



**Parlement francophone bruxellois**  
**(Assemblée de la Commission communautaire française)**

Session 2014-2015

Réunion du mardi 9 juin 2015

**Bulletin des interpellations et des questions orales**

**Commission de la Santé**

**Sommaire**

Pages

*Interpellations*

- *La prévention de la santé en milieu festif*  
*(Interpellation retirée en l'absence de l'auteur, excusé)*  
*de M. Abdallah Kanfaoui*  
*à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 3*
- *Les services de santé proposés dans les prisons bruxelloises*  
*(Interpellation retirée en l'absence de l'auteur, excusé)*  
*de M. Abdallah Kanfaoui*  
*à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 3*
- *La lutte contre l'obésité*  
*de M. André du Bus de Warnaffe*  
*et interpellation jointe*  
*La problématique des femmes en surpoids*  
*de Mme Fatoumata Sidibé*  
*à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 3*

*(Orateurs : M. André du Bus de Warnaffe, Mme Fatoumata Sidibé, M. Jacques Brotchi,  
M. Zahoor Ellahi Manzoor, et Mme Cécile Jodogne, ministre)*

**B.I.Q. N° 3 (2014-2015)**

- *Les résultats de l'étude de l'Institut scientifique de santé publique  
de Mme Anne Charlotte d'Ursel  
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé  
et à Mme Céline Fremault, ministre en charge de l'Action sociale et de la Famille..... 7  
(Orateurs : Mme Anne Charlotte d'Ursel, M. Zahoor Ellahi Manzoor et Mme Cécile Jodogne, ministre)*

**Questions orales**

- *La mise sur pied d'une trajectoire de soins périnataux intégrés  
de Mme Zoé Genot  
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 11  
(Oratrices : Mme Zoé Genot et Mme Cécile Jodogne, ministre)*
- *La lutte contre le Binge Drinking  
de M. André du Bus de Warnaffe  
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 12  
(Orateurs : M. André du Bus de Warnaffe et Mme Cécile Jodogne, ministre)*
- *La prévention des troubles de la santé auprès des entrepreneurs et indépendants bruxellois  
(Question orale retirée en l'absence de l'auteur, excusé)  
de M. Abdallah Kanfaoui  
à Mme Cécile Jodogne, ministre en charge de la Santé..... 13*

**Clôture..... 13**

**Annexe..... 14**

## Présidence de Mme Martine Payfa, présidente

La réunion est ouverte à 14 h 40.

## INTERPELLATIONS

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

## LA PRÉVENTION DE LA SANTÉ EN MILIEU FESTIF

DE **M. ABDALLAH KANFAOUI**

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

**Mme la présidente.**- En l'absence de l'auteur, excusé, l'interpellation est retirée.

## LES SERVICES DE SANTÉ PROPOSÉS DANS LES PRISONS BRUXELLOISES

DE **M. ABDALLAH KANFAOUI**

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

**Mme la présidente.**- En l'absence de l'auteur, excusé, l'interpellation est retirée.

## LA LUTTE CONTRE L'OBÉSITÉ

DE **M. ANDRÉ DU BUS DE WARNAFFE**

ET INTERPELLATION JOINTE

## LA PROBLÉMATIQUE DES FEMMES EN SURPOIDS

DE **Mme FATOUMATA SIDIBÉ**

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).**- Des débats se sont tenus à de nombreuses reprises, tant ici au parlement francophone bruxellois qu'au parlement de la Fédération Wallonie-Bruxelles ou encore au parlement fédéral, à propos des enjeux de l'obésité et de ses conséquences sur la santé publique. Je pense particulièrement au diabète puisque la journée mondiale du 14 novembre consacrée à cette maladie suscite chaque fois des déclarations et des prises de positions politiques et que l'obésité en est un des facteurs étiologiques.

Force est de constater qu'aujourd'hui, au vu des récentes déclarations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), les enjeux de l'obésité prennent une tournure alarmante. Ils sont liés principalement à deux facteurs, une alimentation déséquilibrée et une sédentarité excessive. Ceci n'est pas neuf et reste à prendre avec des nuances car l'OMS établit un constat très généraliste, sans préciser ce qu'il en est pour chaque pays, encore moins pour chaque région. Toujours est-il que la dernière enquête de santé publique avait mis en avant le chiffre de 48% de Belges en excès de poids.

Une nouvelle étude intitulée Nutinet s'est attachée à décoder le comportement alimentaire de 5.000 Belges au cours de 18 mois. Il leur était demandé de remplir des questionnaires sur le contenu de leur assiette. Précisons qu'il s'agit de personnes sensibilisées aux enjeux d'une alimentation saine et équilibrée, on n'y retrouve que 33% de personnes en surcharge pondérale. Selon Le Soir du 18 mai qui rapportait les conclusions de cette enquête, 45% de ces personnes mangent au moins cinq portions de fruits et légumes par jour, alors que

seulement 13% de la population le fait. La marge de progression est donc immense.

Autre élément intéressant, mais qui n'est pas neuf, rapporté par le Pr Jean Nève, est le biais lié aux ressources financières. Ceux qui ont les revenus les plus bas font le choix d'une alimentation moins chère mais aussi moins équilibrée. Le constat est aussi établi que des campagnes d'informations généralistes, à la télévision par exemple, sont peu efficaces. Le Pr Nève indique qu'il faut davantage aller au plus proche des citoyens, dans leurs lieux de vie, leurs écoles, le monde du travail, le milieu sportif... Ce qui renforce la nécessité et la pertinence des approches transversales et ciblées. Je pense notamment au programme lancé à la fin des années 80 par l'OMS Europe, intitulé "La santé pour tous d'ici l'an 2000", qui se déclinait en fonction des lieux de vie : école, entreprise, entités publiques. Chacun des volets avait des méthodologies spécifiques impliquant les publics concernés. C'était très précurseur à l'époque. L'alimentation était un thème prioritaire de chacun des programmes.

Lors d'une de mes précédentes interpellations sur le sujet, je constate que malgré les nombreuses démarches réalisées par les pouvoirs publics pour sensibiliser la population à l'adoption de bons comportements de santé, il faut irrémédiablement admettre que, vu l'ampleur et la gravité du phénomène, le diabète ne recule pas. Nous connaissons aussi le sort funeste du Plan national nutrition santé, qui est passé du pouvoir fédéral aux mains des entités fédérées. Je rappelle à cette occasion une des conclusions de l'évaluation de ce plan qui avait été pilotée par l'Université de Liège. Elle pointait que ce plan péchait par l'absence de collaboration entre les différentes entités, non seulement régionales et communautaires mais également locales. Elle soulignait l'absence d'échange d'informations, de coordination et de transversalité entre les acteurs de terrain.

Dès lors, comme je l'ai déjà régulièrement exprimé sous la législature précédente, je plaide vivement pour que la Commission communautaire française, à présent compétente en matière de prévention de la santé, puisse mettre en place, en concertation avec les autres niveaux de pouvoir, non seulement un plan de prévention et de lutte spécifiquement axé sur le diabète, comme le recommande le Parlement européen dans sa résolution votée le 14 mars 2013 que la Belgique n'a toujours pas ratifiée, mais une véritable stratégie coordonnée déclinant des opérations concrètes visant l'adoption de comportements alimentaires sains et de lutte contre la sédentarité.

Par ailleurs, vous déclariez le 24 novembre dernier, en réponse à ma suggestion de mettre ce sujet à l'ordre du jour d'une prochaine conférence interministérielle de la santé, que vous vous engagiez à plaider pour que la Commission communautaire française ne soit pas seule à agir et qu'il y ait un plan national de lutte contre le diabète. Vous ajoutiez votre souhait de voir les diverses initiatives se renforcer mutuellement, assurant une cohérence aux actions menées par les différents niveaux de pouvoir.

Face à ces éléments, avez-vous pu faire part de votre volonté à vos collègues lors de la dernière conférence interministérielle de la santé de mettre sur pied un plan de lutte contre le diabète ? Sinon, quel est votre nouvel agenda à ce propos ?

Qu'en est-il du plan national nutrition santé transféré aux entités fédérées ? Dans l'attente des résultats de l'étude de santé publique sur le comportement des Belges en matière de santé, prévue pour cette année, quelles démarches et

réponses spécifiques entendez-vous donner rapidement à cette inflation de messages alarmants portant sur les questions de surcharge pondérale et d'alimentation déséquilibrée ?

La réponse n'est pas facile. Je fais référence à un travail remarquable mené par le Pr Myriam De Spiegelaere, responsable de l'Observatoire de la santé et du social, qui s'attachait à démontrer à quel point les inégalités sociales de santé, qui se marquent sur le déséquilibre pondéral notamment, trouvent leur origine dans des phénomènes culturels et environnementaux difficiles à affronter. Je ne nourris pas la moindre ambition de régler aujourd'hui ce problème complexe.

Nous sommes conscients de l'ampleur du défi, mais ce problème de santé publique est de plus en plus criant. Les acteurs politiques doivent progresser sur la transversalité et la coordination entre les différents niveaux de pouvoir.

**Mme la présidente.-** La parole est à Mme Sidibé pour son interpellation jointe.

**Mme Fatoumata Sidibé (FDF).**- J'ai été interpellée par le titre d'un article datant du 6 mai sur [express.be](http://express.be) : "C'est en Belgique qu'il y aura le plus de femmes en surpoids en 2030".

Les données relatives à l'indice de masse corporelle (IMC) des femmes en Europe publiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) sont préoccupantes pour notre pays. En Belgique, le rapport prédit une proportion inquiétante de femmes en surpoids d'ici 2030, avec 89% des femmes de plus de 18 ans présentant un IMC supérieur à 25.

Pour rappel, l'IMC est un indice qui représente le rapport entre la taille et le poids d'une personne. Il se calcule en divisant le poids d'une personne en kilogrammes par sa taille en mètres au carré. Pour un indice compris entre 25 et 30, on parle de surpoids. Dès qu'il dépasse la valeur de 30, il s'agit d'obésité.

En Belgique, l'Institut scientifique de santé publique (ISP) a également produit un rapport sur l'Enquête nationale de santé de 2013. Il apparaît que plus d'un Belge sur quatre ne pratique aucune activité physique. Près de la moitié des adultes (48%) et un jeune sur cinq sont en surcharge pondérale. En outre, les populations à plus faible niveau d'instruction sont davantage touchées par ce phénomène.

Clamer que le surpoids et l'obésité sont des risques majeurs de maladies chroniques est une lapalissade. Les risques associés sont plus précisément le diabète sucré, le cholestérol, l'hypertension, les cancers,... L'obésité est donc un problème de santé publique à l'origine de nombreuses complications, qui entraîne une surmortalité et touche de plus en plus de jeunes. La prévention a un rôle important à jouer en la matière et doit être une priorité.

Il importe ainsi d'informer, de conseiller sur l'importance d'une saine gestion de son poids, d'une alimentation équilibrée et sur la pratique d'activités physiques, sans pointer du doigt ceux qui n'entrent pas dans la norme. Ce serait contribuer à renforcer l'exclusion et la discrimination à leur égard.

Pour reprendre une expression tirée d'une communication de l'asbl Question Santé : "Surpoids et obésité : quand prévention rime avec discrimination, cela ne nous amène-t-il pas à passer de "responsable" de sa santé à "coupable" ?

Si, en effet, il est possible d'agir individuellement sur certains facteurs qui influencent notre corpulence, certains facteurs sont moins maîtrisables : l'environnement, le mode de vie, le stress, l'isolement, des emplois sédentaires, les moyens de déplacement, l'abondance de l'offre alimentaire, les aspects

socio-économiques, culturels et les caractéristiques génétiques et biologiques.

Il est donc important d'agir sur les conditions de vie et d'hygiène de vie.

La France, par exemple, l'année dernière, a interdit les fontaines à sodas dans les lieux ouverts au public afin de protéger la population contre une surenchère commerciale incitant à certaines consommations excessives et néfastes pour la santé. Une telle législation est-elle envisagée en Belgique ? Ce n'est évidemment pas suffisant, mais ce serait une mesure encourageante.

La prévention du surpoids doit également s'inscrire dans une politique plus générale d'éducation à un équilibre alimentaire qui inclut l'exercice physique. Il faut également une volonté politique à long terme et des programmes multidisciplinaires. Je souhaiterais mentionner quelques récentes études qualitatives.

Le docteur Luc Berghmans a dégagé sur le sujet plusieurs pistes pour tenter de mieux appréhender les politiques de prévention lors du colloque "Happy Body" organisé le 16 décembre dernier par la Fondation contre le cancer. En effet, nous sommes dans une situation paradoxale où les initiatives des associations augmentent parallèlement à une diminution de l'évaluation et de la coordination des pouvoirs publics. Le docteur appelle donc à des solutions structurelles, consubstantielles à un meilleur financement et à une action politique. Il appelle également à décroquer la concurrence entre les communes pour améliorer les perspectives locales.

Les enfants de parents en surpoids sont également concernés. Il est par conséquent urgent de mettre en place des mesures préventives à l'égard des femmes enceintes et en âge de procréer pour prévenir l'obésité maternelle. C'est la conclusion du projet européen Dorian. Ainsi, les personnes nées de mères ayant conservé un surpoids à la fin de la grossesse ont un risque plus élevé de développer des maladies cardiovasculaires et neuro-vasculaires ou encore un diabète de type 2 à l'âge adulte. Pour cette étude dirigée par le professeur John Eriksson à Helsinki, 13.000 personnes ont été suivies de leur naissance (dans les années 30-40) jusqu'à l'âge de 60-70 ans.

Un autre constat veut que le surpoids de la mère influence le profil métabolique, le poids et le développement cardiaque de ses enfants. Ce résultat est issu de l'analyse de 90 mères et de leurs enfants.

En Belgique, une étude a été réalisée par le Centre d'épidémiologie périnatale sur la base du registre de naissances de 2009. Quelque 38.675 naissances ont été analysées à Bruxelles et en Région wallonne. Il en ressort que les admissions de nouveau-nés aux soins intensifs sont plus élevées pour ceux dont les mères étaient obèses (38% de plus) que pour les autres. Lorsque l'accouchement était provoqué, ce taux était de 34% contre 45% pour un accouchement naturel.

Je voudrais en venir au Plan national nutrition santé (PNNS). Un rapport d'évaluation de ce plan a été rédigé par l'Université de Liège (ULg) voici quelques années.

Cette initiative avait été saluée, à l'époque, par le secteur de la santé, car pour la première fois étaient réunis des acteurs fédéraux et d'autres des entités fédérées. Toutefois, le rapport d'évaluation de l'ULg avait pointé, précisément, le fait que la déclinaison opérationnelle du plan avait péché par manque de collaboration, de synergie et d'information dans les processus de transmission de l'information entre entités fédérées, d'une part, et entre entités fédérées et pouvoir fédéral, d'autre part.

Le PNNS fait l'objet d'un transfert dans le cadre de la sixième réforme de l'État. La Commission communautaire française a reçu une petite fraction de son budget.

Quelles sont les études nationales menées sur l'obésité ?

Quelles sont les mesures de prévention mises en place ? Comment lutter contre cette fatalité à l'horizon 2030 ?

Quelles sont les concertations existantes entre les entités fédérées et la ministre fédérale ?

**Mme la présidente.**- La parole est à M. Brotchi.

**M. Jacques Brotchi (MR).**- En complément des interpellations de M. André de Bus de Warnaffe et de Mme Fatoumata Sidibé, je souhaite vous questionner à propos de la problématique des femmes en surpoids et ce, en me focalisant sur la femme enceinte.

En février dernier, les conclusions du projet européen Dorian, regroupant plusieurs études réalisées entre 2012 et 2015, recommandaient que des mesures préventives soient prises auprès des femmes enceintes et en âge de procréer pour prévenir l'obésité maternelle.

Si j'en fais la synthèse, quels sont ces risques ? Les personnes nées de mères ayant conservé un surpoids à la fin de leur grossesse ont un risque plus élevé de développer des maladies cardio- et neurovasculaires ainsi qu'un diabète de type 2 à l'âge adulte.

Autre risque : le surpoids de la mère influence le profil métabolique, le poids et le développement cardiaque de son/ses enfant(s). En Belgique, une étude a été réalisée par le Centre d'épidémiologie périnatale (Cepip), sur la base du registre des naissances de 2009. Il en ressort que le taux d'admission des nouveau-nés aux soins intensifs est plus élevé pour ceux dont les mères étaient obèses (+38%) que pour les autres. Le Cepip a également observé une relation entre l'indice de masse corporelle (IMC) et le diabète de la mère.

À Bruxelles, on considère que la proportion de mères en surpoids, c'est-à-dire présentant un IMC supérieur à 25 en début de grossesse, est de 33,6%. La proportion de mères obèses - c'est-à-dire avec un IMC supérieur à 30 - est de 10,9% et celle de mères en situation d'obésité morbide (IMC supérieur à 40) est de 0,8%.

Cette problématique concernerait donc près de la moitié de la population féminine en âge de procréer.

À Bruxelles, entre 2008 et 2012, on a assisté à une augmentation importante de la proportion de mères en surpoids et de mères affichant un taux élevé de diabète. Juste avant de prendre la parole, j'ai découvert par hasard un article paru dans la revue La référence médicale qui fait la synthèse des nouveautés médicales. Un article porte précisément sur le sujet qui nous occupe. Intitulé "Le régime alimentaire de la femme enceinte contribue à déterminer le risque d'asthme et de maladies atopiques chez l'enfant", il indique "qu'il ressort de recherches épidémiologiques qu'il existe une relation entre le régime alimentaire de la mère au cours de la grossesse et la survenue d'un asthme, d'un wheezing et de pathologies atopiques (rhinite, eczéma allergique, allergie alimentaire, etc.) au cours de l'enfance."

Je ne voudrais pas vous prendre en défaut à ce sujet car je suis probablement le premier à avoir pris connaissance de cet article au sein de cette commission.

Avez-vous pris connaissance des différentes études dont j'ai parlé, hormis celle parue ce matin sur internet ?

Quels sont les projets et outils mis en place permettant de mieux informer les femmes en âge de procréer des risques qu'elles et leurs enfants courent si elles sont en surpoids ou obèses ?

Quels budgets ont-ils été consacrés à ces actions ?

Vu l'augmentation du nombre de mères en surpoids et obèses ces dernières années, avez-vous l'intention de renforcer certains outils de prévention ? Si oui, lesquels ?

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

**M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).**- La Journée européenne de l'obésité existe depuis 2010 et s'adresse à tous les publics concernés. Comment définit-on l'obésité ? Elle est définie comme un excès important de poids qui se traduit par une augmentation de la masse grasseuse d'un individu. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), on peut définir l'obésité en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC), calculé en divisant le poids par la taille portée au carré.

A titre d'exemple, une personne mesurant 1,80 m et pesant 78 kg aura un IMC de 24,07.

Même si l'IMC nécessite d'être ensuite apprécié suivant le sexe et l'âge de l'individu, on pourra tout de même utiliser la grille d'auto-évaluation suivante :

- Maigre : IMC inférieure à 18,5
- Normal : IMC entre 18,5 et 25
- En surpoids : IMC entre 25 et 30
- Obèse : IMC supérieur à 30.

En 2014, plus de 1,9 milliard de personnes de 18 ans et plus étaient en surpoids. Sur ce total, plus de 600 millions étaient obèses ; ce qui correspond à environ 13 % de la population mondiale (11 % des hommes et 15 % des femmes).

Environ 42 millions d'enfants de moins de 5 ans présentaient un surpoids ou étaient obèses en 2013.

Chaque année, 2,8 millions de personnes atteintes d'obésité meurent.

Il s'agit d'un fléau pour l'OMS, qui n'hésite pas à parler d'épidémie mondiale.

Les 192 Etats membres de l'organisation ont adopté, en 2013, une résolution visant à lutter plus efficacement contre les maladies non transmissibles et faire reculer le nombre de décès causés par l'obésité.

Parmi les mesures concrètes proposées, on retrouve l'amélioration de l'étiquetage dit « nutritionnel » sur les aliments issus de l'industrie alimentaire, la diminution de la teneur en sucres dans les boissons non alcoolisées, la réduction drastique des teneurs en sel des plats préparés et l'abandon des acides gras utilisés dans l'industrie agro-alimentaire.

On évoque aussi la création d'une taxe spéciale sur les produits jugés néfastes pour la santé. Et c'est là que le bât blesse car l'alliance internationale des produits alimentaires et

### B.I.Q. N° 3 (2014-2015)

des boissons, qui regroupe les multinationales de l'agro-alimentaire (Coca, Pepsi, Mac-Do, Nestlé, ...), ne veut pas en entendre parler.

Le surpoids et l'obésité, ainsi que les possibles maladies qu'ils peuvent entraîner (diabète, HTA, maladies cardiovasculaires, ...) peuvent en grande partie être évités. Pour que les gens puissent choisir des aliments plus sains et faire régulièrement de l'exercice physique, et ainsi éviter de devenir obèses, ils doivent absolument vivre dans un environnement propice à ces choix en termes d'accessibilité, de disponibilité et de coût, et bénéficier du soutien de leur communauté.

Chacun peut veiller à :

- limiter l'apport énergétique provenant de la consommation de graisses totales et de sucres ;
- consommer davantage de fruits et légumes, de légumineuses, de céréales complètes et de noix ;
- avoir une activité physique régulière (60 minutes par jour pour un enfant et 150 minutes par semaine pour un adulte).

Les personnes ne peuvent prendre efficacement ce type de précaution que si elles ont les moyens de mener un mode de vie sain. Socialement parlant, il est donc important d'aider les individus à suivre les recommandations ci-dessus, moyennant un engagement politique durable et la collaboration de nombreux acteurs publics et privés. Il s'agit d'offrir à tous, notamment aux plus démunis, un accès facile et abordable à la pratique d'une activité physique régulière et à un régime alimentaire sain.

L'industrie agroalimentaire peut également jouer un rôle important dans la promotion de régimes alimentaires sains en réduisant la teneur en graisse, sucre et sel des aliments préparés, en proposant à tous les consommateurs des produits sains et nutritifs à un prix abordable, en pratiquant un marketing responsable, particulièrement lorsqu'elle s'adresse aux enfants et aux adolescents et, enfin, en proposant des aliments sains tout en promouvant la pratique d'exercices physiques sur le lieu de travail, ce qui se fait déjà dans beaucoup d'endroits aux États-Unis.

Sur le site internet de Journée mondiale, une étude de santé a été réalisée par l'organisme NutriNet, qui étudie le comportement alimentaire de 5.000 Belges. Cette dernière enquête nationale de santé produite par l'Institut scientifique de santé publique (ISP) met en avant quelques chiffres. Le Plan national nutrition santé offre également une opportunité de mettre en lumière une problématique et d'attirer l'attention du grand public, même si ce système a ses limites.

Comme les études tendent à le prouver, l'obésité frappe plus facilement les personnes les plus précarisées. Dans cette perspective, soutenez-vous des initiatives de santé communautaire en matière de prévention contre l'obésité ?

Celles-ci s'inscrivent dans la durée et mobilisent les acteurs de terrain autour d'un projet de prévention, dans l'optique de dépasser l'aide individuelle pour passer à un mode d'intervention collectif et communautaire et de tenir compte de l'éducation des parties prenantes, de leur culture, etc.

Vous concertez-vous avec vos collègues en charge du sport et de l'éducation ? En effet, cette problématique nécessite une approche holistique qui intègre de très nombreux déterminants.

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- Les problématiques de surpoids et d'obésité sont très préoccupantes. Vous en avez rappelé les divers déterminants ainsi que les conséquences sur la santé et la qualité de vie, mais aussi en termes de coûts pour la collectivité. Ces problématiques sont aussi caractérisées par des inégalités sociales de santé très nettes.

L'année 2015 est une année de transition, qui doit nous permettre d'analyser les programmes de promotion de la santé transférés de la Communauté française vers la Commission communautaire française. Cette analyse et la consultation de divers experts scientifiques et de nombreux acteurs de terrain nous permettront de définir de nouvelles lignes de force en matière de promotion de la santé pour l'avenir. Ces lignes de force pourront en outre être concrétisées lorsque le décret de promotion de la santé de la Commission communautaire française, qui est en préparation et avance relativement bien, entrera en vigueur.

Je ne peux donc pas vous annoncer aujourd'hui un plan structuré de lutte contre le surpoids et l'obésité. Néanmoins, des programmes sur le sujet sont soutenus par la Communauté française et, en vertu du principe de standstill, par la Commission communautaire française en 2015. Le site [www.mangerbouger.be](http://www.mangerbouger.be), géré par l'asbl Question Santé, aborde cette problématique en fournissant des informations utiles, des outils et des adresses aux jeunes, aux parents et aux enseignants. La même asbl développe par ailleurs un autre site, [www.voyonslarge.be](http://www.voyonslarge.be), qui déconstruit certains préjugés relatifs au surpoids et aux régimes. Mme Sidibé a d'ailleurs bien souligné l'importance de ne pas stigmatiser les personnes concernées.

L'asbl Coordination éducation & santé (Cordes) aborde spécifiquement les questions d'alimentation saine en milieu scolaire, notamment à travers l'outil "Se mettre à table", qui traite de questions de fond relatives à l'alimentation, mais fournit également des outils et des méthodes pour aborder efficacement cette question au sein des écoles. Enfin, signalons aussi un cahier spécial des charges élaboré sous la législature précédente à destination des collectivités d'enfants, visant notamment la recherche d'une alimentation équilibrée et durable. J'ai eu l'occasion de l'évoquer lors d'une précédente interpellation.

La santé communautaire fait aussi l'objet de l'attention de différentes asbl, outre les maisons médicales. Le Réseau Santé Diabète, notamment, vise une approche globale de la politique de santé communautaire.

En ce qui concerne les collaborations avec le pouvoir fédéral, j'ai déjà demandé l'inscription de plusieurs points à l'ordre du jour de la conférence interministérielle de la santé sur d'autres thèmes. Je ferai la demande concernant cette thématique spécifique du surpoids et de l'obésité lorsque nous y verrons plus clair à l'échelon de la Commission communautaire française. Sachez cependant qu'un groupe de travail sur le diabète est constitué et que mon cabinet suit ses travaux.

Quant au Plan national nutrition santé, une petite fraction de son budget a été transférée à la Commission communautaire française. Il fait donc partie de l'analyse en cours. Certes, nous pouvons déplorer un éclatement de ce plan et le fait que nous n'ayons pas encore pu obtempérer à la recommandation de l'Europe en matière de lutte contre le surpoids, l'obésité et le diabète. Toutefois, vous savez les bouleversements qu'a générés la sixième réforme de l'État et le temps nécessaire

pour y mettre de l'ordre. Nous devons réinstaurer la coordination de l'ensemble des politiques ou, à tout le moins, garantir la cohérence des messages envoyés par les diverses entités fédérées. La conférence interministérielle poursuivra notamment cet objectif.

En tout état de cause, les consultations que je mène actuellement montrent que la promotion d'une alimentation équilibrée et d'une activité physique régulière - ce que j'appelle volontiers la promotion d'attitudes saines - a été trop peu développée au cours des dernières années. J'ai donc l'intention, dans le cadre de la future politique de promotion de la santé de la Commission communautaire française, de développer prioritairement cet axe, en collaboration avec les experts et les acteurs de terrain spécialisés dans cette problématique.

Il faudra que nous nous adressions à un public le plus large possible - monde du travail, milieux sportifs, lieux de vie... -, dont les habitudes culturelles et alimentaires sont variées et influent parfois sur la prise de poids.

Il s'agira, dans cette volonté de toucher un public le plus large possible, d'étudier comment les caractéristiques et les habitudes liées au genre pourront être prises en considération.

Cependant, Monsieur Brotchi, s'agissant plus spécifiquement du suivi des femmes enceintes, la compétence reste celle de la Communauté française, voire du niveau fédéral. En effet, lorsqu'il est question d'un suivi médical réalisé par un médecin traitant ou un gynécologue, les compétences sont restées au niveau fédéral. Cela n'empêche que, dans cette volonté de toucher le public le plus large possible (hommes, femmes, enfants tous âges confondus), l'on englobe également les femmes en âge de procréer.

J'en viens à un projet qui pourrait voir le jour : des contacts sont pris entre mon cabinet et certains acteurs de terrain afin d'examiner la possibilité de soutenir la Concertation aide alimentaire (CAA), réseau déjà financé en affaires sociales, pour que cette concertation puisse développer un travail en réseau, y compris dans le domaine de la santé. Il s'agit d'un projet qui me semble prometteur et qui permettrait de croiser les questions liées à l'alimentation saine et celles relatives à la réduction des inégalités sociales en matière de santé.

Cela demandera bien évidemment de pouvoir dégager des moyens. Certes, nous ne pourrons pas tout faire. C'est pourquoi la volonté de mener des actions de prévention touchant l'ensemble de la population constitue un enjeu d'importance dans la lutte contre le surpoids, voire l'obésité. Comme vous l'avez rappelé, 48% des personnes adultes sont touchées par cette problématique. Il ne s'agit pas uniquement de s'adresser à des publics niches ou à des publics cibles particuliers.

Vous avez apporté presque toutes les réponses en ce qui concerne les pistes à explorer. Je ne ferai donc pas la longue liste de tout ce qu'il conviendrait de faire. À l'issue des quatre années passées en votre compagnie au sein de cette commission, il serait prétentieux de ma part de dire que je pourrais passer les examens de docteur en médecine, mais je deviendrai peut-être presque aussi incollable que vous sur toutes ces questions de santé. Il importe de donner les outils à chacun pour prendre en charge sa santé et donc sa qualité de vie. C'est bien de cela dont il s'agit lorsqu'on parle d'activité physique et d'alimentation saine.

Quant aux questions portant sur le budget, je vous renvoie à ma réponse à vos questions datant du début d'année. Je vous y avais cité les montants attribués dans le cadre des

différentes politiques. J'avoue que je ne les ai plus en tête aujourd'hui. De plus, il s'agit souvent de fractions de programme car, en matière de santé communautaire, il y a souvent un projet global au sein duquel cette problématique est évoquée. Il est donc difficile de pointer avec précision les montants affectés. Ces montants pourront être joints au compte rendu si vous le souhaitez.

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

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).**- Je remercie mes collègues qui ont mis l'accent sur les inégalités sociales dont sont victimes les femmes. En consultant un rapport de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, qui date de 2004, il est intéressant de découvrir qu'à cette époque, seulement 39% de la population était en excès pondéral. Nous sommes passés aujourd'hui à 48% pour l'ensemble de la Belgique. Bruxelles présente un profil un peu plus favorable que les Régions wallonne et flamande, mais cette différence n'atteint pas 10%. La situation se dégrade vraiment et c'est bien le sens du cri d'alarme de l'OMS.

Par ailleurs, les femmes ayant au maximum un diplôme de l'enseignement primaire souffrent quatre fois plus souvent d'obésité que les femmes titulaires d'un diplôme de l'enseignement supérieur. Le déterminant lié à la formation est donc énorme.

Je voudrais aussi vous parler d'un exposé qu'avait mené l'année passée le professeur Vincent Lorent lors d'un Jeudi de l'hémicycle sur les enjeux des inégalités sociales de santé. Il disait qu'en matière de comportement sanitaire, dans les inégalités sociales de santé, le comportement de santé, c'est-à-dire les attitudes saines à adopter, constitue la seule variable sur laquelle on peut jouer. On peut difficilement jouer sur le diplôme ou sur les revenus professionnels. Les acteurs de santé peuvent difficilement influencer le profil socio-économique. Par contre, tout ce qui relève de la sensibilisation et de l'accompagnement appartient au champ de l'action politique.

Je plaide pour que votre nouveau décret organisant la promotion de la santé s'inscrive en réelle intelligence avec le Plan de santé bruxellois de votre homologue au niveau de la Commission communautaire commune, Didier Gosuin, pour que vos stratégies se croisent et se renforcent afin de jouer sur l'ensemble des déterminants. Ceux-ci ne concernent pas uniquement la santé, mais aussi le logement, la mobilité, le sport, etc. Je souhaite que votre projet de décret reflète une ouverture et un maillage serré avec les autres niveaux de pouvoir.

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme Sidibé.

**Mme Fatoumata Sidibé (FDF).**- Nous sommes conscients du fait que vous n'avez pas de baguette magique et que nous sommes dans une période de transition avec des compétences très décloisonnées. Nous comptons sur vous pour relayer cette menace qui pèse sur notre société.

N'oublions pas non plus que beaucoup de personnes nient leur surpoids et ignorent les conséquences réelles de ce phénomène. Au-delà d'une prise en charge multidisciplinaire qui doit se mener sur tous les fronts, il est important d'aller sur le lieu de vie des gens parce que les campagnes publiques qui émanent çà et là ne les atteignent pas forcément. On l'a dit, l'urgence est là aussi parce que de plus en plus de jeunes sont menacés par l'obésité.

**Mme la présidente.**- Les incidents sont clos.

**LES RÉSULTATS DE L'ÉTUDE DE L'INSTITUT SCIENTIFIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE  
(RAPPORT 2013)**

**DE MME ANNE CHARLOTTE D'URSEL**

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

**ET À MME CÉLINE FREMAULT, MINISTRE EN CHARGE  
DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA FAMILLE**

**Mme la présidente.-** La ministre Cécile Jodogne répondra à l'interpellation.

La parole est à Mme d'Ursel.

**Mme Anne-Charlotte d'Ursel (MR).-** Commanditée par l'ensemble des ministres belges chargés de la santé aux niveaux fédéral, régional et communautaire, l'enquête de santé 2013, réalisée par l'Institut scientifique de santé publique (ISP), a pour but d'aider les autorités compétentes à orienter leurs politiques sanitaires. Le dernier état des lieux de l'ISP avait été publié pour l'année 2009.

L'enquête de santé leur propose une description exhaustive de l'état de santé de la population dans son ensemble, en ce compris les personnes qui n'ont jamais ou rarement recours aux services de soin.

Vous nous avez à plusieurs reprises annoncé que vous attendiez les résultats d'études pour avoir une vision globale du secteur bruxellois de la santé, afin d'envisager les ajustements qui s'imposeraient pour une meilleure efficacité du système.

Quels sont pour vous les grands enseignements de ce rapport ? Quels sont les grands chantiers que vous mettez en œuvre sur la base de ces résultats ? Quels sont les ajustements envisagés ? Un monitoring de certains paramètres sera-t-il mis en place ? Dans l'affirmative, lesquels sont concernés ?

Même s'il s'agit d'une étude sur la santé, de nombreux aspects du rapport présentent un caractère transdisciplinaire, où sont abordés conjointement des enjeux relevant de la santé, des affaires sociales mais aussi de l'environnement, par exemple.

Pouvez-vous me dire s'il y a eu des rencontres à ce sujet impliquant les membres du Collège de la Commission communautaire française avec leurs collègues du parlement bruxellois compétents dans ces différentes matières, et ce afin de réagir de manière coordonnée aux résultats mis en avant par l'ISP ? Sur quels sujets transversaux ?

De la même manière, les matières social-santé relevant de plusieurs niveaux de pouvoir à Bruxelles et de régimes linguistiques différents, il serait intéressant de se pencher sur les aspects bilingues des thèmes pointés dans les résultats de ce rapport.

Une coordination avec les ministres compétents de la Cocom est-elle prévue ? De même, pour les aspects monocommunautaires, il serait intéressant d'avoir un échange de bonnes pratiques avec vos collègues de la Vlaamse Gemeenschapscommissie (VGC, Commission communautaire flamande) sur la façon d'utiliser ces données pour prendre des mesures adéquates.

La plupart des thèmes abordés dans l'étude sont multifacettes et devraient être envisagés sous plusieurs angles simultanément. C'est le cas, pour ne prendre que deux exemples, de la consommation de médicaments ou de la prise en charge des personnes atteintes du sida.

Concernant les constats portant sur des compétences dépendant du niveau de pouvoir fédéral, j'aimerais savoir si des réunions se sont tenues ou sont à l'ordre du jour avec les ministres fédéraux concernés pour plancher sur la mise en place de mesures communes. Dans l'affirmative, sur quelles thématiques et selon quel calendrier ? Si non, pour quelles raisons ? Ne pensez-vous pas que vous pourriez initier une telle démarche ?

Enfin, l'étude de l'ISP dresse un état des lieux de la situation, avec parfois l'une ou l'autre recommandation sporadique. Avez-vous prévu de solliciter d'éventuelles nouvelles pistes qui pourraient proposer les acteurs de terrain par rapport aux constats dressés dans ce rapport ? Seront-ils inclus dans un groupe de travail, par exemple ? Si oui, lesquels ont été sollicités par vos services ?

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

**M. Zahoor Ellahi Manzoor (PS).-** Nous remercions Mme d'Ursel pour son interpellation, qui a le mérite de mettre en lumière l'enquête de santé 2013. L'interpellation est particulièrement générale et l'étude particulièrement vaste. La publication, ce 2 avril, des deux derniers rapports concernant notre cadre de vie et la prévention au service de notre santé sur le site de l'Institut scientifique de santé publique (ISP) ne nous avait pas échappé.

Cette vaste enquête commanditée par l'ensemble des ministres belges chargés de la santé publique aux niveaux fédéral, régional et communautaire se veut un véritable outil d'aide à la décision. Construits en cinq rapports thématiques, les résultats de cette enquête doivent faire l'objet d'une analyse approfondie.

Cela dépasse le cadre de notre assemblée francophone et devrait certes être abordé tant au niveau de la Région qu'au niveau bilingue. Les deux derniers volets, qui concernent respectivement l'environnement physique et social ainsi que la prévention, sont également riches d'enseignements.

L'importance de cette étude mériterait une présentation en commission par ses auteurs, en leur demandant notamment d'extraire les principales caractéristiques bruxelloises, et le cas échéant, lorsque c'est pertinent, d'opérer des comparaisons avec les autres Régions, leurs villes et à l'échelle du royaume.

Pour vous, je me suis risqué à faire cet exercice. Une lecture, ne fût-ce que du résumé, permet déjà de faire une série de constatations au travers de cahiers ou de rapports thématiques. Je citerais à titre d'exemple les constats suivants.

L'état de bien-être et le niveau d'énergie vitale de la population âgée de quinze ans et plus se sont détériorés en Belgique au cours des cinq dernières années.

Les indicateurs de bien-être psychologique et d'énergie vitale affichent des résultats plus favorables en Flandre que dans les deux autres Régions du pays.

Les habitants de la Flandre sont moins nombreux à connaître des troubles d'ordre émotionnel que les habitants des deux autres Régions.

La prévalence de la douleur physique est plus faible en Région flamande qu'en Région wallonne et qu'en Région bruxelloise.

La qualité de vie liée à la santé est meilleure en Région flamande qu'en Région bruxelloise et qu'en Région wallonne.

La pratique d'activités physiques est plus répandue en Région flamande.



L'enquête s'est efforcée d'examiner deux comportements sexuels à risque dans la population âgée de 15 à 64 ans : la précocité sexuelle et le multipartenariat. Il en ressort que les jeunes sont plus nombreux à avoir eu des relations sexuelles précoces et à avoir eu dans l'année plusieurs partenaires sexuels. Il apparaît aussi que le fait d'avoir plusieurs partenaires dans l'année est plus fréquent en Région bruxelloise, puis en Région wallonne, enfin en Région flamande.

Les Bruxellois font nettement moins souvent appel au médecin généraliste que les habitants de Flandre et de Wallonie. Ils ont donc davantage tendance à consulter directement un spécialiste.

Les jeunes bruxellois consultent moins souvent le dentiste. Ainsi, 29% des jeunes bruxellois de 2 à 14 ans n'ont encore jamais consulté un dentiste. Ce pourcentage est deux fois plus élevé par rapport au reste du pays. Il est donc important de sensibiliser les jeunes et leurs parents en Région bruxelloise au sujet de la visite annuelle chez le dentiste.

Il est plus fréquent de consulter un psychologue ou un psychothérapeute dans les milieux les plus instruits (6%) et en Région Bruxelloise (7%).

Parmi les quatre thérapies non conventionnelles examinées dans l'enquête (homéopathie, acupuncture, chiropraxie et ostéopathie), ce sont les ostéopathes qui ont été le plus souvent sollicités par la population (6%) au cours des douze mois précédant l'interview.

Le recours à des services de soins et d'aide à domicile en général est plus fréquent en Région bruxelloise, tandis que l'utilisation d'un service de soins à domicile presté par une infirmière ou une sage-femme est plus courante en Région flamande.

Les hospitalisations de jour sont plus fréquentes parmi les habitants de la Région flamande ; 8% des ménages indiquent avoir dû, au cours des douze derniers mois, reporter des soins de santé nécessaires pour des raisons financières. La couverture vaccinale contre la grippe, le pneumocoque et le papillomavirus humain est en général meilleure en Flandre que dans les deux autres Régions.

Au sein de la population de 15 ans et plus, les perceptions erronées de la transmission du VIH persistent : 63% de la population a au moins une perception erronée des modes de transmission de ce virus. Par exemple, elle continue de croire que le sida peut être transmis par un simple flirt.

Terminons par une note positive pour notre Région : les habitants de la Région flamande semblent moins bien maîtriser les connaissances en matière de VIH.

Ce rapport de l'enquête de santé 2013 donnerait à lui seul matière à de très nombreuses interpellations. Je résumerai les divers problèmes identifiés à deux questions cruciales : comment sensibiliser les jeunes bruxellois à consulter plus souvent leur dentiste et comment faire en sorte que les 8% de ménages qui ont reporté des soins de santé pour raisons financières ne doivent plus jamais revivre pareille situation ?

**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.

**Mme la présidente.**- La parole est à Mme d'Ursel.

**Mme Anne-Charlotte d'Ursel (MR).**- Tout d'abord, c'est volontairement que je ne suis pas rentrée dans les détails, M. Manzoor, au risque d'être anecdotique. Ces résultats nourriront nos interpellations au fur et à mesure des réunions. Ce n'était pas l'objectif de mon interpellation.

Madame la ministre, je suis heureuse de vous entendre dire que vous avez mis en place une série de collaborations. Je l'ai bien compris pour ce qui est de la Commission communautaire française. Vous l'annoncez aussi au niveau de la Commission communautaire commune, ainsi qu'au sein de la CIM. Par contre, je ne vous ai pas entendue concernant la collaboration avec la Vlaamse Gemeenschapscommissie.

Je n'ai pas pu percevoir quelles sont vos priorités, alors que c'était finalement le cœur de ma question. Quels sont les grands chantiers que vous allez mettre en place ? Vous n'avez fait que citer les thématiques que l'on retrouve dans l'enquête de santé. Vous n'en avez pas détaché certaines en particulier, qui seraient prioritaires pour vous. Cela ne m'a pas permis de comprendre quels sont les ajustements que vous envisagez. J'attends donc avec impatience votre futur plan de promotion de la santé pour y voir plus clair.

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- C'est dans le cadre du Plan de santé bruxellois bicommunautaire que nous rencontrons la

Vlaamse Gemeenschapscommissie et, surtout, la Communauté flamande.

Quant à mes priorités, je pense avoir mis en avant divers programmes de promotion de la santé qui nous ont été dévolus. Nous poursuivrons notre travail sur les problèmes de drogues, la transmission des maladies, le diabète, la santé mentale, les maladies chroniques et infectieuses, l'alcoolisme.

Plus spécifiquement, je souhaiterais que la promotion de la santé touche un public plus large encore.

**Mme la présidente.**- L'incident est clos.

### QUESTIONS ORALES

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

LA MISE SUR PIED D'UNE TRAJECTOIRE DE SOINS PÉRINATALS INTÉGRÉS

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).**- La décision de la ministre fédérale de la Santé de réduire le séjour en maternité de 4,5 à 3 jours en 2016 a fait beaucoup parler d'elle, notamment à l'occasion de la Journée internationale de la sage-femme. Comme vous le savez, cette décision fait suite à un rapport publié par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) en octobre dernier, qui posait le constat d'une diminution continue de la durée de séjour postnatal. Celui-ci est en effet passé d'une durée moyenne de 6,9 jours en 1991 à 4,1 jours en 2011. Ceci nous place cependant toujours au-dessus de la moyenne des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui est de 3 jours.

Cette diminution de la durée de séjour est bien sûr fortement influencée par la volonté de diminuer les coûts pour la collectivité, mais il serait réducteur de la limiter à ce seul objectif. On pourrait, toutes proportions gardées, comparer cette politique à celle du maintien à domicile des personnes âgées. Il y a bien sûr des bénéfices pour les budgets publics mais aussi pour les bénéficiaires, qui préfèrent parfois rester dans leur environnement familial qu'intégrer un hébergement. De même, il pourrait être plus confortable pour les familles, et en particulier les mamans, de quitter rapidement l'hôpital après l'accouchement pour autant qu'une véritable offre de services post-nataux soit mise sur pied.

C'est bien évidemment là que le bât blesse à l'heure actuelle. Le rapport du KCE pointait en effet que "si la Belgique offre un large accès à ses institutions de soins, on ne peut pas en dire autant de l'offre de soins ambulatoires, qui sont peu financés, très morcelés, et rarement centrés sur la famille. Il existe donc un risque réel que le raccourcissement du séjour en maternité se traduise par une diminution nette du soutien des familles et de la qualité de soins. (...) En Belgique, l'organisation très hospitalocentrique des accouchements et des suivis n'est pas propice à une telle mutation, pas plus d'ailleurs que le financement actuel de l'hôpital et des soins à domicile".

Le KCE pointait par ailleurs la disparité géographique en termes de services ambulatoires, relevant notamment que la Flandre a beaucoup investi en la matière, tant en ce qui concerne les soins (visites des sages-femmes à domicile) que l'assistance (conseils, aide domestique, etc.).

Madame la ministre, des contacts ont-ils eu lieu entre votre cabinet et celui de la ministre fédérale de la Santé après

l'annonce de la diminution de la durée de séjour en maternité ? Avez-vous évoqué la question lors de la réunion de la conférence interministérielle Santé publique ? De même, avez-vous pris des contacts avec les autres autorités concernées par la question ? Je pense notamment à la Fédération Wallonie-Bruxelles qui, si elle n'est plus compétente en matière de santé, conserve néanmoins les matières liées à l'enfance, et notamment la mission d'accompagnement périnatal.

Dans le cadre de vos propres compétences, avez-vous déjà décidé de mesures à la suite de l'annonce de la diminution de la durée de séjour ? De son côté, la ministre De Block a annoncé le lancement d'un appel à projets pour des projets pilotes de soins à domicile, non seulement pour le suivi des accouchements, mais aussi pour d'autres cas de figure, tels que les chimiothérapies. Vous êtes-vous assurée de la prise en compte des spécificités bruxelloises dans ce cadre ? On sait en effet que notre population est globalement plus précarisée. Il faut donc en tenir compte.

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.**- A la suite de la décision de la ministre Maggie De Block de raccourcir la durée d'hospitalisation après l'accouchement, le public des jeunes mamans va se tourner vers les centres de coordination de soins et services à domicile.

Ce nouveau public cible y trouve d'ailleurs tout à fait sa place. En effet, les centres de coordination de soins et de services à domicile, en étroite collaboration avec le gynécologue, peuvent envoyer différents prestataires qui aideront la jeune maman tant dans sa préparation à l'accouchement que dans le suivi de celui-ci.

Le centre peut par exemple mettre en place à domicile :

- une sage-femme pour aider la jeune maman, tant dans sa préparation à l'accouchement que dans le suivi de celui-ci pour l'allaitement ;
- un(e) infirmier/infirmière pour les soins post-accouchement ;
- un(e) kinésithérapeute pour la préparation à l'accouchement et pour la rééducation postnatale ;
- une aide familiale pour la maman qui se sentirait débordée ;
- des repas à domicile pour une certaine durée ;
- des transports si la future maman doit rencontrer son gynécologue ou passer des examens ;
- une aide-ménagère, voire des titres-services, pour le nettoyage ou le repassage.

Les centres de coordination, comme pour toute prise en charge, font l'anamnèse de la situation, proposent au patient les différentes options qui peuvent être mises en place en fonction de ses besoins et de ses moyens et c'est ce dernier qui choisit.

Il est essentiel de s'adresser aux centres agréés par la Commission communautaire française, seuls capables de répondre de manière qualitative et quantitative à ce type de demandes. Dans ce cadre, l'asbl Soins Chez Soi explore un premier projet en étroite collaboration avec les gynécologues de l'hôpital Sainte-Anne Saint-Remi.

Si cette activité nouvelle entre parfaitement dans le cadre des missions des centres de coordination, celle-ci va amener une

### B.I.Q. N° 3 (2014-2015)

surcharge de travail importante. De nombreux "bascullements de tâches" se font en vue de réaliser des économies au sein des hôpitaux mais la quantité des "tâches basculées" n'est pas prise en considération par un quelconque financement.

Au niveau de la Fédération Wallonie-Bruxelles, un service de travailleurs médico-sociaux (TMS) coordonné par l'Office de la naissance et de l'enfance (ONE) a pour missions la promotion de la santé et le soutien à la parentalité.

C'est souvent lors du retour à domicile avec le bébé que les parents ont le plus besoin d'un accompagnement. Le travailleur médico-social joue alors un rôle important de soutien à la parentalité. Il donne des conseils et aborde avec les parents toutes les questions qu'ils souhaitent poser. Il propose alors des pistes ou des solutions. Il collabore également avec le médecin au cours de consultations et assure le suivi médical préventif de l'enfant.

Mon cabinet a contacté celui de Mme De Block et nous sommes toujours en attente d'une réponse. Pour le moment, la question n'a pas été abordée en conférence interministérielle (CIM) santé publique. Il me semble nécessaire de faire au préalable une analyse plus poussée des conséquences des mesures prises au niveau fédéral en la matière. Mais il s'agit bien évidemment d'une question importante et j'ai pris des contacts avec des acteurs de terrain pour réaliser cette analyse en concertation avec eux.

Dans le cadre du Plan santé bruxellois, lancé au niveau bicommunautaire, cette question sera également abordée. À première vue, la situation n'est pas catastrophique car comme vous l'avez rappelé, la moyenne de l'hospitalisation après l'accouchement dans les autres pays de l'OCDE est de trois jours.

Même si l'on tient compte de cette diminution, nous nous situons donc encore assez largement au-delà des normes dans les autres pays. Cela a donc des conséquences importantes qu'il nous faut pouvoir prendre en compte, notamment en ce qui concerne la mise à disposition de soins à domicile.

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

**Mme Zoé Genot (Ecolo)-** La différence, c'est que dans beaucoup de pays il y a automatiquement quelqu'un qui vient à domicile pour apporter un soutien. Parfois la durée du séjour en maternité est encore plus courte quand l'accouchement s'est bien passé, mais le suivi est automatique.

J'ai peur que les gens ne pensent qu'il est superflu de s'adresser au centre de coordination et de soins et que les femmes, en plus de devoir gérer le nouveau-né, ne doivent s'occuper de tout à la maison. Un surcroît de fatigue va se faire sentir à un moment ou à un autre.

De plus, vous avez dit qu'il est possible de faire appel à ces centres en fonction de ses besoins et de ses moyens. Le remboursement n'est pas le même que pour une période d'hospitalisation, quand on a un statut Omnio ou autre. Je voudrais vraiment qu'à Bruxelles soit étudiée la prise en charge des personnes les plus précaires. Quelle est la différence pour ces personnes entre une hospitalisation et un suivi à domicile ? Quelles sont leurs possibilités d'être vraiment soutenues, y compris financièrement, pour pouvoir avoir réellement accès à ces services ?

Cela commence par les femmes qui ont accouché, mais cette stratégie de retour rapide à la maison va concerner d'autres catégories de patients : un projet-pilote s'adresse déjà aux patients qui sortent de chimiothérapie. Si les infrastructures nécessaires pour suivre les patients ne sont pas opérationnelles ou suffisantes, cela peut être une catastrophe

et créer un report de charges sur le reste de la famille, ce qui n'est pas facile à combiner avec la vie actuelle.

### LA LUTTE CONTRE LE BINGE DRINKING

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)-** En janvier, nous faisons le point sur les initiatives prises par la Commission communautaire française en matière de lutte contre la consommation excessive d'alcool. Ce sujet revient à la une de l'actualité par la publication du dernier rapport de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), qui pointe la pratique du binge drinking comme un véritable problème de santé publique qui n'arrête pas de croître.

Il est d'ailleurs curieux de constater que la manière de traiter les conclusions de ce rapport diffère selon les sensibilités communautaires. Ainsi, le journal *Métro* du 13 mai titrait dans sa version francophone "Inquiétant Binge Drinking", tandis que sa version néerlandophone titrait "Belg drinkt minder alcohol", les deux affirmations étant en soi justes et non incompatibles.

Les constats dressés sur le binge drinking ne nous apprennent rien de neuf, car l'on peut estimer que les données collectées en Région bruxelloise pour rédiger ledit rapport sont antérieures aux initiatives prises par la Commission communautaire française pour enrayer ce fléau. Je pense, par exemple, au programme développé par Modus Vivendi auprès des étudiants. Je ne reviendrai donc pas sur ces éléments.

Par contre, lors de notre dernière discussion au parlement à ce sujet, le 16 janvier, vous vous étiez engagée à remettre sur la table de la prochaine conférence interministérielle (CIM) de la santé publique la nécessité de s'accorder sur un plan national de lutte contre l'alcool car, et je reprends vos propos, "l'ampleur du problème et la multiplicité des compétences en jeu exigent une concertation avec tous les acteurs impliqués".

Je souhaite savoir si vous avez eu l'occasion de relayer cette préoccupation auprès de vos collègues.

Qu'en est-il de la Cellule politique francophone santé-assuétudes, chargée de coordonner les politiques au sein du monde francophone ?

À l'époque, vous aviez répondu que le coordinateur de ce dispositif travaillait dans votre cabinet et que la cellule elle-même n'était pas opérationnelle. Un remplacement de la personne assurant la coordination de ladite cellule est-il prévu ?

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

**Mme Cécile Jodogne, ministre.-** En ce qui concerne la conférence interministérielle Santé, j'ai en effet écrit un courrier à la ministre Maggie De Block et au directeur général du Service public fédéral (SPF) Santé publique pour que ce point soit mis à l'ordre du jour de la prochaine réunion, le 29 juin.

Mon cabinet a également demandé que ce point soit intégré aux travaux de la Cellule politique santé drogues fédérale, qui s'est réunie deux fois, et de la Cellule politique générale drogues, qui se réunira pour la première fois le 30 juin.

Par rapport à la Cellule politique francophone santé-assuétudes, je vous ai exposé, lors d'une précédente interpellation, les questionnements qui doivent être abordés avec le cabinet du ministre Prévot quant à ses missions.

Par ailleurs, d'un point de vue purement administratif, le personnel de la Fédération Wallonie-Bruxelles n'a pas encore été transféré vers les différentes entités d'accueil mais ce transfert doit se faire selon une procédure bien définie dans les mois qui viennent, en fonction du protocole qui a été signé.

Étant donné que le coordinateur était intégré au cadre du personnel de la Fédération Wallonie-Bruxelles, il ne serait pas opportun de se livrer à une procédure de recrutement dans le contexte de transition actuel. Cela ne dépend d'ailleurs pas formellement de la Commission communautaire française (Commission communautaire française) tant que le transfert n'est pas effectif.

Je rappelle également qu'en ce qui concerne les contacts avec le cabinet de M. Prévot, ils sont en cours. Nos chefs de cabinet se sont rencontrés et un rendez-vous avec le ministre est prévu dans les semaines qui viennent.

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

**M. André du Bus de Warnaffe (cdH).-** Je me réjouis de voir que la conférence ministérielle de la santé va se réunir à la fin du mois de juin et que vous avez demandé la mise à l'ordre du

jour de ce point-là. Cela ne signifie pas pour autant qu'il sera effectivement à l'ordre du jour. En tous cas, vous avez des armes pour vous défendre. Pour le reste, nous attendons le transfert.

**LA PRÉVENTION DES TROUBLES DE LA SANTÉ AUPRÈS DES ENTREPRENEURS  
ET INDÉPENDANTS BRUXELLOIS**

**DE M. ABDALLAH KANFAOUI**

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

**Mme la présidente.-** En l'absence de l'auteur, excusé, la question orale est retirée.

**CLÔTURE**

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

*La réunion est clôturée à 16 h 00.*

**BUDGETS RELATIFS AUX PROJETS DE PROMOTION DE LA SANTÉ  
VISANT LA LUTTE CONTRE LE DIABÈTE, LE SURPOIDS ET L'OBÉSITÉ**

Opérateur	Budget annuel en euros
Coordination Education & Santé (CORDES) - Projet « Se mettre à table »	140.000 1/3 Commission communautaire française – 2/3 Région wallonne
Réseau santé diabète asbl	115.000
Question santé asbl - Site <a href="http://www.mangerbouger.be">www.mangerbouger.be</a> - Site <a href="http://www.voyonslarge.be">www.voyonslarge.be</a>	40.800 1/3 Commission communautaire française – 2/3 Région wallonne

