



Parlement francophone bruxellois
(Assemblée de la Commission communautaire française)

Session 2016-2017

Commission de la Santé du 31 janvier 2017

Bulletin des interpellations et des questions

Sommaire

	Pages
Excusés	2
<i>Interpellations</i>	
• <i>La prévention et le dépistage du cancer colorectal</i> de M. Zahoor Ellahi Manzoor à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé	2
<i>(Orateurs : M. Zahoor Ellahi Manzoor, M. Abdallah Kanfaoui et Mme Cécile Jodogne, ministre)</i>	
• <i>Le tabagisme chez les adolescents</i> de Mme Mahinur Ozdemir à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé	5
<i>(Orateurs : Mme Mahinur Ozdemir, M. Abdallah Kanfaoui et Mme Cécile Jodogne, ministre)</i>	
Clôture.....	7
Annexe.....	8

Présidence de M. Amet Gjanaj, premier vice-président

M. le président.- Mesdames et Messieurs, la séance plénière est ouverte.

EXCUSÉS

M. le président.- Ont prié d'excuser leur absence : M. Jacques Brotchi, Mme Barbara d'Ursel-de Lobkowicz et Mme Martine Payfa, présidente.

INTERPELLATIONS

M. le président.- L'ordre du jour appelle les interpellations.

LA PRÉVENTION ET LE DÉPISTAGE DU CANCER COLORECTAL

DE M. ZAHOR ELLAHI MANZOOR

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

M. le président.- La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Selon les données de la Fondation contre le Cancer, on observe une augmentation de la participation au dépistage du cancer colorectal dans les trois Régions du pays, ce qui est une bonne nouvelle. En Flandre, le taux de participation est de 51 %. En Wallonie et à Bruxelles, il est passé de 10 % à 18 %.

Depuis mars 2016, la Wallonie et Bruxelles sont passées au test immunologique iFOBT plus simple d'utilisation que le test gFOBT. De plus, les critères de dépistage sont devenus les mêmes qu'en Flandre (hormis le fait que l'exclusion temporaire des personnes qui ont passé une colonoscopie remonte à 5 ans et non à 10 ans, comme en Flandre). Cependant, l'écart avec le Nord du pays reste encore très important (rapport de 1 pour 3).

En Flandre, pour la population à risque moyen, les pouvoirs publics ont travaillé avec le patient en envoyant directement et gratuitement à celui-ci le test de recherche de sang dans les selles, sans passer par le médecin généraliste ou le gastro-entérologue.

En Wallonie et à Bruxelles, la stratégie de l'initiative du dépistage du cancer du côlon est d'informer le patient par une lettre l'encourageant à se rendre chez le médecin généraliste qui lui conseillera un test de recherche de sang dans les selles. Le prérequis à cette stratégie est d'impliquer la participation active et collaborative du médecin généraliste.

Selon certains experts, cette stratégie peut se révéler moins efficace dans le cas où le médecin généraliste n'est pas correctement informé de la procédure, ne possède pas de kit de dépistage, ne croit pas que la recherche de sang dans les selles soit efficace ou est débordé par une activité clinique et administrative dévorante. Pour les experts, le dépistage de masse doit être géré uniquement par les pouvoirs publics, contrairement au dépistage individuel par la colonoscopie dans le cas des individus à risques élevés.

Dans notre Région, pour recevoir le test qui est aussi gratuit, le patient paye une consultation chez le médecin. Ensuite, il fait le test et envoie l'échantillon. Cependant, c'est le médecin qui reçoit le résultat. Souvent, ces derniers communiquent les résultats par téléphone, mais certains donnent encore un rendez-vous pour une consultation, ce qui a pour conséquence que le patient doit payer deux consultations. C'est ce que pense aussi le patient.

Selon l'enquête réalisée par l'Institut scientifique de Santé publique (HIS), en 2013, le pourcentage des ménages ayant dû postposer des soins de santé à Bruxelles pour des raisons financières est resté très élevé et estimé à 22 %. De plus, de nombreux Bruxellois n'ont pas de médecin généraliste qu'ils consultent régulièrement.

Selon les experts de la Fondation contre le Cancer, le système de dépistage en Flandre est un système efficace également au niveau des coûts. A court terme, l'envoi de tests par la poste à toutes les personnes concernées coûte plus cher. Cependant, à long terme, un plus grand nombre de cancers diagnostiqués à un stade précoce aura comme résultat la diminution des coûts.

Madame la Ministre, j'aimerais vous poser les questions suivantes.

Quelle est la position du Collège sur la stratégie d'envoi par la poste des kits de dépistage du cancer colorectal, comme cela se fait en Flandre ? Je sais que, pour vous, le rôle du médecin généraliste dans le processus de dépistage du cancer colorectal est important. Avez-vous connaissance des critiques formulées à l'égard de l'organisation « de dépistage de masse » qui oblige à passer par un médecin généraliste ?

Comment interprétez-vous les différences dans le nombre de personnes qui se font dépister en Wallonie et à Bruxelles par rapport à la Flandre ? Quelles sont, selon vous, les causes de ces différences ? Les facteurs socio-économiques constituent-ils le principal frein ? Disposez-vous de données pour notre Région ?

Dans la présentation du Plan Santé bruxellois et son axe « *La médecine préventive* », vous vous engagez à « *poursuivre les concertations avec les acteurs de terrain concernés pour définir et mettre en œuvre les solutions visant une meilleure participation de la population aux programmes* ». Avez-vous déjà eu des rencontres avec ces acteurs concernant la participation de la population aux programmes de dépistage du cancer colorectal ? Dans l'affirmative, pourriez-vous nous en dire un peu plus ? Avez-vous eu la possibilité d'aborder avec eux le sujet de l'obligation de passer par un médecin généraliste pour obtenir le kit de dépistage ? Quelle est la position des acteurs de terrain à ce sujet ? Dans le cas contraire, quand ces rencontres vont-elles être organisées ?

Les médecins ne sont pas automatiquement équipés. Il faut commander les tests. Personnellement, j'ai déjà téléphoné plusieurs fois pour commander ces kits de dépistage pour mes patients. Malheureusement, je ne les ai toujours pas reçus. Comment évaluez-vous l'efficacité de la distribution des kits aux médecins ? Des campagnes, des séances ou

des autres outils d'information pour les médecins généralistes existent-ils dans notre Région ?

D'autres campagnes d'information sur le cancer colorectal, surtout pour les citoyens de moins de 50 ans qui ne sont pas encore couverts par ce programme de dépistage, sont-elles ou vont-elles être organisées dans notre Région ?

Je vous remercie pour vos réponses.

M. le président.- La parole est à M. Kanfaoui.

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- Je remercie mon collègue d'avoir porté cette interpellation à l'ordre du jour. Je ne reviendrai pas sur l'ensemble des éléments et des questions posées par celui-ci. J'interviendrai sur trois éléments essentiels : le premier concerne le budget de la Commission communautaire française relatif aux opérateurs de prévention et de dépistage, le deuxième a trait à l'urgence d'adapter les mesures déjà existantes et efficaces considérant de l'importance de la mortalité liée au cancer colorectal. Enfin, j'aborderai le retard de la Région bruxelloise et de la Wallonie en comparaison à la Flandre en cette matière.

A propos des budgets de la Commission communautaire française relatifs aux opérateurs de prévention et de dépistage, le site du Centre communautaire de référence pour le dépistage des cancers, disponible sous l'hébergement www.ccref.org, propose des informations complémentaires concernant le dépistage des cancers du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal. Je souhaiterais m'assurer auprès de vous que l'omission du cancer de l'utérus, dans la justification des dépenses pour l'allocation budgétaire « Opérateurs de prévention et de dépistage », est une erreur. Je m'interroge en effet sur le fait que les cancers colorectal et du sein soient mentionnés, mais pas le cancer de l'utérus. Le cancer du poumon, quant à lui, est autant fréquent chez l'homme et la femme. Il est le deuxième cancer le plus répandu chez l'homme, après celui de la prostate, et se place en troisième position chez la femme, après ceux du sein et du gros intestin. Je m'interroge donc également sur l'absence de sa notification dans la justification budgétaire dont je viens de vous faire part.

Quant à l'urgence d'adopter les mesures, déjà existantes et efficaces, au vu de l'importante mortalité liée au cancer colorectal, il est vrai qu'en Belgique, le cancer colorectal est responsable de la mort de 3.000 personnes par an. C'est donc quatre fois plus que les personnes décédées sur nos routes. Au cours de sa vie, une personne sur vingt développera un cancer colorectal. Celui-ci est le troisième cancer le plus répandu chez l'homme et le deuxième chez la femme. Détecté tôt et pris à temps, comme l'a indiqué M. Manzoor, le cancer colorectal peut être guéri dans neuf cas sur dix. Ces raisons montrent l'urgence et la nécessité d'améliorer le dépistage, et encore plus lorsque l'on sait que, en moyenne, il faut dix ans à un adénome pour devenir malin et se transformer en cancer.

Le troisième volet de mon intervention concerne le retard de la Région bruxelloise et de la Wallonie en comparaison avec la Flandre. Bruxelles, ainsi que la Wallonie, ont opté pour le test immulogique iFOBT en février 2016. Les différences fondamentales entre ce test et l'ancien (dit au gaïac) sont simples. Premièrement, il ne nécessite qu'un seul prélèvement de selles (au lieu de trois pour l'ancien) et a un taux de fiabilité plus élevé. L'iFOBT s'est donc révélé

être deux fois plus efficace pour la détection des cancers et trois fois plus performant pour la détection de lésions cancéreuses. Ces résultats ont été par ailleurs démontrés par diverses études internationales. Ce test au gaïac a été abandonné par la Flandre en 2014 pour n'utiliser que le test immunologique iFOBT.

Madame la Ministre, comment expliquez-vous un tel retard dans le choix de ce dispositif, pourtant bien plus efficient ? Est-dû à une différence de coûts ? Si oui, quelle est-elle ?

Je remercie déjà la ministre pour ses réponses.

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Messieurs les députés, vous avez rappelé les caractéristiques du dépistage organisé du cancer colorectal en Flandre, en Wallonie et à Bruxelles. Depuis le transfert de compétences, la Commission communautaire française a hérité de ce programme pour les Bruxellois francophones. Pour répondre directement à M. Kanfaoui, il convient d'ajouter que, dans le transfert de compétences à la Commission communautaire française, seuls les dépistages du cancer du sein et du cancer colorectal ont été transmis. La Commission communautaire française ne doit pas prendre en charge le cancer de l'utérus. Il est cependant bien utile que le Centre de référence donne des informations sur ce type de cancer. Il ne faut pas me demander pourquoi le transfert de compétences a concerné certains cancers et pas d'autres. A ce sujet, je vous renvoie vers les négociateurs de la sixième réforme de l'Etat.

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- Ce point n'a-t-il pas été discuté en conférence interministérielle ?

Mme Cécile Jodogne, ministre.- Non, la CIM prend acte et applique le résultat des transferts. Je n'étais pas présente aux réunions de la CIM qui se sont tenues avant juillet 2014.

Pour en revenir au programme, il faut savoir qu'il se déroule encore aujourd'hui selon la même méthodologie que celle qui était d'application en Communauté française, avant le transfert des compétences, et donc également selon les mêmes modalités qu'en Wallonie actuellement.

A savoir : « Toute personne âgée de 50 à 74 ans et ne présentant pas de facteur de risque reçoit, tous les deux ans, un courrier personnel accompagné d'un dépliant d'information, l'invitant à se procurer le test auprès de son médecin généraliste. Le test peut aussi se faire spontanément sur proposition du médecin. Les personnes qui présentent des facteurs de risque sont, quant à elles, invitées à réaliser une coloscopie. ».

Certains aménagements ont cependant déjà été apportés à ce programme depuis 2016.

Tout d'abord, j'ai souhaité augmenter la subvention allouée au Centre de référence contre les cancers afin de permettre le passage au test immunologique (iFOBT), plus performant que le test au gaïac (gFOBT) et plus simple d'utilisation pour les patients. Cette plus grande facilité devrait en soi être un facteur d'une meilleure acceptation du programme et devrait donc contribuer à une plus grande participation des usagers.

Ce test immunologique a été adopté en 2014 en Flandre.

En ce qui concerne la question relative à la date de son introduction à Bruxelles, il conviendra donc d'interroger mon prédécesseur.

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- Nous n'étions pas aux affaires.

Mme Cécile Jodogne (ministre).- Le groupe DéFI non plus.

En 2014, la même réflexion a donc été menée et s'est traduite dans les budgets dès 2016. Il y a effectivement une différence de coûts entre les deux tests susmentionnés. Il est vrai qu'en Flandre, les envois se font de façon systématique à toutes les personnes concernées à leur domicile, sans passer par la consultation d'un médecin généraliste.

En Wallonie et à Bruxelles, il y a cette obligation de passer par un médecin généraliste pour se procurer ce kit. Il s'agit effectivement d'un choix posé à l'époque du démarrage du programme en 2009. Vous soulignez à juste titre les limites de cette méthode : kit indisponible, attitudes ou connaissances du médecin quant à l'existence du programme, surcharge de travail pour le médecin, coût éventuel d'une ou deux consultations pour recevoir le kit puis le résultat, absence de médecin généraliste « attitré » plus fréquente à Bruxelles en comparaison des deux autres Régions. Mais à l'inverse, beaucoup d'études montrent que, lorsque le médecin généraliste a une attitude positive à l'égard du dépistage, cela constitue un réel facteur d'adhésion positive, et même le principal facteur de cette adhésion, du patient au programme. L'implication des médecins généralistes au programme est essentielle même si elle présente des avantages et des inconvénients.

Sur la base de ces constats, le Centre de référence a adapté le déroulement du programme. Désormais, les personnes qui ont déjà effectué un test dans le cadre du programme, avec le passage par la consultation du médecin généraliste, reçoivent ensuite tous les deux ans le kit directement à leur domicile. Le passage par le médecin généraliste n'est donc plus nécessaire qu'une fois, pour « entrer » dans le programme.

Dès que nous aurons un peu de recul, nous analyserons la situation pour voir si ces mesures ont permis d'accroître la couverture.

Je ne ferme évidemment pas la porte à une éventuelle adaptation plus en profondeur de la méthodologie d'ensemble. L'envoi du kit directement aux personnes concernées est une option que nous étudions. Il faut cependant être très attentif au rapport coût-efficacité, en particulier en Région bruxelloise où la mobilité des personnes est plus importante que dans les autres Régions. Les centres de référence, tant pour le dépistage du cancer du sein que pour le cancer colorectal, qui fonctionnent tous deux sur base de lettres d'invitation, constatent qu'une proportion importante de celles-ci n'arrive pas jusqu'à leur destinataire pour cause de changements d'adresse. Si une lettre perdue représente déjà un coût, le fait qu'une proportion non négligeable de kits pourrait ne pas arriver jusqu'à leurs destinataires doit également être pris en compte et constitue un gaspillage. Celui-ci s'ajoute à l'adhésion moindre des patients constatée lorsqu'il s'agit d'un envoi spontané sans explication ou passage par la consultation du médecin généraliste.

Il nous faut aussi tenir compte de la très grande hétérogénéité de la population bruxelloise sur les plans socio-économique, culturel mais aussi linguistique. Les langues utilisées dans la communication avec les usagers sont, par exemple, l'un des éléments de notre réflexion.

Des aménagements ont également été réalisés en 2016 en ce qui concerne les flux de distribution des tests, visant à maintenir automatiquement les stocks de kits à jour et à éviter les stocks dormants ou périmés à partir d'un certain temps.

Monsieur Manzoor, je ne sais pas à quand remonte votre dernière demande de kits en votre qualité de médecin, mais j'espère que cela est résolu.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Ma commande date d'il y a quatre mois.

Mme Cécile Jodogne (ministre).- Lorsqu'il a été pris connaissance du texte de l'interpellation, le distributeur de kits a été interrogé et a souligné la mise en place d'un mode de distribution différent, voire amélioré.

Enfin, par rapport à votre dernière question relative à des campagnes pour les citoyens de moins de 50 ans, je me permets de vous rappeler que les recommandations internationales préconisent le dépistage des personnes âgées de 50 à 74 ans, qui est la tranche d'âge retenue pour le programme bruxellois. Pour information, la Flandre a opté pour la tranche d'âge de 56 à 74 ans. La Flandre a donc reculé l'âge à partir duquel il y a envoi systématique des kits. Peut-être était-ce une manière de répondre à l'augmentation budgétaire liée aux surcoûts des nouveaux tests. Il s'agit sans doute d'une solution pour récupérer des moyens budgétaires... Pour ma part, je m'en tiens aux recommandations internationales et je n'envisage donc pas de campagne pour des populations plus jeunes.

Comme j'ai déjà eu l'occasion de l'évoquer devant vous, la réflexion que nous menons à ce sujet associe la Commission communautaire commune et la Vlaamse Gemeenschap. Il faut en effet tenir compte de la complexité institutionnelle de Bruxelles et le but que nous poursuivons est que cette complexité ne nuise pas à la santé des citoyens bruxellois ou aux politiques de prévention. J'espère à terme qu'un programme unique dont les modalités permettent d'améliorer la couverture, pourra être défini entre les trois entités.

Il subsiste encore certaines controverses en cette matière. La Commission communautaire française a changé de test immunologique mais a encore besoin de recul pour procéder à une évaluation.

M. le président.- La parole est à M. Manzoor.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- Je remercie la ministre pour cette réponse très complète. J'ai bien entendu les arguments pour et contre l'envoi systématique. Il est vrai qu'il y a déjà une amélioration de la couverture de dépistage (de 10 à 18 %).

Mme Cécile Jodogne (ministre).- Il s'agit quasi d'un doublement.

M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).- J'en conviens. Nous suivrons ce dossier. Il y a d'autres pistes à examiner. Par exemple l'établissement d'un listing de patients réguliers

d'un médecin pourrait permettre l'envoi à celui-ci de kits nominatifs que le généraliste serait chargé de distribuer.

Mme Cécile Jodogne (ministre).- Le recours au dossier médical global (DMG) constitue une piste intéressante pour ces dépistages-là mais pour bien d'autres aussi. Il faudra y réfléchir.

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

LE TABAGISME CHEZ LES ADOLESCENTS

DE MME MAHINUR OZDEMIR

A MME CECILE JODOGNE, MINISTRE
EN CHARGE DE LA SANTE

M. le président.- La parole est à Mme Ozdemir.

Mme Mahinur Ozdemir (Indépendante).- La Belgique continue à être une mauvaise élève concernant le tabagisme à l'école. En effet, même si l'usage de tabac y est proscrit, un élève sur quatre fume dans l'enceinte scolaire.

Une nouvelle étude menée par l'UCL, dans le cadre du projet SLINE R qui est financé par la Commission européenne pour une durée de 3 ans, vise à améliorer les stratégies et les programmes de prévention du tabagisme chez les jeunes dans sept pays européens, dont la Belgique. Ces différentes recherches ont pour but d'évaluer la mise en œuvre des stratégies de prévention et leurs degrés d'influence sur le niveau de tabagisme des adolescents. La conclusion du projet aidera également les différents pouvoirs concernés à mettre en œuvre des stratégies efficaces de prévention du tabac, tout en visant la réduction des inégalités.

Si l'étude concernée se focalise essentiellement sur la ville de Namur, la première vague de l'enquête a mis en évidence des différences dans le contexte socio-économique des écoles, ce qui serait un point de vue intéressant aussi en Région bruxelloise. En effet, 23 % des adolescents qui ont des amis fumeurs et un faible indice économique fument, contre 16,5 % d'adolescents issus de milieux à revenus plus élevés. D'après le professeur Vincent Lorant, « le risque de commencer à fumer est directement proportionnel au pourcentage de fumeurs dans l'école. De plus, le pourcentage de fumeurs varie aussi selon le public des écoles : les écoles à public plus favorisé sont moins confrontées à ce problème que les autres. ».

Cela dit, les raisons socio-économiques ne sont pas les seuls facteurs qui influencent le tabagisme chez les adolescents. Alors que le tabac est proscrit depuis 2006 à l'école, il n'est pas rare d'y voir des adultes consommer du tabac. De nombreux établissements possèdent encore des fumeurs à destination du corps enseignant. Cet exemple est clairement un obstacle dans la lutte contre le tabagisme.

On apprend également par l'étude que la prévention du tabagisme n'a donné aucun effet entre 2013 et 2016, d'après les enquêtes réalisées. Les chiffres sont quasi identiques dans les groupes-cibles.

De plus, malgré les différentes campagnes de sensibilisation, le tabac reste encore très largement accessible aux plus jeunes par manque de contrôle. Certains experts proposent, par exemple, l'introduction du paquet neutre en interdisant toute forme de pub, y compris

sur les points de vente. Dans plusieurs pays, le tabac est aujourd'hui complètement caché dans un tiroir. Il y a également le problème du coût du tabac à rouler qui continue d'être une alternative attrayante bon marché pour les plus jeunes.

La raison pour laquelle mon sujet d'interpellation concerne les adolescents, et non tous les fumeurs, est liée au fait que les mauvaises habitudes s'acquièrent plus rarement à l'âge adulte et que les adolescents représentent une frange plus sensible aux aspects aguicheurs du tabagisme.

Madame la Ministre, mes questions sont dès lors les suivantes.

Quels sont les projets soutenus dans le cadre de vos compétences en matière de santé concernant la promotion d'attitudes saines, afin de prévenir le tabagisme chez les plus jeunes ?

Des campagnes de sensibilisation sont-elles mises en œuvre au sein des établissements scolaires ?

Que pensez-vous de l'étude menée par l'UCL ? Serait-il envisageable d'encourager une étude pour la Région bruxelloise, particulièrement pour la Commission communautaire française, afin de vérifier le lien entre le taux de tabagisme et les inégalités socio-économiques ?

Enfin, la Santé est une compétence intersectorielle, mais elle est aussi visible à tous les niveaux de pouvoirs. Où en est-on dans la concertation avec les ministres fédéraux, régionaux et communautaires concernant la promotion d'attitudes et de modes de vie sains ?

M. le président.- La parole est à M. Kanfaoui.

M. Abdallah Kanfaoui (MR).- Je remercie ma collègue d'avoir abordé ce sujet très intéressant, au même titre que les questions soulevées.

Je souhaite m'attarder sur l'allocation budgétaire de la Commission communautaire française intitulée « Opérations Assuétudes » pour connaître les opérateurs dont il est fait mention et, en particulier, ceux actifs dans la prévention et la réduction des risques dans la consommation de tabac. Pouvons-nous connaître l'exacte ventilation entre les différentes actions entreprises en fonction des problématiques, c'est-à-dire entre les drogues licites et illicites, d'une part, et dans les drogues considérées comme étant licites, entre l'alcool et le tabac, d'autre part ?

Je souhaiterais aussi connaître l'évolution des différentes actions qui ont été engagées depuis l'année dernière concernant le volet tabac. En effet, nous remarquons une augmentation de 65.000 euros dans les crédits engagés et de 79.000 euros pour les crédits liquidés pour l'ensemble de cette allocation budgétaire. Pouvez-vous nous préciser en quoi le volet prévention et réduction des risques au niveau de la consommation de tabac a pu en bénéficier ? Une ventilation existe-t-elle en fonction du public auquel les actions ont été destinées, les jeunes en particulier ?

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- La Commission communautaire française finance un programme de prévention et promotion de la santé en matière de tabagisme chez les jeunes, mis en œuvre par le Fonds des

affections respiratoires (Fares). Ce programme consiste à accompagner les acteurs en contact avec les jeunes afin de leur apporter des outils leur permettant d'aborder cette question, que ce soit en milieu scolaire ou en milieu extra-scolaire, de manière participative. Le Fares s'adresse donc au monde scolaire mais aussi aux maisons de jeunes, aux services d'aide en milieu ouvert ou encore aux associations de parents.

Il s'agit donc bien d'une action qui s'adresse à la deuxième ligne, à savoir à ceux qui eux-mêmes seront en contact avec les jeunes, et non pas directement à ceux-ci.

Ce programme prend en compte les inégalités sociales liées au tabagisme, en ciblant particulièrement les publics fragilisés.

Le Fares organise des formations, accompagne des projets ou encore fournit des outils pédagogiques aux acteurs concernés. Son action se situe donc principalement en deuxième ligne comme susmentionné.

Les thèmes abordés lors des formations sont divers. Je citerai à titre d'exemples : « Comment intégrer l'interdiction de fumer dans une démarche préventive ? », « Comment communiquer en prévention en renforçant les compétences psycho-sociales des jeunes ? », « La chicha : parlons-en ! » et « La cigarette électronique est-elle une forme de réduction des risques ? ».

Le budget annuel pour ce programme du Fares s'élève à 46.000 euros.

Je soutiens également un projet de la Fédération des maisons médicales. Celui-ci bénéficie d'un montant de 35.000 euros, destiné à accompagner les populations plus précarisées fréquentant les maisons médicales et souhaitant arrêter de consommer.

Par ailleurs, je partage avec le ministre Prévot la compétence relative à l'octroi d'espaces audiovisuels gratuits pour des campagnes de promotion de la santé. Dans ce cadre, les campagnes d'aides à l'arrêt réalisées par Tabac Stop sont régulièrement diffusées.

Pour répondre à M. Kanfaoui concernant les éléments budgétaires, je n'entends pas le renvoyer aux discussions budgétaires mais je propose de lui répondre par écrit, notamment au sujet des différentes ventilations.

L'étude menée par l'UCL s'inscrit dans un projet européen qui associe des équipes de recherche de six pays différents qui ont chacune interrogé des élèves fréquentant les écoles d'une ville de ce pays : Namur (Belgique), Tampere (Finlande), Hanovre (Allemagne), Latina (Italie), Amersfoort (Pays-Bas) et Coimbra (Portugal).

Il s'agit de la seconde vague d'une étude commencée en 2013. Les objectifs étaient de documenter les inégalités sociales en matière de tabagisme, mais aussi de tester des hypothèses concernant l'influence des relations sociales des jeunes sur leurs comportements. Sont, par exemple, étudiés les liens d'amitié avec des condisciples fumeurs et non-fumeurs, ou encore le pourcentage de fumeurs dans une école comme facteur poussant à la consommation, bref l'influence des pairs et du contexte.

Je pense que les résultats de l'étude seront en majeure partie applicables au contexte bruxellois, considérant sa structure. En ce qui concerne les inégalités de santé et le

tabagisme, nous disposons d'autres données qui confirment ces inégalités, notamment celles issues de l'enquête de santé par entretiens menée par l'Institut scientifique de Santé publique.

Les données de cette enquête menée en 2013 indiquent qu'au niveau belge, 23 % de la population fument, dont 19 % quotidiennement, et 4 % occasionnellement.

22 % des jeunes âgés de 15 à 24 ans fument et 17 % fument quotidiennement.

On observe donc ce que les auteurs de l'enquête appellent un clivage socio-éducatif : les fumeurs et les fumeurs quotidiens sont proportionnellement moins nombreux dans les milieux ayant pu accéder à l'enseignement supérieur (16 % et 12 % respectivement) que dans les milieux moins scolarisés (20 % à 30 % de fumeurs et 18 % à 26 % de fumeurs quotidiens, selon le niveau d'éducation, à savoir « pas de diplôme », « diplôme de l'enseignement secondaire inférieur » et « diplôme de l'enseignement secondaire supérieur »).

Ce clivage socio-éducatif se retrouve chez les jeunes de 15-24 ans selon le niveau d'éducation du ménage au sein duquel ils sont élevés.

J'estime donc que les inégalités sont bien documentées à travers cette enquête qui est répétée tous les cinq ans. Une étude spécifique ne me semble pas forcément nécessaire, eu égard à son coût et compte tenu des études existantes. Il serait cependant intéressant de focaliser sur une sous-classe d'âge s'étalant de 15 à 18 ans.

Une grande part des déterminants du tabagisme à l'échelle de la population se trouvent du côté fédéral et même au niveau européen pour certains aspects. La ministre Maggie De Block a annoncé, il y a quelques mois, les mesures qu'elle comptait mettre en œuvre afin de réduire le pourcentage de fumeurs dans la population adulte, à savoir un pourcentage inférieur à 17 % d'ici 2018. Ces mesures avaient préalablement été présentées aux membres de la Cellule politique « santé drogues » (de la CIM) qui réunit les représentants des ministres de la Santé concernés.

Il s'agit notamment pour la ministre fédérale d'augmenter les accises, de renforcer les contrôles relatifs au respect de la loi en matière d'interdiction, d'élaborer une réglementation plus stricte concernant les produits du tabac (notamment la teneur en goudron et en additifs), ou encore d'interdire de fumer en voiture en présence d'enfant. L'instauration d'un paquet neutre est, quant à elle, reportée pour 2019.

Il existe également des concertations avec d'autres entités fédérées autour du « Plan attitudes saines » en cours d'élaboration. J'ai contacté les ministres de l'Enseignement, du Sport et de l'Enfance en Communauté française, le ministre de la Santé en Wallonie et la ministre Fremault en Région de Bruxelles-Capitale pour sa compétence en matière d'Environnement. Ils ont tous accepté de collaborer à la réalisation du diagnostic et seront sollicités à nouveau lorsqu'il s'agira de décider des actions concrètes à mettre en œuvre.

M. le président.- La parole est à Mme Ozdemir.

Mme Mahinur Ozdemir (Indépendante).- Je remercie Mme la ministre pour ses réponses exhaustives et pour son attitude proactive. Il va de soi qu'il était nécessaire que

vous preniez des contacts avec vos homologues des autres entités considérant le caractère global de ce problème qui n'est pas limité aux francophones de Bruxelles.

Par contre, l'étude prouve que, de 2013 à 2016, la prévention n'a pas été suivie d'effets. La ministre pourrait-elle être plus attentive à cet aspect-là, notamment dans l'attribution d'un subside au Fares. Peut-être le Fonds peut-il modifier ses campagnes d'information à cet égard...

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

CLÔTURE

M. le président.- Mesdames et Messieurs, l'ordre du jour étant épuisé, la séance est levée.

Prochaine séance, sur convocation.

Réponse de Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé, dans le cadre de l'intervention de M. Abdallah Kanfaoui dans l'interpellation de Mme Mahinur Ozdemir, concernant le tabagisme chez les adolescents

Le budget général des dépenses pour l'année 2017 prévoit un montant de 368.000 euros tant en crédits d'engagement qu'en crédits de liquidation, à l'AB 23.003.00.03.3300 (anciennement AB 23.30.33.02).

Ces crédits sont en augmentation par rapport à 2016 (+ 65.000 € en CE et + 79.000 en CL) dès lors que l'ensemble des montants consacrés au programme 3 ont été réorganisés pour correspondre aux besoins des différents acteurs.

Il s'agit de crédits dits facultatifs. Ainsi que précisé dans la « justification », ils sont destinés à l'octroi de subventions en faveur d'acteurs actifs dans le domaine de la prévention, de la réduction des risques liés à l'usage de drogues licites (alcool, tabac) ou illicites (cannabis, opiacés, drogues de synthèse, etc.) ;

Sans préjudice des décisions finales que prendra le Gouvernement sur les dossiers qui lui seront soumis, les principaux bénéficiaires devraient être :

- Centre bruxellois de promotion de la santé comme point d'appui ;
- Eurotox, en qualité d'Observatoire Alcool et drogues ;
- I Care, santé en prison, notamment aide aux toxicomanes ;
- Infor drogues, Prévention des assuétudes ;
- Modus Vivendi, Renforcement du dispositif de matériel stérile d'injection ;
- Prospective Jeunesse, Prévention des assuétudes ;
- Universanté. Projet jeunes et alcool

Ces opérateurs travaillant généralement selon une approche globale abordant différents produits, il est difficile de les classer en catégories clairement définies, telles que drogues licites, drogues illicites, alcool, etc.

Cependant, certains programmes se focalisent spécifiquement sur un produit, parfois au titre de « porte d'entrée » permettant d'aborder ensuite plus largement la question des diverses consommations :

- Universanté (cité ci-dessus)
- Modus Vivendi, Alcool en milieu étudiant (AB 23 002 00 08 3300)
- SSMG, Alcoologie en médecine générale (AB 23 003 00 10 3300)
- Le Pélican, Aide alcool en ligne (AB 23 003 00 10 33 00)

Les crédits qui concernent le Fares pour la prévention du tabagisme se trouvent quant à eux sous l'A.B. 23.003.00.05.3300 consacrée aux « opérateurs cardiovasculaires ».

