ASSEMBLÉE RÉUNIE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

VERENIGDE VERGADERING VAN DE GEMEENSCHAPPELIJKE GEMEENSCHAPSCOMMISSIE

COMPTE RENDU INTÉGRAL DES INTERPELLATIONS ET DES QUESTIONS

INTEGRAAL VERSLAG VAN DE INTERPELLATIES EN DE VRAGEN

COMMISSIONS RÉUNIES DE LA SANTÉ ET DES AFFAIRES SOCIALES

VERENIGDE COMMISSIES VOOR DE GEZONDHEID EN DE SOCIALE ZAKEN

RÉUNION DU MERCREDI 4 JUILLET 2018

VERGADERING VAN WOENSDAG 4 JULI 2018

COMPTE RENDU PROVISOIRE

Non encore approuvé par les orateurs.
Ne pas citer sans mentionner la source.

VOORLOPIG VERSLAG

Nog niet goedgekeurd door de sprekers.
Niet citeren zonder de bron te vermelden.

[101]

Présidence : Mme Khadija Zamouri, présidente de la Commission de la santé.

QUESTION ORALE

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

QUESTION ORALE DE M. ALAIN MARON

À M. RUDI VERVOORT, PRÉSIDENT DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA COORDINATION DE LA POLITIQUE DU COLLÈGE RÉUNI,

concernant "l'accord de coopération Région-Cocom portant sur l'élargissement des missions de l'IBSA".

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

M. Alain Maron (Ecolo).- Lors de la présentation de l'Institut bruxellois de statistique et d'analyse (IBSA) en Commission du développement territorial ce 23 mai, nous avons appris qu'un accord de coopération était attendu entre la Région et la Commission communautaire commune (Cocom) afin que l'IBSA puisse élargir son champ de compétences et travailler sur les données relevant également de la Cocom.

Pouvez-vous nous livrer le calendrier de cet accord de coopération ?

Sur quelles données et études précises porte-t-il ?

Quelle collaboration et quelle répartition des missions sont-elles envisagées entre l'IBSA et l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, le service d'études du Collège réuni ?

L'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale est en effet chargé :

- d'offrir une vision globale de la situation actuelle de la santé de la population bruxelloise et de la situation de la pauvreté en Région bruxelloise et de l'évolution de la situation globale dans le temps ;

- d'éclairer des aspects spécifiques de la situation sociale et sanitaire de la population bruxelloise ;

- d'évaluer les politiques et les interventions menées dans le champ sociosanitaire.

Comment l'IBSA compte-t-il compléter ces missions de l'observatoire ? Va-t-il le remplacer ?

[111]

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

M. Rudi Vervoort, président du Collège réuni.- Le 14 juillet 2014, la Commission communautaire commune (Cocom) s'engageait, avec l'ensemble des entités fédérées et l'État fédéral, dans un accord de

coopération sur les modalités de fonctionnement de l'Institut interfédéral de statistique (IIS), du conseil d'administration et des comités scientifiques de l'Institut des comptes nationaux (ICN).

Cet accord de coopération a fait l'objet d'une ordonnance d'assentiment, votée par le Parlement bruxellois et l'Assemblée réunie en décembre 2015. Son article 36 prévoit, entre autres, que le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et le Collège réuni accordent à l'un de leurs services la qualité d'autorité statistique. Il fixe également une série de conditions relativement lourdes que ce dernier doit remplir. Nous nous sommes donc engagés à garantir la fiabilité de nos statistiques.

En 2017, nous avons envoyé cet avis à Eurostat. Notre engagement porte notamment sur les moyens, l'indépendance professionnelle et les accès privilégiés dont bénéficient les autorités statistiques.

Pour notre Région, l'IBSA a pris les mesures nécessaires pour répondre aux conditions qui incombent aux autorités statistiques. Ainsi, ses missions et sa désignation en tant qu'autorité statistique de notre Région ont fait l'objet d'une ordonnance et d'un arrêté sur la statistique régionale.

[113]

Il n'en va pas de même pour la Cocom. En effet, les conditions assez contraignantes permettant d'accéder au statut d'autorité statistique ne pourraient que difficilement être rencontrées par un service de la Cocom, en particulier si l'on pense à l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. Cela impliquerait des changements organisationnels importants et des moyens humains conséquents à mettre en œuvre.

C'est pourquoi une solution plus efficace et plus clairement délimitée est d'établir un accord de coopération entre la Région et la Cocom, visant à désigner l'IBSA comme autorité statistique de la Cocom. Les services de ces deux entités se sont déjà rencontrés dans ce but. Précisons que l'idée n’est absolument pas d'attenter aux missions actuelles de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale. L'IBSA et l'observatoire collaborent déjà régulièrement en bonne intelligence sur certains dossiers, comme le "Zoom sur les communes bruxelloises", appelé à être renouvelé dans les années à venir.

Le but est donc d'abord que l'IBSA élabore, en collaboration avec la Cocom, le programme statistique de celle-ci. Il va de soi que la Cocom reste pleinement responsable de son opérationnalisation. Il est néanmoins prévu que, dans quelques cas, l'IBSA réalise certaines opérations en produisant des statistiques agrégées utiles à la Cocom, sur la base des données individuelles auxquelles l'institut a accès de manière privilégiée. Pour réaliser ces tâches de production et de programmation, la Cocom prendrait en charge, aux termes de l'accord, un équivalent temps plein (ETP) au sein de l'IBSA.

[115]

Enfin, cet accord nous offre l'occasion de formaliser les collaborations entre l'IBSA et l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale dans le domaine des analyses, comme le "Zoom sur les communes bruxelloises" que je viens de citer. Les missions de l'observatoire ne changent donc absolument pas à la suite de cet accord de coopération.

L'objectif est de faire aboutir ce dossier avant la fin de la législature.

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

M. Alain Maron (Ecolo).- C'était clair et précis, je vois maintenant ce dont il est question.

- L'incident est clos.

[123]

INTERPELLATION

Mme la présidente.- L'ordre du jour appelle l'interpellation de Mme Moureaux.

INTERPELLATION DE MME CATHERINE MOUREAUX

À M. GUY VANHENGEL, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

À M. DIDIER GOSUIN, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE DE LA SANTÉ, LA FONCTION PUBLIQUE, LES FINANCES, LE BUDGET ET LES RELATIONS EXTÉRIEURES,

À M. PASCAL SMET, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENT POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, LES PRESTATIONS FAMILIALES ET LE CONTRÔLE DES FILMS,

ET À MME CÉLINE FREMAULT, MEMBRE DU COLLÈGE RÉUNI, COMPÉTENTE POUR LA POLITIQUE D'AIDE AUX PERSONNES, LES PRESTATIONS FAMILIALES ET LE CONTRÔLE DES FILMS,

concernant "la dernière étude des mutualités Solidaris sur les inégalités sociales de santé (ISS)".

Mme la présidente.- Le membre du Collège réuni Didier Gosuin répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme Moureaux.

Mme Catherine Moureaux (PS).- Malgré les progrès engrangés en matière de santé publique et la large accessibilité aux soins que permet notre système de protection sociale, les inégalités de santé ne se sont pas résorbées ces dernières décennies. Au contraire. Dans la perspective de ses Assises du 8 et 9 juin 2018 consacrées au thème des inégalités sociales de santé (ISS), la mutualité socialiste Solidaris a mené une étude approfondie sur la situation des ISS en Belgique.

Cette étude vise à dresser un état des lieux de la question et à quantifier plus précisément les écarts de santé entre les deux groupes sociaux situés aux extrêmes de la hiérarchie sociale approchée par les revenus. Cela signifie qu'on teste l'offre de soins de santé pour les personnes démunies et pour les nantis, mais aussi l'écart entre les différentes catégories de population, soit tout au long de la distribution des revenus, afin de mesurer l'ampleur du gradient social existant à chaque niveau de l'échelle sociale.

[129]

La méthodologie utilisée dans cette étude permet de mener une analyse quantitative du lien entre inégalités sociales et inégalités de santé parmi la population belge, dans un domaine où les études sont souvent qualitatives. Je pense notamment aux recensements, aux enquêtes de santé, etc. Nous disposons, ici, d'un

aperçu de millions de données relatives à la santé. Ces résultats apportent dès lors un éclairage nouveau et complètent ceux tirés des enquêtes menées sur le sujet.

L'analyse quantitative menée par Solidaris sur la base des données mutualistes de l'ensemble de ses affiliés met en lumière le lien étroit entre inégalités sociales et inégalités de santé. Les chiffres de Solidaris témoignent des inégalités sociales au sein de la population : jusqu'à sept fois plus de bénéficiaires de l'intervention majorée, 25% de chômeurs de longue durée en plus et quatre fois plus de familles monoparentales en moyenne, lorsqu'on compare la population des personnes précarisées à celle des plus nantis.

Le taux de mortalité avant l'âge de 65 ans est deux fois plus élevé parmi les personnes issues des milieux les plus précaires, comparativement aux milieux les plus aisés. Leur état de santé est sensiblement plus dégradé, avec 3,2 fois plus de personnes en situation de handicap et une prévalence du diabète deux fois supérieure.

Cet état de santé moins bon et cette mortalité supérieure seraient notamment à mettre en rapport avec de moindres comportements préventifs parmi les groupes sociaux les plus précarisés. Le recours aux soins préventifs est en effet très marqué par le clivage social, notamment en ce qui concerne le dépistage du cancer, pour lequel la couverture est moindre, ainsi que les grossesses des adolescentes, dont le nombre est jusqu'à 7,5 fois plus élevé parmi les populations situées au bas de l'échelle sociale.

[131]

L'état de santé dégradé et le moindre recours à la prévention ont pour conséquence que les plus précarisés sont plus nombreux à être hospitalisés (+10%), pour des durées plus longues (+12%), mais aussi plus de fois sur une année (+18%) par rapport à la population. De plus, l'inverse est vrai pour les plus nantis. Le gradient est donc double.

Les personnes en situation de handicap ne sont pas en reste, puisque l'étude révèle qu'elles seraient trois fois plus nombreuses parmi les populations les plus précaires que parmi les plus aisées et ce, dès la naissance. Les maladies chroniques sont également plus fréquentes parmi les plus démunis. Par rapport à la population moyenne, on dénombre, par exemple, 43% de personnes diabétiques en plus parmi le groupe le plus précarisé, alors qu'elles sont 30% en moins parmi le groupe le plus nanti. On retrouve ainsi deux fois plus de personnes diabétiques dans le groupe social le plus bas par rapport au plus élevé.

Pour la santé mentale, l'étude indique qu'après la crise de 2008, l'écart s'est encore creusé et les dégâts seraient plus conséquents parmi les pauvres que parmi les riches. Il en résulte un état de santé mentale bien plus détérioré parmi les précarisés avec, par exemple, près de 2,3 fois plus d'hospitalisations psychiatriques par rapport aux nantis.

[133]

Notre groupe politique peut donc faire siennes les conclusions de Solidaris : ces inégalités de santé ne sont pas le produit du hasard ou de facteurs biologiques, elles s'expliquent par la catégorie socio-économique à laquelle appartiennent les individus. Les ISS sont donc le fruit d'une construction sociale et sont, par conséquent, évitables. C'est à ce niveau qu'intervient votre travail de ministre en charge de la Santé à Bruxelles.

Avez-vous pris connaissance de l'étude ? Quelles en sont votre lecture et votre analyse ? Dressez-vous les mêmes constats ? Quel travail peut-il être mené afin d'améliorer la situation, notamment en ce qui concerne l'attention portée aux messages de santé publique et de dépistage à l'égard de ce public ?

Il y aurait sept fois plus de mères adolescentes parmi les groupes sociaux les plus défavorisés. Quel travail pourrait-il être mené afin de mieux alerter sur le phénomène ?

Enfin, malgré les nombreux efforts du Collège réuni et les politiques mises en place en matière de lutte contre la pauvreté, de lutte contre les inégalités et de santé, un large fossé continue de se creuser. Un travail de concertation est-il envisagé avec vos collègues de la Cocom en charge des Affaires sociales ou avec vos homologues des autres niveaux de pouvoir ? Avez-vous pu aborder ce point au niveau du gouvernement en pratiquant le principe de "health in all policies" ? J'y vois une manière intéressante d'aborder le thème de la santé dans nos politiques.

[135]

Bespreking

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Mevrouw Moureaux heeft de cijfers uitgebreid besproken. De studie is inderdaad heel confronterend. De sociaaleconomische situatie van mensen heeft een duidelijk effect op hun gezondheid. Daardoor komen sommigen in een vicieuze cirkel terecht. Wie met gezondheidsproblemen kampt, heeft het heel moeilijk om zijn sociaaleconomische situatie te verbeteren. Het is niet eenvoudig om daar iets aan te doen. Het sociaaleconomische beleid en het gezondheidsbeleid zijn heel versnipperd in België, en zeker in Brussel.

Wordt er transversaal gewerkt rond een aantal gezondheidsproblemen? Ik denk natuurlijk ook aan het gezondheidsplan. Is er in het kader van dat plan overleg geweest met andere ministers, bijvoorbeeld op het vlak van leefmilieu en huisvesting? Denk bijvoorbeeld aan het probleem van de luchtkwaliteit, dat de laatste tijd veel aandacht trekt. Er hebben al dokters de alarmbel geluid omdat de luchtvervuiling tot enorme gezondheidsproblemen leidt: astma, luchtwegaandoeningen, hart- en vaataandoeningen, enzovoort.

Bovendien zeggen diezelfde dokters dat mensen die in precaire omstandigheden leven, vaker aan gezondheidsrisico's blootgesteld worden, en dus meer gezondheidsproblemen ondervinden.

Is er overleg tussen de ministers die bevoegd zijn voor gezondheid van het Verenigd College en andere ministers om binnen hun eigen domein deze en andere gezondheidsproblemen aan te pakken?

[139]

Daarnaast is er het preventiebeleid, dat nog steeds veel te weinig aandacht krijgt. Er is in de gezondheidszorg een verandering van paradigma nodig. Vandaag gaat men uit van het idee dat mensen moeten genezen, terwijl het erom gaat ervoor te zorgen dat ze niet ziek worden. Dat geldt vooral voor mensen die vanwege hun sociaaleconomische positie gevoeliger zijn voor een aantal gezondheidsrisico's. Op dat vlak hinkt België achterop. Zeker in Brussel is de versnippering heel groot.

Kunt u al toelichten hoe u daar in het nieuwe gezondheidsplan werk van maakt, hopelijk over de bevoegdheidsdomeinen heen?

[141]

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

M. André du Bus de Warnaffe (cdH).- Nous avons eu l'occasion de relayer les résultats de cette étude auprès de la ministre Jodogne, au Parlement francophone bruxellois (PFB). Sa réponse comportait deux éléments.

Tout d'abord, elle nous a communiqué qu'au sein de la conférence interministérielle (CIM) de la santé, le problème des inégalités sociales et la nécessité d'en tenir compte dans différents dossiers étaient régulièrement évoqués. C'est pourquoi un groupe de travail intercabinets a été constitué, avec pour mission de définir des objectifs de santé communs au pouvoir fédéral et aux entités fédérées, dans un souci de transversalité. D'après la ministre, ce groupe de travail avance particulièrement lentement.

Que pensez-vous du mode de fonctionnement de ce groupe de travail ? Que faudrait-il faire pour l'activer ?

Ensuite, la ministre Jodogne nous a fait savoir que le Plan de santé bruxellois (PSB) de la Cocom allait intégrer cet objectif visant à réduire les inégalités sociales en matière de santé.

À l'instar de mes collègues, j'aimerais vous demander comment ce Plan de santé bruxellois va répondre à cette problématique.

[143]

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

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Avant de répondre aux questions de Mme Moureaux, je voudrais vous dire qu'évidemment, il y a un lien de transversalité entre nos compétences. Lorsque nous discutons du Plan de santé bruxellois, la ministre chargée de l'environnement est présente. Je ne doute pas qu'elle examine le sujet au travers de sa compétence. Le problème résiderait chez ceux qui ne parviennent pas à analyser un texte fourni par l'un de leurs homologues autrement qu'à travers les compétences de ce dernier. Oui, la transversalité est réelle, et je suis fatigué de répondre à ce genre de questions sur la concertation entre ministres.

La transversalité existe-t-elle au niveau fédéral ? Je suis l'un des seuls à avoir, depuis toujours, lutté contre le fractionnement et l'éparpillement des compétences. La sixième réforme de l'État a partiellement scindé la sécurité sociale, alors que tout le monde avait dit qu'on ne le ferait jamais. C'est exact. Tout cela ne contribue pas à une bonne harmonie.

[145]

Le Plan de santé bruxellois est, comme je l'ai dit, terminé. Il a été soumis à la concertation et est inscrit à l'agenda du Collège réuni. Il sera finalisé dans les temps, comme je l'avais annoncé. En répondant aux diverses interpellations, je dévoilerai quelques éléments de son contenu. Une fois sorti des mains du Collège réuni, il suivra la voie de la concertation. Ensuite, il sera soumis au Parlement bruxellois à la rentrée. Le parlement donnera son avis et le Collège réuni, en dernière lecture, l'arrêtera.

On m'a beaucoup titillé à ce sujet, mais le Plan de santé bruxellois, qui n'existe même pas dans les autres entités, existera bel et bien à Bruxelles. J'invite les autres responsables à faire de même dans les délais. Je pense notamment au plan pauvreté qui était prévu pour 2016. Qu'il sorte également ! Le Plan de santé bruxellois sera, pour sa part, finalisé et verra le jour conformément à ce que j'avais annoncé.

[147]

En guise d'introduction, de nombreuses études démontrent déjà ce genre de corrélations entre les niveaux socio-économiques et l'état de santé, notamment au travers des données de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale.

Il est toujours intéressant de porter un autre regard sur la situation et de disposer de chiffres plus précis sur les différents phénomènes. Nous avons, bien évidemment, pris connaissance de cette étude fondée sur les données des affiliés de la mutualité Solidaris qui sont recoupées avec une cinquantaine d'autres indicateurs. Elle est intéressante par son ampleur : plus de 3 millions d'affiliés y ont participé. En outre, il s'agit d'une analyse quantitative. Il faut nuancer l'affirmation selon laquelle les études dans ce domaine sont essentiellement qualitatives. Les études précises et ciblées, capables de mettre en lumière les mécanismes sous-jacents des inégalités sociales de santé, sont particulièrement importantes.

Cette étude ne portant que sur les affiliés de Solidaris, l'Agence intermutualiste (AIM) a décidé de planifier une analyse des données de l'ensemble de la population belge assurée. L'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale participera à cette initiative. Il a d'ores et déjà demandé des analyses à l'échelle de la Région bruxelloise. Ce travail devrait fournir un panorama encore plus affiné de cette réalité qui entre dans le suivi des inégalités tel que prévu dans le plan de santé.

[149]

À Bruxelles, certains des indicateurs relevés dans l'étude Solidaris sont encore plus marqués que dans le reste de la Belgique. Quelque 33% de la population sont en risque de pauvreté, 46,5% des ménages sont des personnes isolées, 12% des familles monoparentales sont parmi les plus exposées, 4.000 personnes sont mal logées ou sans abri, 30% des sondés déclarent souffrir d'une maladie chronique ou d'un handicap, et il y en a trop en errance ou en séjour irrégulier.

Ce ne sont là que quelques chiffres, mais cela prouve la connaissance accrue que nous avons à Bruxelles des situations de précarité ou de certaines difficultés de santé.

La santé, non seulement au sens strict, mais au sens plus étendu de bien-être, de santé perçue, dépend en effet de nombreux facteurs : économiques, sociaux, culturels, environnementaux. C'est la raison pour laquelle, dans le Plan de santé bruxellois, nous avons décidé de faire du principe de la santé un élément fondateur de toutes les politiques.

Chaque plan du gouvernement devra ainsi prendre en compte son impact potentiel sur la santé, chaque fois que la matière le demande. Cela implique également un renforcement des synergies que nous mettons en place, par exemple pour jeter les ponts entre les matières relatives à l'environnement et à la santé.

Nous savons qu'à Bruxelles, la pression sur le logement est très forte : une demande importante d'habitations abordables cohabite avec une offre réduite. Les deux tiers du revenu de certaines personnes passent dans le logement. Il ne leur reste alors pratiquement plus rien pour les soins de santé.

La question des différences culturelles dans l'approche de la santé, ou celles de la rupture et de l'isolement social, jouent également un rôle dans le rapport aux soins.

[151]

Il faut donc tâcher d'avoir une vision globale et oser décloisonner. Dans le Plan de santé bruxellois, la lutte contre les inégalités ne forme pas juste un chapitre fermé, mais un élément primordial et transversal de tout le plan. Il s'agit de favoriser l'accès à l'information pour les publics les plus vulnérables, notamment avec les

acteurs de la cohésion sociale. Une attention particulière est accordée aux inégalités, alors que les approches spécifiques seront étudiées par la future structure qui servira de point unique pour les matières de prévention.

Nous ciblons et finançons déjà diverses associations et actions qui renforcent l'accessibilité aux soins, telles que le dispensaire de médecine générale Athéna, le Fonds des affections respiratoires, la lutte contre la tuberculose (qui touche principalement des groupes fragilisés), la lutte contre le tabagisme (au travers du financement de la ligne téléphonique Tabacstop et d'un dispositif de sevrage tabagique spécifique pour jeunes sans emploi), ainsi qu'une aide pour la partie soins du dispositif hivernal géré par Médecins du Monde.

En ce qui concerne les messages de santé publique de dépistage à l'égard du public précarisé, la question de la bonne information est effectivement importante. Il peut exister une différence nette entre les mesures prises, très efficaces pour ceux qui y participent, et les mesures visant à sensibiliser ou convaincre ceux qui n'y participent pas. Ici, tout dépend fortement du domaine pris en considération. Pour le dépistage du cancer du sein, par exemple, les femmes bruxelloises ont développé une culture de la mammographie diagnostique individuelle via leur gynécologue. Celle-ci est, bien évidemment, payante et révèle des différences socio-économiques.

[153]

Il existe pourtant un programme organisé bruxellois, financé par la Cocom, la Commission communautaire française (Cocof) et la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC), coordonné par le Centre bruxellois de coordination pour le dépistage du cancer du sein (asbl Brumammo), qui est totalement gratuit. Des problèmes de sensibilisation et de participation peuvent surgir, mais les programmes organisés ont pour but de lisser les inégalités et de permettre à tout public cible d'y participer, quelle que soit sa situation socio-économique. La refonte du dépistage colorectal vise le même but et devra permettre la proximité, la flexibilité et la gratuité en passant par le réseau extrêmement dense des pharmacies.

Les exemples sont multiples. Je citerai simplement la vaccination, pour laquelle des publics cibles ont été clairement identifiés, sans que les campagnes axées sur ceux-ci n'apportent beaucoup de résultats. Les grandes mesures de sensibilisation passent donc par des messages adressés à la population globale afin de mieux convaincre des bienfaits concrets de la vaccination.

Pour les grossesses précoces dans les milieux précarisés, l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale nous fournit de précieuses données. Le constat de l'étude de Solidaris n'est pas neuf, mais le ratio est parlant. C'est une des raisons qui justifient la volonté de développer, au sein du Plan de santé bruxellois, un plan dédié à la périnatalité qui comprendra une meilleure information, des dispositifs particuliers pour publics fragiles ainsi que des mesures concrètes comme la possibilité pour chaque femme enceinte de voir un médecin durant sa grossesse. Cette visite semble être une évidence, mais elle n'a pas toujours lieu, alors qu'elle est essentielle pour éviter les complications.

[155]

Concernant la concertation sur ces questions, elle se déroulera au moins à deux niveaux.

Le premier est le principe de santé dans toutes les politiques pour mieux agir sur les déterminants de la santé. Je l'ai déjà évoqué.

Le second relève de l'amélioration de la conduite de la politique de santé, une modification de la gouvernance qui fait également partie du Plan de santé bruxellois et dont vous pourrez bientôt prendre

connaissance. Il s'agira notamment de renforcer la coordination entre entités politiques compétentes dans le cadre d'une plate-forme régionale de concertation des politiques bruxelloises.

Je vous ai ainsi dévoilé quelques éléments du Plan de santé bruxellois qui doit être approuvé demain par le Collège réuni.

[157]

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

Mme Catherine Moureaux (PS).- Je vous remercie pour cette réponse détaillée, que je ne manquerai pas d'analyser en profondeur. J'en retiens que nous avons la même vision en ce qui concerne l'attention à la santé dans toutes les politiques. C'est l'approche que nous devons adopter aujourd'hui, même si la situation est très compliquée dans le paysage institutionnel belge. Il est important de se faire entendre des autres ministres sur les revendications en matière de santé et sur les améliorations structurelles du système en général, pour pouvoir travailler sur ces inégalités de santé.

Vous évoquez une plate-forme intrarégionale. Pourquoi pas ? Vous connaissez bien Mmes Jodogne et Fremault.

M. Didier Gosuin, membre du Collège réuni.- Les autres aussi ! La demande permanente de concertation dans les interventions n'est pas pertinente. Il est évident que nous collaborons et que nous nous concertons !

Mme Catherine Moureaux (PS).- Je n'en doute pas.

Cette plate-forme est donc une bonne idée. Je plaide vraiment pour que la santé soit un point d'attention dans toutes les politiques. C'est important et vous êtes logiquement le pilote de cette matière au sein du gouvernement.

[167]

Plusieurs actions développées sont extrêmement pertinentes et intéressantes.

Sur les campagnes destinées au grand public, en revanche, je ne vous suis pas. Il a été démontré que, dans plusieurs domaines de santé publique, celles-ci renforçaient les inégalités sociales. En effet, les plus nantis - les plus éduqués, en général - vont davantage profiter de leur message, grâce à leurs capacités culturelles mais aussi financières.

Pour agir contre ces inégalités, il faut travailler auprès des publics cibles. Cela ne signifie pas que ce genre de campagnes soit inutile, loin s'en faut, mais il convient d'atteindre les publics cibles autrement afin de leur permettre de s'approprier la problématique et de saisir les opportunités que le système créera pour eux.

[169]

Là encore, un changement de paradigme est nécessaire. À nouveau, c'est très compliqué dans notre État à gouvernances multiples, où les politiques de prévention et curatives ont été réparties entre les entités fédérées et l'État fédéral. Si l'on veut vraiment favoriser le volet préventif, on sait qu'il faut y investir massivement et ce, sur une période relativement courte, pour espérer ensuite obtenir, sur le plan curatif, des bénéfices en termes de morbidité, de mortalité, ainsi que sur le plan financier.

Ce changement obligatoirement en profondeur, nous le demandons, mais il faut qu'il s'organise dans le cadre de notre État fédéralisé actuel.

Un autre aspect important qui n'est pas facilité par notre structure actuelle est celui de la sédentarité. Le principe de "health in all policies" fait directement penser à notre ministre de la Mobilité. On sait que c'est un champion du vélo. Promouvoir ce mode de déplacement fait partie des mesures contre la sédentarité. Les autres pratiques saines à adopter - exercice physique, bouger tous les jours - doivent être apprises à l'école. À cet égard, il me semble nécessaire que les ministres bruxellois de la Santé se concertent avec la ministre en charge de l'Enseignement pour promouvoir l'exercice physique et réduire la sédentarité au sein des écoles.

Tout ce qui peut faire bouger nos enfants fera baisser la morbidité et la mortalité liées aux maladies cardiovasculaires. Nous avons déjà évoqué le diabète. Selon moi, vous devez intégrer cet axe dans votre Plan de santé bruxellois. Or, je ne crois pas en avoir entendu parler jusqu'ici.

J'analyserai attentivement vos réponses et je vous remercie pour ce débat.

[173]

Mevrouw de voorzitter.- Mevrouw Goeman heeft het woord.

Mevrouw Hannelore Goeman (sp.a).- Ik ben blij dat de minister transversaal werken als een vanzelfsprekendheid beschouwt en dat hij uitgebreid overleg heeft gepleegd met zijn collega's over het gezondheidsplan.

Ik zal daarop blijven terugkomen. Ik ben benieuwd hoe dat in het beleid zal worden omgezet. Ik kijk dan ook heel erg uit naar de concrete bespreking van dit gezondheidsplan.

- *Het incident is gesloten.*