

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

Mme Cécile Jodogne, ministre.- En concertation avec ma collègue Céline Fremault, voici les éléments de réponse que je peux apporter à votre interpellation.

Vous nous interrogez tout d'abord sur les grands enseignements de cette étude. Il s'agit d'une question extrêmement large ! En effet, pour rappel, l'enquête de santé par interview traite un nombre impressionnant de thématiques

et les synthèses publiées au terme de ce travail se déclinent en cinq rapports :

- santé et bien-être ;
- comportements de santé et style de vie ;
- utilisation des services de santé et des services sociaux ;
- environnement physique et social ;
- prévention.

Tenant compte de nos compétences en matière de santé et d'affaires sociales, chaque rapport contient des données utiles à nos politiques respectives. En ce qui concerne les compétences de promotion de la santé, transférées de la Fédération Wallonie-Bruxelles vers la Commission communautaire française, nous héritons de différents programmes thématiques qui sont en cours d'évaluation. Nous héritons donc en même temps des priorités qu'avait définies la Fédération Wallonie-Bruxelles. Nous travaillons actuellement sur le décret et j'espère vous annoncer prochainement son aboutissement.

J'ai déjà eu l'occasion d'évoquer plusieurs priorités :

- prévention de l'usage abusif d'alcool, en particulier chez les jeunes ;
- prévention du tabagisme ;
- prévention et réduction des risques en matière de drogues ;
- promotion des attitudes saines (ce que l'on résume souvent par la formule "manger sain et bouger") et de la santé cardiovasculaire ;
- prévention du suicide et des accidents domestiques ;
- prévention du VIH et des autres infections sexuellement transmissibles ;
- dépistage des cancers ;
- lutte contre la tuberculose.

Les données de l'enquête de santé seront utiles, parmi d'autres données existantes, pour définir les futures grandes priorités de la Commission communautaire française. Des adaptations et des réorientations seront sans doute nécessaires pour répondre aux besoins spécifiques de Bruxelles, mais il est probable qu'une bonne partie des programmes dont nous héritons seront toujours d'actualité.

Actuellement, le grand chantier en matière de promotion de la santé est l'écriture d'un nouveau décret. Il y a urgence car nous devons définir un cadre pour accueillir cette nouvelle compétence, mais aussi pour pouvoir, le plus vite possible, donner aux acteurs de terrain un signal concret de stabilisation des équipes, des institutions et des projets. En parallèle, comme je le disais, nous menons un travail d'analyse et d'évaluation pour pouvoir, une fois le décret mis en œuvre, opérationnaliser les priorités qui auront été définies pour Bruxelles, les Bruxellois et les Bruxelloises.

Quelles que soient les thématiques envisagées, ce que les résultats de l'enquête de santé nous rappellent, c'est la persistance des inégalités sociales de santé. La plupart des chiffres que vous avez mentionnés et les différences entre la Flandre, Bruxelles et la Wallonie s'expliquent vraisemblablement par ces inégalités sociales.

B.I.Q. N° 3 (2014-2015)

Je peux citer quelques exemples. En ce qui concerne la santé subjective, l'enquête montre que les personnes moins scolarisées se plaignent plus souvent de leur état de santé que les plus scolarisées. C'est aussi le cas des femmes par rapport aux hommes.

En ce qui concerne le suicide, les idées suicidaires ne sont pas liées au niveau d'éducation, mais le passage à l'acte le serait : les personnes de niveau universitaire sont en effet moins nombreuses à avoir tenté de mettre fin à leurs jours, que ce soit au cours de leur vie ou des douze derniers mois.

Parmi les personnes sans diplôme d'études supérieures, la consommation de tabac reste nettement plus répandue et la pratique d'une activité physique régulière nettement moins fréquente. C'est aussi dans ce groupe que le surpoids et l'obésité - nous y revenons - s'observent le plus souvent.

Il s'agit là, à mon sens, de constats parmi d'autres qui devront guider nos choix politiques dans les années à venir, en accordant une attention particulière aux publics les plus vulnérables.

Bien évidemment, tout comme moi, ma collègue en charge de l'action sociale tient largement compte de l'influence des déterminants sociaux de la santé à travers ses compétences Commission communautaire française et Cocom. Comme le montrent les études de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, les habitants des quartiers du "croissant pauvre" sont statistiquement en moins bonne santé.

Ces déterminants sociaux sont variés : l'exclusion du marché du travail, le non-accès à un logement adapté, le niveau d'instruction faible sont tous des indicateurs de pauvreté et donc de risque de mauvaise santé. La réhabilitation d'un quartier, l'aménagement d'espaces verts, la suppression du bruit, la réduction de la pollution liée aux particules fines dans les milieux urbains sont autant de mesures qui contribuent à l'amélioration de la santé et, éventuellement, à la réduction des inégalités de santé.

Toutefois, une politique qui aborde tous ces éléments ne fera disparaître qu'une partie de ces inégalités. Une politique généralement axée sur la suppression des inégalités de statut socio-économique est tout aussi fondamentale. L'emploi est de toute évidence un élément-clé auquel sont liés de nombreux problèmes sociaux, y compris la santé. Investir dans l'emploi est également une politique qui peut être rentable, en ce sens qu'elle améliore la santé de la population.

Les jeunes requièrent une attention particulière. Surtout pour les enfants en bas âge, le quartier joue, au même titre que l'influence directe de l'environnement familial, un rôle capital pour le développement ultérieur de la santé. Il est, à cet égard, particulièrement inquiétant de constater que 31% des enfants bruxellois naissent dans des familles ne disposant d'aucun revenu du travail et que les quartiers abritant le plus d'enfants sont souvent aussi les plus défavorisés. Des politiques ciblées prenant en charge ce type de population doivent être menées : développement de services de santé de proximité mais également accès, pour ces enfants, à des parcours de scolarisation et de socialisation leur permettant une émancipation sociale.

Madame d'Ursel, vous m'interrogez aussi sur le monitoring. Notre réflexion sur le futur dispositif de promotion de la santé inclut bien évidemment cette question qui me paraît essentielle. Il ne s'agit pas uniquement de définir des priorités : encore faut-il les opérationnaliser et évaluer si elles ont effectivement été mises en œuvre et, quand c'est possible, mesurer les effets des programmes et des projets.

En ce qui concerne les échanges et la coordination avec d'autres entités et le niveau fédéral, voici ce qui se met en

place. Dans le cadre de la conférence interministérielle (CIM) de santé publique, différents groupes de travail intercabineaux sont déjà actifs ou seront mis en place par après, notamment sur les thématiques suivantes : le Plan cancer, les maladies chroniques, la santé mentale, les drogues, les inégalités, les maladies infectieuses et le diabète, dont le groupe de travail est déjà à l'œuvre.

En ce qui concerne la CIM, j'ai interpellé la ministre fédérale pour inscrire à l'ordre du jour de la prochaine réunion la problématique du sida et du VIH, mais aussi celle de l'alcool, en particulier chez les jeunes. D'autres interpellations suivront, bien sûr, dans les prochaines CIM.

Du côté de la Commission communautaire commune, le Collège réuni a lancé au mois de mai un large processus de concertation avec les ministres en charge de la santé dans le cadre du Plan de santé bruxellois. La Commission communautaire française est bien entendu impliquée dans cette concertation.

Toute une série de compétences régionales sont également importantes pour travailler sur les déterminants de la santé : logement, environnement, emploi, etc.

J'ai rencontré ces cinq derniers mois un grand nombre d'acteurs de terrain et leurs fédérations dans le domaine de l'ambulatoire, de la promotion de la santé et des initiatives santé. Ils m'ont fait part de leurs préoccupations, de leurs priorités et de leurs questions. J'ai rencontré à deux reprises la plate-forme bruxelloise de promotion de la santé et mon cabinet est en contact régulier avec elle, afin de mener une concertation efficace sur l'élaboration du décret relatif à la promotion de la santé. Ces contacts se poursuivent en ce moment même.

Il est difficile de rentrer dans toutes les thématiques abordées par cette très vaste étude. Elle constituera sans nul doute une source d'informations utile pour les acteurs de la santé et les différents projets qu'ils portent, mais aussi pour nous, en fonction des différents projets et questions qui seront soumis à notre analyse et à nos décisions dans les années à venir.