes.

Les associations spécialisées dans la prévention, notamment en milieu universitaire, tentent de développer des stratégies qui visent à informer les jeunes à travers ces différents médias et réseaux sociaux, soit via des campagnes larges telles que la campagne « Guindaille 2.0 » qui dispose d'un site web et d'une page Facebook, soit en développant des applications pour smartphones qui permettent à la fois de donner des informations sur la vie festive et des messages d'information et de réduction des risques en matière de santé et d'alcool. Des acteurs de prévention tentent également d'assurer une présence et un contact en intervenant directement sur les réseaux sociaux.

Enfin, sachez que le projet de Plan de promotion de la santé qui sera présentée au Collège dans les semaines qui viennent aborde la problématique de l'alcool tant sous le volet "attitudes saines" que sur celui de la "réduction des risques" et que le public des jeunes y aura plus que probablement toujours sa place.

CLÔTURE

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

Prochaine séance, sur convocation.

ANNEXE

ANNEXE A LA REPONSE DE LA MINISTRE CECILE JODOGNE A L'INTERPELLATION DE M. JULIEN UYTENDAELE CONCERNANT LES NOUVELLES DROGUES DE SYNTHESE/NOUVELLES OVERDOSES/MDMA FORTEMENT DOSE

Extrait du rapport d'activités de Modus Vivendi (année 2016)

En 2016, 138 demandes d'analyse de produits psychotropes ont été enregistrées auprès de Modus Vivendi, un nombre similaire de demandes à celui enregistré en 2015. La majorité des produits (86,2%) ont été adressés pour analyse en point fixe dans le lieu d'accueil (Modus Fiesta) et 13,8% des demandes ont été introduites en festival (Bruxelles et Wallonie).

Les échantillons supposés d'ecstasy/MDMA (50%) sont les plus fréquemment soumis à l'analyse et ce type de demande est en augmentation par rapport aux années précédentes. Les échantillons supposés de cocaïne représentent 11% des échantillons soumis en 2016. Les échantillons de speed/amphétamine représentent 6,5% des demandes. Enfin, une demande d'analyse sur dix portait sur une nouvelle drogue de synthèse/Research Chemical.

