

# Bruxelles

## Santé

Périodique trimestriel, paraît en mars, juin, septembre, décembre - N° **72** octobre - novembre - décembre 2013 - ISSN 1371 - 2519

### **MANGER...MIEUX ?**

**Un défi pour l'aide alimentaire bruxelloise**

**Prévention**  
**SIDA, on le soigne**  
**mais on n'en guérit toujours pas !**

**Politique**  
**La 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat**  
**et les transferts de compétences**

BELGIQUE-BELGIË  
P.P. - P.B.  
BRUXELLES X - BRUSSEL X  
BC 1785  
BUREAU DE DÉPÔT :  
BRUXELLES X

## sommaire

### Prévention

SIDA, on le soigne mais on n'en guérit toujours pas 3

### Dossier

Manger... mieux ?  
Un défi pour l'aide alimentaire  
bruxelloise 6

### Débat

La 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat et les transferts de compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales 14

### Echo du CBPS

Le dépliant du Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS) 19

## Edito

En cette fin d'année 2013, Bruxelles Santé a interrogé pour vous les partis démocratiques bruxellois, sur les conséquences de la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat dans les matières sociales et de santé. Nous les remercions de s'être lancés dans cet exercice difficile dans le contexte actuel. Nous vous invitons à lire (pages 14 à 19) les réponses qui illustrent la complexité de la situation bruxelloise et l'ampleur des enjeux pour le maintien de l'accessibilité des soins. Entre les lignes et les non réponses, on comprend aussi combien il sera essentiel pour le secteur non marchand bruxellois de faire entendre sa voix dans les débats et dans la réorganisation structurelle des matières de santé et du social.

La Plate-forme Prévention Sida rappelle (pages 3 à 5) que, si la maladie se soigne, on n'en guérit toujours pas. Dès lors, l'information, la prévention et le dépistage restent des stratégies essentielles pour contrôler la transmission de la maladie. L'article constitue une mise à jour des connaissances bien utile.

« L'aide alimentaire fait partie de ces thématiques dont on ne voudrait pas avoir à parler ». Ainsi débute le dossier de ce numéro qui souligne (pages 6 à 13) que le nombre de personnes recourant à cette aide ne cesse de croître et que plus de 22.000 Bruxellois sont actuellement concernés. Au niveau de la Banque Alimentaire Bruxelles-Brabant, les denrées provenant du Programme européen d'aide aux plus démunis (PEAD) représentent plus de 50% des aliments distribués. La fin de ce Programme, qui sera remplacé dès janvier 2014 par le Fonds européen d'aide aux plus démunis (FEAD) sera synonyme de diminution des moyens. Les acteurs du secteur peuvent aussi compter sur des contributions du privé (industrie agroalimentaire et distributeurs). Au-delà des problèmes de quantité, la réflexion porte aussi sur la qualité nutritionnelle des aliments distribués via l'aide alimentaire. Dans un secteur qui sort de la démarche caritative pour se professionnaliser, le dossier s'intéresse plus particulièrement aux épiceries sociales, mettant en évidence que leur avantage le plus précieux est d'offrir plus de possibilités de choix aux usagers. En outre, ces initiatives proposent aussi des informations, des ateliers pédagogiques, voire une guidance budgétaire ; elles s'inscrivent dans une approche plus participative, notamment en recueillant l'avis des usagers. Cependant, pour la grande majorité des acteurs, l'enjeu principal se résume tout simplement à pouvoir encore aider les gens à se nourrir...

Bonne lecture !

# SIDA, on le soigne mais on n'en guérit toujours pas !

Depuis quelques années, des informations en apparence contra-dictoires circulent sur le VIH. Certains présentent encore la maladie comme l'arrêt de mort qu'elle signifiait dans les années 80', d'autres affirment que le Sida, aujourd'hui, ça se soigne. Qu'en est-il réellement ? Petite mise au point avec Thierry Martin, Directeur de la Plate-forme Prévention Sida.

## Le contexte

Commençons par un petit rappel du contexte du VIH en Belgique avec Thierry Martin : « Depuis une décennie, le nombre de séropositifs augmente régulièrement. Entre 1996, (l'année ou le moins d'infections par VIH ont été détectées) et 2010, (taux de détection d'infection par VIH le plus haut depuis le début de l'épidémie avec 1.196 nouveaux cas), on a assisté à une progression de 40 % du nombre de cas de séropositivité diagnostiqués. Depuis le début des années 2000, on tourne autour de 1.000 à 1.100 infections par VIH par an. En 2011, 1.177 infections ont été diagnostiquées en Belgique, soit plus de trois par jour, ce qui maintient le nombre de nouvelles contaminations annuelles à un niveau extrêmement élevé. Le nombre de diagnostics d'IST (infections sexuellement transmissibles) et de co-infections IST/VIH est également en constante augmentation. Le nombre d'infections par VIH a commencé à augmenter dès 1997-1998. L'introduction des trithérapies en 1996 a peut-être généré un faux sentiment de sécurité dans la population. Les informations médicales rassurantes largement diffusées et l'arrêt des campagnes médiatiques de prévention du Sida entre 1996 et 2000 ont contribué à une banalisation de la maladie et à une baisse de la vigilance. Cette situation s'est très rapidement traduite par l'augmentation des contaminations par le virus. Ce faux sentiment de sécurité est palpable dans le public gay souvent bien informé des

évolutions scientifiques concernant les traitements contre le VIH. On constate aussi une certaine lassitude du public homosexuel après deux décennies de "régime" strict fait de vigilance, de prudence, de comportements responsables, de contraintes... On observe ces dernières années un relâchement des comportements de prévention. »

En effet, sur l'ensemble des nouveaux cas de contamination par le VIH diagnostiqués en Belgique en 2011, la proportion d'homo/bisexuels masculins représente 46,6% contre seulement 23,6 % en 2002. N'oublions quand même pas que le premier mode de transmission reste la contamination par rapports hétérosexuels avec 49,5% des cas et qu'il concerne particulièrement les migrants en provenance d'Afrique subsaharienne. Concernant le ratio hommes/femmes, les deux tiers des nouvelles personnes infectées en 2011 sont des hommes. Une proportion qui est à nouveau en augmentation.

## Les progrès

Ces dernières années, les avancées thérapeutiques en matière de traitement de l'infection par VIH ont été importantes. L'introduction en 1996 des trithérapies a eu pour conséquence une augmentation de l'espérance de vie de 15 ans des personnes infectées par le VIH. L'espérance de vie à l'âge de 20 ans d'un patient infecté par le VIH est passée de 30 ans en 1996, à 46 ans

en 2008 avec une différence hommes/femmes de 10 ans. Ces traitements ont également permis de réduire fortement le risque de transmission mère/enfant; c'est le cas s'ils sont pris assez tôt, dès le début de la grossesse. « En Belgique, sur ces 5, 6 dernières années, il y a eu un seul cas de transmission du VIH d'une mère vers son enfant en cours de grossesse et uniquement parce que la maladie a été prise en charge trop tard pour que le traitement soit efficace », nous apprend Thierry Martin. Aujourd'hui, si les bonnes conditions sont réunies, un traitement antirétroviral bien suivi réduit fortement le risque de transmission du VIH. On parle de charge virale indétectable, c'est-à-dire que la présence du virus n'est plus détectable dans le sang ni dans les sécrétions sexuelles. Le virus est toujours présent dans l'organisme mais en très faible quantité. Il ne se multiplie plus et n'est plus mesurable par les méthodes standards. Alors, peut-on dire qu'un tel traitement « protège » du risque de transmission de la maladie ? Qu'on peut vivre « normalement », sans devoir « faire attention » ? Ce traitement pourrait-il remplacer les autres stratégies de prévention (préservatif, dépistage...) ? Ce n'est pas si simple...

« Ces nouveaux traitements réduisent très fortement le risque de transmission du VIH mais ils ne le suppriment pas, nous explique Thierry Martin. Et, pour que le risque soit effectivement réduit, il faut que certaines conditions soient réunies : que la personne séropositive prenne correctement son traitement, qu'elle



**Marie vient d'accoucher.**  
Tout s'est très bien passé.

**Pourtant,**  
son entourage avait essayé de la décourager d'avoir un enfant à cause de sa séropositivité.

**Malik est heureux.**  
Il va bientôt se marier.

**Pourtant,**  
il a vécu plusieurs ruptures dans le passé quand il a annoncé sa séropositivité.

En Belgique, la transmission de la mère à l'enfant a quasi disparu.  
Aujourd'hui, au travail, dans le domaine médical, dans la vie privée, l'exclusion et les discriminations envers les personnes séropositives restent une réalité.  
Découvrez toute la campagne sur [www.preventionsida.org](http://www.preventionsida.org)

PLATE-FORME  
PRÉVENTION  
SIDA

Aujourd'hui, au travail, dans le domaine médical, dans la vie privée, l'exclusion et les discriminations envers les personnes séropositives restent une réalité.  
Découvrez toute la campagne sur [www.preventionsida.org](http://www.preventionsida.org)

PLATE-FORME  
PRÉVENTION  
SIDA

n'ait pas contracté d'autres IST et que la charge virale soit indétectable depuis au moins 6 mois. Ces trois conditions ne sont réalisables que dans le cadre d'une relation de couple stable sans partenaires occasionnels. De plus, les traitements sont lourds, difficiles à suivre sur le long terme car ils entraînent fréquemment des effets secondaires importants voire invalidants comme des atteintes rénales et hépatiques, une modification de la répartition des graisses ou des problèmes cardiovasculaires. » Si les traitements antirétroviraux constituent une vraie révolution pour la qualité de vie des malades et ont permis de transformer le Sida de maladie incurable à maladie chronique, ils ne peuvent à eux seuls remplacer toutes les stratégies de prévention. « Les traitements antirétroviraux s'inscrivent dans une diversification et une complémentarité des stratégies de prévention et de réduction des risques dont l'usage du préservatif reste la base, assène Thierry Martin. Il faut offrir le plus d'outils possible pour répondre aux besoins des personnes en matière de prévention. A chacun de puiser dans ces outils celui qui lui conviendra le mieux à un moment donné dans une situation

donnée, avec tel ou telle partenaire. Par contre, nous sommes progressivement confrontés à un nouveau problème. Si le Sida peut être aujourd'hui considéré comme une maladie chronique avec laquelle on peut vivre longtemps, on constate le développement de nouvelles pathologies liées au vieillissement des séropositifs. En effet, les personnes atteintes du VIH vieillissent plus vite de dix ans en moyenne et développent plus tôt certaines pathologies comme le cancer ou la fragilisation des os. Les traitements antirétroviraux et leurs effets secondaires participent à la dégradation de l'état de santé des séropositifs à long terme. C'est un phénomène dont il faudra tenir compte à l'avenir. »

Ces dernières années, on entend aussi parler de l'idée de prescrire des traitements antirétroviraux de manière préventive aux personnes séronégatives à risque, par exemple le conjoint(e) d'une personne séropositive, afin de réduire le risque de contamination par le virus. La personne non infectée prendrait alors un traitement afin d'éviter que son/sa partenaire ne lui transmette le virus lors de rapports sexuels sans préservatif.

Cette démarche pourrait s'inscrire dans une stratégie de prévention des risques mais ne peut en aucun cas s'y substituer à elle seule. Car nous l'avons vu plus haut, ces traitements nécessitent certaines conditions pour être efficaces et ne le sont pas à 100%. Les mêmes conditions et les mêmes risques d'effets secondaires s'appliquent aux personnes séronégatives qui prendraient ces traitements à titre préventif. Leur recours doit donc être envisagé au cas par cas, en fonction de la situation de la personne et de son état de santé et toujours dans le cadre d'un suivi médical régulier. Il ne faut pas oublier non plus que si ces traitements sont intégralement remboursés pour les séropositifs, ils ne le sont pas pour les personnes séronégatives et ils coûtent cher : entre 800 et 1.000 euros par mois. Ils ne sont donc pas à la portée financière de tout le monde. Quant au Traitement Pré Exposition (PrPE) encore au stade d'étude et destiné spécifiquement aux personnes séronégatives dans le but de réduire le risque qu'elles soient contaminées lors de l'exposition au virus VIH, il réduit actuellement le risque de contamination au maximum de 40%.

## Prévention

En 2011, 62,4 tests de dépistage VIH par 1.000 habitants ont été réalisés. Ceci correspond à une augmentation du nombre de tests de 4,4% par rapport à l'année 2010. Un progrès qui confirme l'importance de poursuivre les campagnes et actions de sensibilisation menées par les associations de lutte contre le Sida. « Le dépistage est un axe prioritaire en matière de prévention. Aujourd'hui, 40% des infections sont encore dépistées tardivement. Parfois plusieurs mois ou années séparent la contamination du dépistage, ce qui entraîne de nouvelles contaminations. Un diagnostic posé plus précocement permet une meilleure prise en charge thérapeutique. Il permet également d'éviter de contaminer son/sa/ses partenaires. » Mais la balle est aussi dans le camp des médecins qui restent des acteurs essentiels de la prévention : « Le dépistage est souvent mal ciblé, regrette Thierry Martin. Certaines personnes sont dépistées régulièrement, d'autres jamais. Il n'est sans doute pas nécessaire de proposer un dépistage annuel à un patient de 70 ans ! Par contre cela pourrait être davantage proposé aux jeunes femmes lors d'une consultation gynécologique. Le corps médical doit être plus proactif en proposant davantage le test aux patients. Le nouveau Plan National Sida tient compte de ce problème de dépistage mal ciblé en prévoyant de renforcer la formation des médecins, particulièrement des généralistes et des gynécologues. Il reste encore de nombreux freins aux stratégies de prévention et de réduction des risques du VIH. Le préservatif, par exemple, rebute encore de nombreuses personnes et sa bonne utilisation n'est pas toujours bien connue. Il y a encore un travail d'image et d'information à faire sur le préservatif. D'un autre côté, l'image très négative de la séropositivité, encore présente chez beaucoup de gens, est aussi un frein au dépistage. Les nombreuses discriminations dont sont encore victimes les séropositifs (homophobie, rejet dans le monde professionnel, refus de soins dans le

monde médical, discrimination lors de prise d'une assurance habitation...) effraient et peuvent aboutir à un rejet ou un report du dépistage avec de graves conséquences en terme de santé individuelle et publique. Il y a là aussi un travail d'image à faire pour déstigmatiser les séropositifs et valoriser les démarches de dépistage. »

## Démédicaliser le dépistage

On estime que 15 à 20 % des séropositifs ignorent leur état. Pour certaines personnes, faire la démarche d'un dépistage VIH peut être difficile, lorsqu'on est jeune et qu'on a accès uniquement au médecin de famille, lorsqu'on est en situation illégale ou parfois simplement parce qu'on n'a pas de médecin traitant par exemple. Or, considéré comme un acte médical, le test de dépistage ne peut être effectué que par du personnel médical. « Il faut sortir le dépistage du milieu médical et aller vers les lieux de vie, particulièrement des personnes à risque, en développant le recours au dépistage rapide. Il est aussi important de multiplier les lieux pratiquant le dépistage hors d'un contexte purement médical. » En démedicalisant le test VIH, on pourrait le dédramatiser et toucher des personnes difficilement accessibles. Des tests à faire soi-même pour dépister le virus du Sida existent déjà depuis plusieurs années aux Etats-Unis; le Royaume-Uni vient de lever l'interdiction et la France en autorisera la commercialisation dès 2014. En Belgique, ces tests ne sont pas encore enregistrés mais leur usage est à l'étude. Il s'agit d'un petit kit qui ne nécessite qu'une goutte de sang et quelques manipulations simples. Ensuite, un résultat facilement interprétable apparaît.

« Attention, prévient Thierry Martin, pour que les tests rapides soient fiables, un délai de trois mois doit s'être écoulé après la prise de risque contrairement aux tests classiques, fiables au bout de six semaines après le risque. Il faut aussi prendre certaines précautions afin que les gens ne se retrouvent pas seul face à un résultat positif. La

pratique des tests hors milieu médical doit s'accompagner de conseils et de soutien aux gens dépistés. Si le résultat s'avère positif, celui ou celle qui apprend sa séropositivité doit pouvoir être redirigé au plus vite vers le circuit médical traditionnel. Lors d'une action utilisant le test rapide, lorsqu'on annonce à quelqu'un que le résultat est positif, on organise immédiatement un rendez-vous médical et on lui propose de l'y accompagner. Nous avons créé un partenariat avec un centre de référence Sida pour assurer cette prise en charge médicale. Actuellement, ces tests ne sont pas en vente libre mais le changement de loi nécessaire à leur commercialisation est à l'étude. Des recherches sont également en cours pour un test rapide de dépistage de la syphilis. Même s'ils représentent un progrès important, ces tests ne pourront pas remplacer la prévention. »

## Qu'en conclure ?

Ces dernières années, de nombreuses avancées positives ont été réalisées dans la prise en charge médicale du VIH. Les malades vivent mieux et plus longtemps. Mais la prévention est toujours de rigueur car le nombre de malades qui s'ignorent est toujours trop important et le nombre de contaminations par le VIH ne cesse d'augmenter. Il faut sortir du piège qui oppose les deux discours : le VIH tue/le VIH n'est plus un problème grave. Il est important aussi de ne pas stigmatiser les séropositifs ni dramatiser la maladie comme on l'a fait dans les années 80' en assimilant les malades à des porteurs de mort; mais évitons de tomber dans l'excès inverse qui banalise le Sida au point d'en faire une maladie chronique simplement gênante. C'est probablement un des grands enjeux des campagnes futures de prévention et de réduction des risques liées au VIH : informer et prévenir sans effrayer ni stigmatiser, sans banaliser ni minimiser. Le Sida, ça se soigne, mais on n'en guérit toujours pas. ■

Marie-Hélène Salah



# Manger... mieux ? Un défi pour l'aide alimentaire bruxelloise

L'aide alimentaire fait partie de ces thématiques dont on ne voudrait pas avoir à parler mais sur laquelle on ne peut malheureusement pas faire l'impasse tant elle se révèle être un des paradoxes les plus interpellants des pays dits « riches ». Comment pourrait-il en être autrement alors qu'au début de cette décennie, on estimait à plus de 18 millions le nombre de personnes qui en Europe, faute de revenus suffisants, devaient être aidées pour pouvoir se nourrir ? A cette réalité, vient s'ajouter un constat non moins préoccupant puisque, loin de diminuer, leur nombre continue de croître. Pour les acteurs du secteur, l'enjeu aujourd'hui est double. Il s'agit, d'une part, de déterminer comment continuer d'aider autant de personnes alors que les ressources demeurent insuffisantes et, d'autre part, de trouver les leviers qui permettront aux groupes précarisés de la population d'avoir, eux aussi, accès à une alimentation de qualité...

**P**our les professionnels de l'aide alimentaire, qu'ils assurent la distribution de colis alimentaires ou qu'ils soient actifs dans les restaurants sociaux ou encore dans les épiceries sociales, le manque de moyens (financier, logistique, humain...) n'est pas un problème nouveau. Nous évoquions déjà cette difficulté dans un dossier précédent consacré au secteur<sup>1</sup>. A cela, s'ajoute désormais une inquiétude plus vive qui trouve son origine dans la fin du Programme européen d'aide aux plus démunis (PEAD). Comme on peut le lire sur le site de la Commission européenne, le programme européen de distribution de denrées alimentaires aux personnes les plus démunies de la Communauté « a vu le jour en décembre 1987<sup>2</sup>, date à laquelle le Conseil a adopté les règles visant à débloquer des produits agricoles placés en stocks d'intervention publique à l'intention des États membres souhaitant les utiliser au titre de l'aide alimentaire pour les personnes les plus démunies de la Communauté. Au fil des années, le programme est devenu une des plus

*importantes sources d'approvisionnement pour les organisations travaillant en contact direct avec les personnes les moins fortunées de notre société »<sup>3</sup>.*

En Belgique, les denrées communautaires sont réceptionnées par les neuf banques alimentaires qui les redistribuent à différents organismes de première ligne. Au niveau de la Banque Alimentaire Bruxelles-Brabant, elles représentent 52% de ce qui est distribué. Ce pourcentage varie selon les banques alimentaires car tout est aussi fonction des autres sources d'approvisionnement. A Bruxelles, la banque alimentaire peut s'appuyer sur des accords passés avec quelques grandes entreprises de l'agro-alimentaire et de la grande distribution. Dans d'autres régions, de tels partenariats sont parfois plus difficiles – à cause des distances – et expliquent une plus grande dépendance des banques vis-à-vis des produits européens. C'est aussi le cas pour certains CPAS pour qui ces produits européens constituent 100% de ce qu'ils distribuent.

## La BAB en chiffres

- Plus de 122.000 personnes bénéficient de l'aide alimentaire.
- A la mi-novembre, elles étaient 22.123 à Bruxelles.
- La Banque Bruxelles-Brabant asbl approvisionne en denrées diverses 117 associations réparties sur Bruxelles et les deux Brabant.

## Le PEAD est mort, vive le FEAD ?

Le PEAD mourra de sa belle mort fin 2013 pour être remplacé par le Fonds européen d'aide aux plus démunis (FEAD) dès le 1<sup>er</sup> janvier 2014. Où se situe le problème si les plus démunis continueront d'être aidés ? La principale difficulté est que les moyens alloués aux Etats membres seront désormais réduits. Le PEAD tournait autour des cinq cents millions d'euros par exercice budgétaire. Un pot commun, constitué

par les contributions des vingt-sept pays de l'UE, mis à la disposition de ceux qui en faisaient la demande. Jusqu'ici, dix-neuf pays en recevaient une part pour mener chacun leur politique nationale en la matière. Lors d'un colloque intitulé « *Droit et accès à l'alimentation : quelles stratégies d'aide alimentaire pour l'Europe demain ?* », organisé par la Fédération des Services Sociaux<sup>4</sup> (FdSS) fin 2012, les organismes du secteur n'avaient pas manqué de souligner que ce montant était déjà insuffisant ; et, au regard des besoins estimés, avaient-ils poursuivi, c'est le double de celui-ci qui serait nécessaire. Avec le FEAD, il faudra faire plus avec le même montant. En effet, on parle d'un budget de trois milliards et demi d'euros sur sept ans que devront désormais se partager, non plus dix-neuf pays, mais bien... vingt-huit. Depuis le 1<sup>er</sup> juillet, la Croatie a rejoint l'UE devenant ainsi le 28<sup>ème</sup> Etat membre. Et les nouveaux arrivants sont aussi des pays où les poches de pauvreté sont importantes. D'où pour le secteur cette interrogation : comment continuer d'offrir une aide alimentaire alors que le nombre de bénéficiaires augmente, non seulement du fait de l'arrivée de nouveaux pays, mais aussi à cause de la précarité qui touche de plus en plus de personnes dans les anciens Etats de l'Union ?

Au moment où nous écrivions ces lignes, il y avait encore peu de certitudes sur ce qui allait advenir au niveau européen pour lever les inquiétudes du secteur. Certes, l'aide aux plus démunis se poursuivra, mais avec des changements importants qui impacteront forcément les montants d'aide déjà attribués. Il se murmure que, pour la Belgique, ce serait entre un quart et un tiers en moins. Pourtant, « *moins douloureux, dit-on encore, par rapport à d'autres pays comme la France qui risque de se voir privée de la moitié de ce qu'elle recevait...* » Ces bruits de couloirs se vérifieront-ils ? Chez nous, les acteurs restent dans l'expectative. Du côté de

la Banque Alimentaire de Bruxelles-Brabant (BAB), on croise les doigts pour que la diminution attendue n'aille pas au-delà des 40%. Harry Gschwindt, administrateur et porte-parole de la BAB : « *Avec 60% du montant alloué dans le cadre du FEAD, nous pourrions encore arriver à nous en sortir...* ». Même si dans le secteur ils sont nombreux à saluer le nouveau programme parce qu'il fallait bien s'adapter aux nouvelles réalités européennes<sup>5</sup>, il reste néanmoins difficile de croire les discours qui parlent d'une Europe plus sociale : avec des associations d'aide aux plus démunis qui vont devoir se débrouiller davantage dans un contexte économique plus difficile ?

### La débrouille... et l'inventivité

Si les décisions à venir sont attendues avec une certaine appréhension, les acteurs sociaux veulent tout de même rester optimistes. Essentiellement, parce qu'il semblerait que 80% du FEAD seront quand même destinés à l'aide alimentaire ; contrairement à ce qu'on avait laissé entendre au début des pourparlers européens. Les 20% restants seraient destinés à l'aide matérielle (vestimentaire, ameublement, etc.) et, particulièrement, aux publics plus vulnérables tels que les enfants et les personnes âgées ainsi que le souhaite la Commission européenne. Rien n'interdit, explique Harry Gschwindt, que le soutien à ces deux groupes prenne la forme d'une aide alimentaire : « *On pourrait cibler une nourriture particulière. Tels que des petits pots pour bébés qui seraient composés de produits sains et vitaminés. Ils seraient non seulement très utiles pour les très jeunes enfants, mais également pour les personnes âgées qui n'ont plus toutes leurs dents et qui, faute de moyens, ne peuvent pas se les faire remplacer. On sait aussi qu'elles ont souvent des carences...* ».

Il apparaît qu'il faut pouvoir répondre aux besoins de publics différents tout en faisant montre de créativité. Et au niveau des banques alimentaires, on n'en manque pas puisque, au fur et à mesure, des accords sont en train d'être conclus pour compenser la perte des stocks européens. Les derniers stocks sont actuellement en cours de livraison et l'objectif, nous confie-t-on à la BAB, est de tenir le plus longtemps possible : au moins jusqu'au début du printemps ou de l'été prochain. Mais déjà, grâce à certains accords négociés, la banque va pouvoir continuer d'approvisionner les autres organismes en certains produits de base : notamment, en sucre (cinquante tonnes par an garanties par Tirlemont), en céréales pour les petits déjeuners (Kellogg's, Royaume-Uni), en produits non alimentaires tels que de la poudre à lessiver, des rasoirs jetables, du dentifrice Oral-B, etc. (trois cents palettes garanties par Procter & Gamble). Mais aussi, en couches pour bébés qui coûtent chers et que de nombreuses mamans seront heureuses de recevoir pour soulager leur budget. Parallèlement à cela, il faut souligner les partenariats – plus anciens ou en cours de négociation – avec les enseignes de la grande distribution (Delhaize, Colruyt, Carrefour, Aldi, Lidl...). La campagne de collecte auprès du grand public, qui a lieu à la mi-octobre, a permis de récolter dernièrement plus de six cent quatre-vingt mille euros au niveau national qui permettront aux banques alimentaires d'acquérir près de trois cent cinquante tonnes de denrées diverses de première nécessité auprès de l'enseigne au lion<sup>6</sup>. On peut aussi citer des actions telles que « *Un café pour tous* » de Douwe Egberts<sup>7</sup>. L'année passée, cette campagne a permis de recevoir quarante-quatre tonnes de café, soit l'équivalent de huit millions de tasses offertes. Cette année, le pari est d'atteindre dix millions fin décembre.



## Et la qualité ?

Certes la question de la qualité est importante, mais de quels critères de qualité veut-on parler ? Est-ce de l'alimentation bio, des dates limite de consommation des denrées, des aliments frais tels que les fruits et légumes... ? Magali Jacobs, diététicienne<sup>8</sup> : « Généralement, c'est de qualité nutritionnelle dont il est question ; c'est le fait de pouvoir manger équilibré, d'avoir une alimentation qui couvre les besoins en calories, en vitamines et en minéraux. Il existe à cet égard des recommandations émises par les autorités, internationales et nationales, de santé. On peut aussi souligner le rôle des micronutriments tels que les polyphénols que l'on retrouve dans les fruits et légumes colorés, le cacao, le café ou le vin rouge. Mais ceux-là sont difficilement mesurables. On sait par contre, indépendamment de l'apport en vitamines et minéraux, que les gens qui ne mangent pas du tout des fruits et légumes mais qui, par exemple, vont prendre des compléments, seront en moins bonne santé. Parce que les apports en antioxydants protègent quand même de maladies telles que le cancer, etc. La consommation de légumes a vraiment un effet protecteur démontré au niveau de la santé... »

Quant au bio, il n'est pas du tout indispensable pour être en bonne santé, indique la diététicienne : « Ce qui est bien avec l'agriculture biologique, c'est toute cette politique écologique qui la sous-tend.

On reproche aux aliments traditionnels de contenir des traces de produits chimiques. Mais des mesures ont été prises comme l'interdiction d'utiliser des pesticides et insecticides avant les récoltes et des seuils ont été déterminés. Tout ça est quand même contrôlé par les autorités fédérales... On ne doit pas se faire de souci pour sa santé, si on ne mange pas bio. Il faut juste veiller à bien laver ses fruits et légumes pour éliminer des résidus éventuels. Cela me semble simplement relever du bon sens. Parce que les fruits et légumes bio, il faut également les laver, car ils peuvent encore avoir un peu de terre... et d'autres choses. »

Au niveau de la BAB, on essaye de tenir compte de la qualité nutritionnelle des aliments... dans la mesure du possible. Harry Gschwindt : « Mais, ce n'est pas vraiment notre rôle de nourrir de la manière la plus saine les personnes démunies, car nous n'achetons pas les denrées : nous les recevons. Par conséquent, nous n'avons pas vraiment de contrôle là-dessus. Notre objectif est de soulager le budget de ménage des personnes démunies, pour qu'elles n'aient plus à acheter les produits que nous donnons. Nous nous assurons par contre que les aliments sont parfaitement consommables. Nous ne sommes pas là pour leur délivrer des produits avariés, ce qui par ailleurs ne serait pas permis par l'AFSCA. Mais surtout, nous ne voulons aucunement aggraver leur situation, voilà pourquoi la qualité de nos produits doit

être irréprochable. Cela leur permet-il de faire des repas équilibrés ? C'est difficile s'ils n'ont que des pâtes ou s'ils font des repas sans viande ou sans légumes ; nous ne pouvons pas garantir l'usage qu'ils font de nos produits. » La qualité nutritionnelle des aliments est un problème que nous avons eu l'occasion d'évoquer dans le précédent dossier. C'était déjà une préoccupation de la Fédération des Services Sociaux (FdSS) dont les recommandations ont été entendues au niveau européen. Un travail remarquable et apprécié par les professionnels du secteur. Sabine Fronville, Coordinatrice de l'épicerie sociale Amphora asbl (Molenbeek-Saint-Jean) : « Les produits ont été améliorés. Et maintenant que nous recevons justement de bons produits depuis une année, nous nous acheminons malheureusement vers la fin du PEAD... »

## Sur le terrain

La question de la qualité nutritionnelle est également au cœur des pratiques quotidiennes de bon nombre d'associations. Chez ces acteurs, elle est différemment travaillée. Dans le cadre de ce dossier, il aurait été intéressant d'aller voir ce qu'il en était dans les trois filières (colis alimentaires, restaurants sociaux et épiceries sociales). Nous avons fait le choix de nous pencher plus particulièrement sur les épiceries sociales qui, pour beaucoup de professionnels, semble être ce vers quoi devraient tendre l'aide alimentaire... moderne. C'est ce qui semble aussi transparaître dans un livre sur l'aide alimentaire publié à la suite d'une recherche-action menée à l'initiative de la FdSS : « Les épiceries sociales sont plus rares à Bruxelles. Elles sont pourtant extrêmement valorisées dans les discours parce qu'elles s'apparentent davantage à la consommation "classique". En effet, l'avantage le plus précieux de cette forme d'aide est qu'elle offre plus de possibilités de choix aux usagers dans leurs achats. De là à considérer qu'elle serait plus favorable à leur autonomisation et donc

plus respectueuse de leur dignité, il n'y a qu'un pas (ou un raccourci ?) que nous nous garderons de franchir ici, tout en regrettant que cette alternative ne soit pas plus répandue. »<sup>9</sup>

La possibilité de choisir ses denrées à un moindre coût est ce qui a incité la commune de **Molenbeek-Saint-Jean à créer une épicerie sociale en 2008**. L'**asbl Amphora** a principalement été conçue pour venir en aide aux personnes endettées de la commune. Sabine Fronville : « J'ai été engagée pour mettre en place l'épicerie sociale. L'enquête que j'ai menée avant de démarrer ce projet a confirmé que le niveau de précarité au sein de la commune était très élevé ; les colis alimentaires et les restaurants sociaux n'étaient pas suffisants. Les assistants sociaux du CPAS que j'ai consultés étaient confrontés à des personnes endettées qui avaient du mal à comprendre la gestion d'un budget. Ils avaient beaucoup de mal à les suivre parce qu'elles venaient uniquement quand elles avaient des problèmes d'argent (de grosses factures d'énergie, de téléphones, etc.). La création d'une épicerie semblait constituer en ce sens une alternative intéressante. Les personnes pourraient y acheter les produits de 10 à 60% de leur valeur marchande. En y faisant leurs courses une fois par semaine, elles pourraient de cette manière réaliser une économie d'au moins 40% sur leur budget mensuel ; un gain qui leur permettrait de payer leurs factures à la fin du mois. » Les « clients », comme on tient à les appeler à Amphora, sont orientés là par les assistants sociaux ou les médiateurs de dettes qui gèrent leur dossier. La fréquentation de l'épicerie sociale est limitée à deux fois six mois, avec une évaluation de la situation financière au terme des six premiers mois. L'évaluation déterminera la poursuite ou non de l'aide. Mais, reconnaît-on à Molenbeek, il y a des gens qui ont des plans de paiement qui s'étalent sur plusieurs années, de graves problèmes de santé ou qui sont dans des situations inextricables<sup>10</sup> pour lesquels la fréquentation de l'épicerie ne sera pas d'une grande aide...

Ce qu'on offre en plus à Amphora, ce sont des informations et des ateliers pédagogiques. Une grande partie de ceux-ci sont consacrés à la guidance budgétaire où l'une des méthodes les plus utilisées est le « co-constructivisme ». Sabine Fronville : « Généralement, l'animateur démarre avec la question "Pourquoi n'ai-je pas payé mes factures ?" Il part des réalités des participants pour susciter un échange et ils co-construisent des solutions communes. Tout cela dans le respect des valeurs et du comportement de chacun. Ces ateliers marchent bien et sont hebdomadaires. D'autres ateliers sont organisés en fonction des demandes des participants. Certains traitent de l'alimentation et de la consommation, mais ils sont moins réguliers. Ils sont intéressants, mais nous n'avons pas de budget pour les animer ; c'est une de nos bénévoles qui s'en occupe, et elle le fait d'ailleurs très bien. » Les aspects qualitatifs et nutritionnels abordés dans le cadre de ces rencontres-là sont difficiles à résoudre à plus d'un titre comme l'explique la coordinatrice : « Je pense par exemple aux collations, et plus particulièrement aux gaufres au sucre que beaucoup de mamans achètent dans les commerces. Je ne dis pas que les gaufres sont mauvaises ou qu'on ne devrait pas en manger. Mais là, de nombreux enfants en mangent, régulièrement, à leur goûter. Et elles sont accompagnées de jus de fruit alors qu'ils en ont déjà bu toute la journée. Ou de lait entier alors qu'ils ont déjà 10 ans !... Dans les collations, plus on les paye cher, meilleures elles sont souvent au niveau nutritionnel. Pour accueillir un grand nombre de familles, nous sommes obligés d'acheter des produits qui ne sont pas chers... Ici, les mères de famille peuvent acquérir des petits fromages frais. C'est peut-être très bien, mais le problème est que la moitié d'entre elles y rajoutent du sucre. Le but est-il atteint ? Ne dit-on pas que le chemin de l'enfer est pavé de bonnes intentions ? Quand on est dans une volonté de maîtrise de la nutrition des gens, on atteint rarement le but. Nous essayons donc de faire un

accompagnement, mais ce n'est vraiment pas évident. »

## Sur les rayons et dans les frigos

Qu'est-ce que les clients peuvent acheter dans l'épicerie molenbeekoise ? Essentiellement des produits de base (céréales, lait, etc.) et tous sont pratiquement achetés par Amphora : « Auprès de Colruyt. Nous acquérons généralement les meilleurs prix chez ce distributeur. Sa gamme de base est moins chère. » Seule une petite fraction de produits proposés sont reçus. L'épicerie ne propose pas de produits frais parce qu'ils sont plus difficiles à gérer. Mais, c'est aussi dû, en grande partie, à certains accords incluant des clauses de non concurrence avec les commerçants alentour ; des marchands qui vendent souvent des fruits et légumes frais. Sans parler du marché de Molenbeek qui, paraît-il, est très étendu et un des moins chers de la Capitale. Sabine Fronville : « Nos clients peuvent fréquenter l'épicerie pendant une période limitée. Passé ce temps, ils se retrouvent dans le circuit classique et sont donc de nouveau confrontés à des prix réels. Le but ici n'est pas de les extraire de leurs habitudes. Nous préférons qu'ils continuent à circuler au niveau économique dans leur quartier. Nous ne pouvons, nous ici, nous comporter de façon à ce qu'ils ne circulent plus dans les épiceries locales. » Ceci explique que l'épicerie sociale ne propose finalement que quelques aliments surgelés qui tournent sur l'année : cinq types de légumes, mais un seul de poisson.

Au moment où vous lirez ces lignes, le **CPAS de Berchem-Sainte-Agathe aura certainement ouvert son épicerie sociale... durable** grâce à un soutien important de la Loterie Nationale. Un projet qui fait sa fierté et qui aura trouvé son aboutissement avec l'ouverture des portes à la mi-décembre. Jean-François Culot, Président du CPAS : « L'épicerie sociale est une des réponses que nous apportons face au

problème de la pauvreté rampante. Nous ne sommes pas les plus à plaindre au regard de la socio-démographie de la région, mais nous observons aussi une augmentation de la pauvreté au sein de la population berchemoise<sup>11</sup>. Nous sommes confrontés à différentes facettes de la pauvreté ; l'isolement des gens par exemple, notamment celui des personnes âgées, traduit aussi une forme de pauvreté... Nous avons déjà les colis alimentaires, mais il nous est apparu nécessaire et urgent d'augmenter le nombre de dispositifs existants. Et l'épicerie est quelque chose de plus ouvert qui permettra également de faire de l'intégration sociale tout en tenant compte de l'environnement actuel. » A Bruxelles, ce sera, en termes de statut, la première épicerie sociale à être impulsée par un CPAS. Un choix qui, n'est peut-être pas facile, mais parfaitement assumé comme l'explique Jean-François Culot : « Parce que je défends l'idée comme président que les CPAS sont aussi des centres publics d'action sociale ! C'est-à-dire que, au-delà de l'aide sociale, les CPAS ont aussi un rôle à jouer comme promoteurs d'actions sociales. »

Le projet berchemois est intéressant parce qu'il a été créé à travers plusieurs axes (participatif, santé, alimentation durable...).

Véronique Slegten, Coordinatrice de l'Agenda 21 : « Notre vision du développement durable, en tant que CPAS, qui coordonne déjà l'action sociale au sein de la commune, est d'y ajouter une réflexion environnementale et d'impliquer les usagers, les associations, les citoyens, les travailleurs communaux, etc., dans la démarche de tout le projet. »

Sébastien Van Daele, Coordinateur de l'épicerie sociale : « Avec ma collègue de l'Agenda 21, nous avons réussi à avoir un subside de l'IBGE pour mettre en place l'épicerie de manière participative et durable. Pourquoi participative ? Pour connaître l'avis des usagers sur le projet et les produits qu'ils souhaitaient retrouver dans l'épicerie. Nous avons travaillé



Divers ateliers cuisine ont été mis sur pied.

Photo © CPAS Berchem-Sainte-Agathe

avec un échantillon d'usagers, dont des bénéficiaires de colis. Nous avons réalisé sept ateliers dont un organisé autour d'un petit-déjeuner pour lancer le projet. Un atelier diététique a été réalisé en collaboration avec la Coordination Sociale de Berchem-Sainte-Agathe et trois ateliers cuisine, en collaboration avec la maison médicale Kattebroek, où nous avons fait une sensibilisation à l'alimentation durable. Nous avons également organisé un atelier sur la fabrication de produits d'entretien écologiques en collaboration avec la Croix-Rouge d'Auderghem<sup>12</sup>. »

Le but étant, à terme, de proposer dans l'épicerie du vinaigre, du bicarbonate de soude, des cristaux de soude..., qui sont les ingrédients de base pour réaliser soi-même ses produits d'entretien. « De cette manière, on a des produits qui sont écologiques et peu coûteux. Dans un premier temps, les deux alternatives seront proposées. Les produits déjà prêts à l'utilisation, en grande partie de la marque Ecover – grâce à un partenariat avec "Goods to Give", une association de mécènes qui récupère des invendus auprès de grandes sociétés – et les ingrédients pour en fabriquer soi-même. Avec les participants, nous avons aussi été visiter

la ferme urbaine de l'association Le Début des Haricots à Neder-Over-Hembeek. Le but étant que les usagers puissent se familiariser avec les méthodes de maraîchage en ville. L'objectif de notre projet est d'être auto-suffisant à terme, de travailler en circuit fermé. C'est-à-dire : pouvoir proposer à nos usagers, nos propres légumes cultivés, sur les terres berchemoises, par des personnes mises au travail dans le cadre d'un travail de réinsertion professionnelle. »

La fin des ateliers a permis de publier un « Vade-mecum – Épicerie sociale durable » qui est mis à la disposition de tous ceux qui seraient tentés de se lancer dans une expérience similaire. D'autres CPAS ou communes, nous a-t-on confié sur place, ont déjà manifesté leur intérêt. Le document reprend quelques recettes<sup>13</sup> réalisées au cours des ateliers culinaires et deux d'entre elles, paraît-il, la « Confiture de pommes de terre à la vanille et à la cannelle » et les « Boulettes de lentilles corail, sauce yaourt et menthe », valent le détour. L'épicerie proposera, entre autres, des légumineuses qui constituent une bonne alternative à la viande.



Photo © CPAS Berchem-Sainte-Agathe

Comme à Amphora, ce dernier aliment ne sera pas proposé en magasin à cause de la difficulté à le conserver ; on n'exclut cependant pas la possibilité de pouvoir en vendre un jour... Pour les fruits et légumes, en attendant d'en produire localement, il faudra les acheter. Sébastien Van Daele : « Pour l'instant, nous avons des partenariats. Nous sommes en pourparlers avec le marché matinal de Bruxelles (Mabru) pour récupérer un certain nombre de fruits et légumes. » C'est aussi le cas avec une association locale pour pouvoir créer un four à pain. Grâce à ce partenariat, le CPAS espère aussi pouvoir donner à ses usagers l'occasion d'acheter de bons pains et croissants. La volonté manifeste est de proposer, dans la mesure du possible, des aliments sains et de favoriser les comportements qui privilégient une alimentation équilibrée. Une enquête a d'ailleurs été menée auprès d'un échantillon d'usagers et les résultats relatifs à leur alimentation ont, en un sens, agréablement surpris. En matière d'achat de légumes frais, on a ainsi appris que « la grande majorité des personnes questionnées (78,6%) achètent leurs légumes frais, soit au supermarché, soit au marché. C'est la



Photo © CPAS Berchem-Sainte-Agathe

saison et le prix qui déterminent le plus le choix des légumes. »<sup>14</sup> « Ce qui veut dire, indique Véronique Slegten, que les repas à la maison contiennent souvent des légumes. Cependant, de nombreux parents, au cours des ateliers cuisine, étaient vraiment préoccupés par le fait que leurs enfants aimaient bien manger à l'extérieur... » Inquiétant ? Oui, quand on sait qu'il s'agit de « dürüms »<sup>15</sup> et que beaucoup d'adolescents en consomment jusqu'à trois à quatre fois par semaine. Il y a là vraisemblablement un travail en profondeur à réaliser. Reste à savoir par qui.

### Du caritatif au travail social

Si la qualité est de plus en plus souvent ressentie comme une dimension que l'on ne peut plus ignorer dans les pratiques d'aide alimentaire, l'approvisionnement reste cependant au cœur des préoccupations des associations. Ces questions sont essentiellement débattues par elles au sein de la « Concertation Aide

Les  
Boulettes de lentilles  
corail, sauce yaourt et menthe  
valent le détour.

Alimentaire » qui est coordonnée par la Fédération des Services Sociaux. Déborah Myaux, Coordinatrice de la Concertation : « Les services sociaux membres de la fédération passent beaucoup de temps à chercher l'alimentation. C'est autant de temps qu'ils ne passent pas à faire de l'accompagnement social et à veiller à l'accueil. En réalité, la qualité de l'approvisionnement a un impact sur la qualité du travail social et de l'accueil qui sont effectués auprès des bénéficiaires. Voilà pourquoi nous travaillons sur la question d'un approvisionnement stable en produits de qualité depuis deux ans. Ce n'est qu'à cette condition-là que l'aide alimentaire a du sens, que nous pouvons l'élever à quelque chose qui soit intéressant. »

Il faut rappeler que le secteur est composé de nombreuses associations privées (d'inspiration religieuse ou pas) et d'organismes publics tels que les CPAS comme illustré plus haut. Et que le travail qui y est réalisé repose à 70% sur des bénévoles. Si ce chiffre témoigne



Nous sommes en pourparlers avec le marché matinal de Bruxelles (Mabru) pour récupérer un certain nombre de fruits et légumes.



aussi à sa manière que l'engagement désintéressé demeure prégnant dans notre société, il n'en résulte pas moins que des difficultés n'ont pas manqué de surgir... Deborah Myaux : « La Concertation Aide Alimentaire a été créée en 2006 pour coordonner et professionnaliser le secteur. Nous nous sommes rendu compte, à la suite d'une étude, que les associations se sentaient très seules dans leur travail et qu'elles n'avaient aucun appui alors qu'elles sont confrontées à des publics qui sont particulièrement fragilisés et qui ont besoin d'un accompagnement spécifique. La concertation a été mise en place pour soutenir ce secteur et former les bénévoles qui ne sont pas des professionnels du travail social. Ils n'ont pas toujours les repères ou les références sur la manière d'aborder le public : ils ne connaissent pas les principes déontologiques à appliquer quand on travaille avec des personnes précarisées

comme le secret professionnel, la non-discrimination, etc. Au cours du temps, il est devenu évident que la professionnalisation du secteur était nécessaire et qu'il n'était plus possible de se limiter à faire du caritatif comme on le faisait depuis des décennies. » Diverses formations (d'accueil et d'écoute, sur les règles d'hygiène et de sécurité de la chaîne alimentaire, de réorientation des bénéficiaires, etc.) et une charte reprenant les principes de base d'une action sociale sont deux exemples, parmi d'autres, qui témoignent de cet effort de faire de l'aide alimentaire autrement.

### Garder un œil sur la situation

Manger mieux est une préoccupation légitime, et qui est dans l'air du temps.

Mais dans le secteur de l'aide alimentaire, six ans après que nous lui ayons consacré un premier dossier, il faut bien se rendre à l'évidence : l'équation principale pour la grande majorité des acteurs se résume tout simplement encore à pouvoir aider les gens à se nourrir, point. Et, face à cette urgence, on ne peut ignorer que les avis sur les priorités divergent. Mais être actif aujourd'hui dans le secteur ne peut uniquement se limiter à donner de quoi manger. La réflexion sur la qualité, même si elle peut être considérée comme un « luxe », demeure importante à faire. Car l'alimentation des personnes précarisées a aussi un impact sur leur santé accentuant par là les inégalités dont elles sont déjà frappées. Il reste cependant vrai que le nœud du problème est la précarité qui, hélas, continue de croître. Et tant que tous ceux qui ont la possibilité de la combattre ne



prendront pas les mesures courageuses nécessaires, elle continuera à faire des ravages. Autrement, il faut craindre que l'inventivité des acteurs ne suffise plus pour recoller les morceaux. ■

*Anoutcha Lualaba Lekede*

- 1 Le nouveau visage de l'aide alimentaire, dans « Bruxelles Santé » n° 47, juillet-août-septembre 2007, asbl Question Santé, pp. 9-16.
- 2 Cette année-là, avec un hiver particulièrement glacial, les Etats membres se retrouvent quelque peu dépourvus face à la réapparition de la pauvreté alimentaire. Décision est donc prise d'utiliser les excédents alimentaires de la CEE... Pour en savoir plus, on peut se référer au dossier : Aide alimentaire – Stop ou encore ?, ... bis n° 168, CBCS, novembre 2012.
- 3 De la nourriture gratuite pour les Européens les plus démunis, <http://ec.europa.eu>
- 4 Anciennement connue sous l'appellation de « Fédération des Centres de Service Social Bicommunautaires » (FCSSB).
- 5 La disparition progressive des stocks agricoles ou surplus communautaires a eu pour conséquence d'acheter de plus en plus souvent les denrées alimentaires sur les marchés. Dès lors, il était devenu incohérent de continuer à utiliser des fonds de la Politique Agricole commune (PAC)... Pour en savoir plus, on peut se référer au dossier : Aide alimentaire – Stop ou encore ?, ... bis n° 168, CBCS, novembre 2012.
- 6 Ce montant se traduit en bons de tirage auprès de ce fournisseur qui permettront de produire dix-neuf types de produits différents pour les banques alimentaires (environ une centaine de palettes). Des campagnes de ce type sont aussi réalisées auprès des autres supermarchés et s'étalent dans l'année. Les campagnes de collecte auprès de Colruyt rapportent à l'échelle nationale entre deux cent cinquante mille et deux cent quatre-vingt mille euros chaque année. Les sommes récoltées sont réparties entre les différentes banques en tenant, entre autres, compte du pourcentage de personnes démunies dans la région où elles se trouvent. Pour la BAB, c'est environ 18,7%.
- 7 Pour chaque paquet de café vendu en décembre, la marque fait don de deux tasses de café aux banques. Depuis le début de l'initiative, il y a onze ans de ça, cinq cents tonnes de café ont déjà été distribuées, soit l'équivalent de cent millions de tasses de café, [www.douwe-egberts.be](http://www.douwe-egberts.be)

- 8 Enseignante – Département diététique de la Haute Ecole Léonard De Vinci – Institut Paul Lambin.
- 9 Hugues-Olivier Hubert et Céline Nieuwenhuys, L'aide alimentaire au cœur des inégalités, coll. Logiques sociales, L'Harmattan, Paris, 2009, p. 36.
- 10 Par exemple, une mère seule avec plusieurs enfants, sans travail, sans qualification et parlant mal le français...
- 11 A Berchem, plus de sept cent cinquante personnes sont d'une manière ou d'une autre aidées par le CPAS. Et environ quatre cents

d'entre elles reçoivent des colis alimentaires.

- 12 Bruxelles Santé n° 66, avril-mai-juin 2012, asbl Question Santé, pp. 16-17.
- 13 Réalisées par une coach en alimentation durable. Le vademecum est disponible sur [www.cpasberchem.irisnet.be/fr/epicerie-sociale](http://www.cpasberchem.irisnet.be/fr/epicerie-sociale)
- 14 Résultats de l'enquête auprès des usagers du département des affaires sociales – CPAS de Berchem-Sainte-Agathe.
- 15 Galettes de pain turques enroulées contenant de la viande, de la sauce, des frites et des crudités.



Photo © CPAS Berchem-Sainte-Agathe

# La 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat et les transferts de compétences d'allocations familiales

L'« accord papillon » de décembre 2011 organise pour la première fois le transfert de certains aspects de la santé, les citoyens, les institutions, les associations, les travailleurs du secteur et des administrateurs.

**L**e 19 septembre dernier, les présidents des quatre partis francophones soutenant la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat ont présenté le projet d'organisation en Wallonie et à Bruxelles des nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales.

A la lecture de ce projet commun, il semble convenu que toutes les compétences liées à la santé (sauf la médecine préventive pour les enfants et les hôpitaux universitaires) ainsi que les matières relevant de l'aide aux personnes, y compris celles qui avaient déjà été transférées dans le passé, seraient confiées à la Région wallonne et, dans un premier temps à la Commission communautaire francophone (COCOF) puis dans un second temps à la Commission communautaire commune (COCOM), gérées paritairement par les francophones et les néerlandophones de Bruxelles. Cet accord réaffirme avec force la solidarité Wallonie-Bruxelles et insiste sur la nécessité de maintenir et renforcer les liens privilégiés entre les deux régions à travers un socle de principes communs, une structure permanente de concertation et un pacte de simplification entre la COCOF et la Région wallonne élargi à la COCOM.

Si ce projet apporte donc déjà certains éléments de réponse, il soulève également de nombreuses questions. Pour essayer d'y voir plus clair, nous avons interrogé les cinq groupes politiques représentés au Parlement francophone bruxellois. Catherine Moureaux, Michel Colson, Magali Plovie, Gaëtan Van Goidsenhoven et Joël Riguelle nous ont répondu et nous les remercions pour leur collaboration.

Marie-Hélène Salah

Catherine Moureaux,  
députée PS au Parlement  
francophone bruxellois



*Le transfert des compétences de santé à la COCOF puis à la COCOM peut être une opportunité pour les élus bruxellois de développer des politiques de santé adaptées aux besoins de Bruxelles et de ses habitants. Quelle est votre vision d'une politique de santé pour la Région bruxelloise ? Quels en sont les priorités et les grands défis ?*

Nous avons globalement en Belgique un système de santé excellent. Mais Bruxelles se caractérise par une population plus cosmopolite et plus dualisée que les autres grandes villes. La problématique du report de soins pour raisons financières y est plus importante qu'ailleurs : à Bruxelles, 26% des ménages déclaraient en 2008 avoir dû reporter des soins par manque d'argent, contre une moyenne de 14% pour toute la Belgique. Cette tendance semble s'aggraver aujourd'hui, accompagnant une paupérisation croissante d'une partie de la population, et ce malgré toutes les mesures mises en place depuis que Laurette Onkelinx dirige le Ministère de la Santé (BIM, Omnio, MAF, transparence des factures...). Dans ce

contexte, préserver les missions sociales des institutions de soins et déployer toujours davantage une première ligne de qualité sont des priorités.

En effet, s'il n'est plus à démontrer qu'un système de santé basé sur la première ligne plutôt que sur l'hôpital est bien plus efficace tant en terme de santé qu'en terme d'efficience, force est de constater qu'effectuer la révolution culturelle qu'un tel constat appelle n'est pas facile. Soutenir et valoriser la première ligne de soins et singulièrement des offres «complètes», comme les maisons médicales, doit permettre de redonner envie à nos étudiants en médecine de se tourner vers la médecine générale. Trouver des réponses innovantes au problème de la garde de nuit devrait éviter, à l'autre bout de la chaîne, que lesdits médecins généralistes ne se détournent tôt ou tard de la pratique qu'ils ont choisie.

Pour ce problème en particulier le fait de décider entre Bruxellois est particulièrement pertinent puisqu'il est évident que la problématique ne peut pas être abordée de la même façon dans les grandes villes qu'à la campagne. D'autre part, à nouveau parce que nous sommes une grande ville, la problématique du choix entre maintien à domicile et placement pour les personnes âgées amène d'autres réponses qu'en ruralité. Bruxelles vit un papy-boom sans précédent et si des maisons de repos doivent être ouvertes, là aussi, le soutien à la première ligne de soins, élargie aux aidants proches, doit être une priorité.

*Cette première étape de régionalisation de la sécurité sociale ne remet-elle pas en question un des fondements du modèle bismarckien à l'origine de notre sécurité sociale – les prestations sont la contrepartie des cotisations – puisque*

# ences en matière de santé, d'aide aux personnes et

ts de la sécurité sociale vers les entités fédérées. Cette réforme aura un impact sur tout le secteur trations concernées et enfin, sur le système de santé lui-même.

*les prestations afférentes aux matières transférées seront financées par une enveloppe budgétaire provenant du niveau fédéral calculée selon des clés démographiques et non plus par les cotisations directes des travailleurs ?*

Aujourd'hui au niveau fédéral, il existe déjà un financement alternatif de la Sécurité sociale, qui prend de l'ampleur. Vu le rapport de forces existant actuellement dans les pays occidentaux entre capital et travail et l'incapacité à penser et organiser un nouveau modèle de marché du travail face au défi de l'espérance de vie prolongée, la question de la distinction des modèles bismarckien et beveridgien tend à s'effacer. Cependant des balises importantes persistent pour le financement des soins de santé : la norme de croissance imposée et défendue par les socialistes depuis des années- au fédéral d'une part et la gestion paritaire maintenue à tous les niveaux d'autre part. Ce sont des barrages qui préservent la solidarité, il nous faut les préserver.

*Ce projet mentionne l'implication des interlocuteurs sociaux, des acteurs et des usagers. Comment et dans quelle mesure le secteur non-marchand très actif dans le domaine de la santé serait-il impliqué ? Et les usagers ?*

Bien sûr, il faudra être imaginatifs. En effet, chacun des secteurs concernés a son histoire et les acteurs vivent des attentes ainsi qu'une organisation très différentes. Pensons aux associations actives en santé mentale. Rien à voir avec un regroupement national, voire international, de maisons de repos privées... Cependant, un acteur sera incontournable et il faudra lui faire la place qu'il mérite : ce sont les mutuelles. Mais

notons qu'à l'heure de rédiger ces lignes il est trop tôt pour s'avancer précisément sur les mécanismes à retenir. Aujourd'hui, les partis francophones signataires de l'accord institutionnel font front pour présenter un projet aux Bruxellois néerlandophones, et la gestion paritaire a été retenue. Demain, les clivages gauche-droite entre ces partis s'exprimeront à nouveau pleinement. Il faudra alors se souvenir que tous les acteurs ne parlent pas au nom de l'intérêt du plus grand nombre...

*Ce projet implique une transformation profonde de la COCOM et de son administration ainsi que la création ex nihilo d'un OIP. Quelles en seront les modalités, les délais, les conséquences pour le personnel des administrations concernées, pour les travailleurs et les associations du secteur ? Comment sera gérée la phase de transition ?*

On vient d'une situation à trois administrations très différentes les unes des autres. L'une, la fédérale, est bien dotée en personnel, les deux autres, COCOF et COCOM, sont moins bien loties de ce point de vue. La nouvelle répartition des compétences se fera avec un réassortiment de ces personnels. Un enjeu se révèle crucial : il nous faudra si possible choisir les fonctionnaires du fédéral qui rejoindront l'administration de la COCOM. Mais attirer du fédéral de bons voire les meilleurs éléments ne se fera pas sans mal. C'est qu'aujourd'hui beaucoup de ces fonctionnaires sont néerlandophones ! Pour les attirer à Bruxelles, il n'y a qu'une solution : il faut leur proposer les meilleures conditions de travail. Enfin, comme vous le pointez, dans cette problématique, la difficulté principale réside dans le calendrier. Tout devra être prêt pour le 31 décembre 2015!

**Michel Colson, député FDF au Parlement francophone bruxellois**



*Le transfert des compétences de santé à la COCOF puis à la COCOM peut être une opportunité pour les élus bruxellois de développer des politiques de santé adaptées aux besoins de Bruxelles et de ses habitants. Quelle est votre vision d'une politique de santé pour la Région bruxelloise ? Quels en sont les priorités et les grands défis ?*

Le projet commun d'organisation de nouvelles compétences en matière de santé, d'aide aux personnes et d'allocations familiales n'est pas le fruit d'un consensus puisqu'il a été élaboré par les 4 partis francophones, PS-MR-Ecolo-cdH, qui soutiennent la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat. Les FDF présents dans trois parlements (fédéral, Fédération Wallonie-Bruxelles et régional bruxellois), refusent cette réforme qui constitue une véritable fuite en avant. Les Francophones vont tôt ou tard payer les pots cassés... Nous ne pensons pas que le projet commun réaffirme suffisamment avec force la solidarité Wallonie-Bruxelles. Pour les FDF, le transfert de compétences de santé à la COCOF puis à la COCOM n'est absolument pas une opportunité pour les Bruxellois. Que du contraire.

Un des rares signaux envoyés par la majorité Olivier afin de développer une politique cohérente social-santé a été l'adoption du décret dit « ambulatoire ». Voté en 2009, je constate que l'élaboration d'une véritable programmation est lente et laborieuse. On attend toujours le deuxième volet d'une étude préparatoire... Dès lors, les transferts de compétences supplémentaires vont obliger la future majorité à s'investir dans la plomberie institutionnelle pendant plusieurs années. Un temps qui, de facto, ne sera forcément pas consacré aux grands défis : boom démographique, lutte contre la pauvreté, impact sur la santé des Bruxellois, politique intégrée à l'égard des personnes âgées pour anticiper le papy et mamy boom.

*Cette première étape de régionalisation de la sécurité sociale ne remet-elle pas en question un des fondements du modèle bismarckien à l'origine de notre sécurité sociale –les prestations sont la contrepartie des cotisations- puisque les prestations afférentes aux matières transférées seront financées par une enveloppe budgétaire provenant du niveau fédéral calculée selon des clés démographiques et non plus par les cotisations directes des travailleurs ?*

Poser la question, c'est y répondre. Rappelons que le modèle bismarckien repose sur une assurance obligatoire qui vise à garantir un standard de vie, financé par des cotisations liées au travail, géré avec les partenaires sociaux et garantissant le choix du prestataire. La 6<sup>ème</sup> réforme nous fait passer d'un régime assurantiel à un régime de dotations calculées selon des clés démographiques. Pour les FDF, la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat plante un jalon dans la scission de la sécurité sociale. Et c'est pourquoi nous y sommes clairement opposés.

Les clés concédées par les partis francophones sont d'ailleurs toutes défavorables à Bruxelles et son refinancement se révélera très vite insuffisant. Ainsi, en matière de politique des personnes âgées (2,5 milliards), la clé « 80 ans et + » est totalement défavorable à Bruxelles. En matière d'allocations familiales, alors que Bruxelles est une ville étudiante et

que le degré de pauvreté engendre proportionnellement des allocations familiales majorées importantes, la clé exclut les enfants au-delà de 18 ans et les allocations majorées. CQFD.

*Ce projet mentionne l'implication des interlocuteurs sociaux, des acteurs et des usagers. Comment et dans quelle mesure le secteur non-marchand très actif dans le domaine de la santé serait-il impliqué ? Et les usagers ?*

Il s'agit d'un moindre mal. J'ai d'ailleurs interpellé les ministres-présidents afin de savoir s'ils étaient favorables à l'implication des partenaires sociaux, qu'ils soient syndicaux ou mutualistes, dans le modèle de concertation ou de cogestion à « la belge ». Je constate que certains acteurs importants, tant dans le monde chrétien que socialiste, sont particulièrement critiques à l'égard de la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat. Lisez les propos de Jean Hermesse et Thierry Bodson, pour ne citer qu'eux.

Je crois que le secteur non marchand doit prendre ses responsabilités et revendiquer sa présence dans une série d'organes, soit déjà existants, soit à créer.

*Ce projet implique une transformation profonde de la COCOM et de son administration ainsi que la création ex nihilo d'un OIP. Quelles en seront les modalités, les délais, les conséquences pour le personnel des administrations concernées, pour les travailleurs et les associations du secteur ? Comment sera gérée la phase de transition ?*

Le projet commun prévoit effectivement la création d'un OIP. La seule chose que l'on en sait aujourd'hui, c'est qu'il sera soumis à un contrat de gestion, gèrera les compétences actuelles et futures de la COCOM et absorbera les services actuellement compétents de la COCOM. Lors du débat sur la déclaration de politique générale bicommunautaire, Rudy Vervoort a estimé l'accord sur le projet commun trop récent pour déterminer les modalités, les délais et les conséquences de sa mise en œuvre sur le personnel des administrations, les travailleurs et les associations du secteur. C'est le flou le plus total. La critique de Rudy Vervoort à l'égard de

la communication par les 4 présidents des partis francophones de la majorité institutionnelle sur le projet commun est à peine voilée. Il a déclaré, je cite : « La conférence de presse des 4 présidents francophones n'a pu que troubler nos collègues néerlandophones (...). Je souhaite rassurer Monsieur Vandebossche (...) Je partage son avis ». Monsieur Vandebossche, député CD&V s'était distingué en étant le seul intervenant à vouloir communautariser le débat. Je constate que Rudy Vervoort préfère critiquer la communication de son président de parti pour mieux rassurer son partenaire CD&V dans sa majorité. C'est tout à fait révélateur du fonctionnement bicommunautaire : les partis flamands disposent d'un droit de veto et c'est regrettable.

## Magali Plovie, députée Ecolo au Parlement francophone bruxellois



*Le transfert des compétences de santé à la COCOF puis à la COCOM peut être une opportunité pour les élus bruxellois de développer des politiques de santé adaptées aux besoins de Bruxelles et de ses habitants. Quelle est votre vision d'une politique de santé pour la Région bruxelloise ? Quels en sont les priorités et les grands défis ?*

Ecolo veut pouvoir développer une politique cohérente, solidaire et efficace. Le transfert de compétences peut être une opportunité pour repenser globalement la santé et le secteur social bruxellois. L'organisation institutionnelle doit être revue afin d'améliorer la cohérence et d'harmoniser les politiques pour mieux répondre aux besoins de la population. Des besoins qui, vu l'éclatement actuel de ces compétences

entre de multiples entités, ne sont pas suffisamment ou correctement rencontrés.

Cette vision globale doit viser le bien-être de tous les Bruxellois. Cela nécessite de ne pas limiter la santé à la médecine : prendre en compte les déterminants de la santé est fondamental pour répondre à ce défi. On voit dès lors à quel point la transversalité entre les compétences sociales et de santé et les compétences régionales (logement, environnement, emploi, mobilité...) est nécessaire. Elle passe notamment par un investissement plus important dans la conférence interministérielle social-santé créée lors de cette législation.

*Cette première étape de régionalisation de la sécurité sociale ne remet-elle pas en question un des fondements du modèle bismarckien à l'origine de notre sécurité sociale –les prestations sont la contrepartie des cotisations- puisque les prestations afférentes aux matières transférées seront financées par une enveloppe budgétaire provenant du niveau fédéral calculée selon des clés démographiques et non plus par les cotisations directes des travailleurs ?*

Le transfert de compétences, de par la modification du mode de financement, va provoquer en effet un certain éloignement du modèle bismarckien. Ecolo propose un système hybride entre les deux modèles existants : bismarckien et beveridgien.

Du premier, nous proposons de conserver le fonctionnement basé sur la concertation avec les partenaires sociaux, tout en l'étendant à d'autres acteurs importants, comme les acteurs sectoriels, et ce en veillant à respecter le pluralisme. Un rôle doit aussi être accordé aux usagers. Cette concertation se mènerait au sein d'une nouvelle structure, un OIP de type B permettant donc d'associer les interlocuteurs sociaux au sens large tout en permettant au Gouvernement de définir les lignes de conduite et au Parlement d'exercer son contrôle et sa capacité d'initiative.

Nous souhaitons en outre profiter de cette réforme institutionnelle pour introduire une dimension de « couverture

universelle », afin d'assurer l'accès aux soins des oubliés du système actuel, tels que les migrants ou les sans-abri.

*Ce projet mentionne l'implication des interlocuteurs sociaux, des acteurs et des usagers. Comment et dans quelle mesure le secteur non-marchand très actif dans le domaine de la santé serait-il impliqué ? Et les usagers ?*

Comme évoqué plus haut, nous souhaitons en effet associer les différents acteurs, y compris sectoriels, dans la gestion de ces compétences. Dans ce cadre, la représentation des secteurs public et non-marchand s'impose vu leur importance dans ces politiques. Cette représentation devrait pour nous se retrouver tant au niveau des comités d'avis qu'au niveau des structures décisionnelles. La représentation des usagers est elle aussi indispensable ; une attention particulière devra être apportée à l'élaboration de cette représentation, notamment avec les associations des usagers.

*Ce projet implique une transformation profonde de la COCOM et de son administration ainsi que la création ex nihilo d'un OIP. Quelles en seront les modalités, les délais, les conséquences pour le personnel des administrations concernées, pour les travailleurs et les associations du secteur ? Comment sera gérée la phase de transition ?*

Afin de rencontrer l'esprit de l'accord de 2011 qui visait à homogénéiser les compétences à Bruxelles, ainsi que la volonté des francophones de maximaliser la COCOM, nous proposons de créer un OIP de type B au niveau de la COCOM pour gérer les nouvelles compétences transférées. Nous souhaitons aussi profiter de ce transfert pour parvenir à une plus grande cohérence des compétences sociales et de santé à Bruxelles en transférant aussi à la COCOM les politiques déjà exercées dans ces domaines par la COCOF et la Vlaamse gemeenschap.

En ce qui concerne l'OIP, nous proposons qu'il soit organisé sur deux niveaux : des comités de gestion sectoriels (santé, aînés, personnes handicapées, allocations familiales...) et un comité de gestion faïtier. Chacun de ces comités de gestion

serait composé très majoritairement des interlocuteurs sociaux au sens large, et de représentants politiques. Le comité de gestion faïtier serait quant à lui composé pour partie de représentants issus des comités de gestion sectoriels et pour partie de représentants qui n'en émanent pas.

Les comités de gestion sectoriels devraient disposer de conseils d'avis qui traiteraient des dossiers de manière transversale (maintien à domicile, hébergement...). Ils seraient chargés de l'attribution des budgets au sein des enveloppes allouées aux différentes politiques par le comité de gestion faïtier, qui assurerait la gestion intégrée et transversale des politiques. À ce titre, il serait l'interlocuteur de l'exécutif (élaboration du contrat de gestion, du budget, etc.). Nous estimons par ailleurs fondamental la création d'un centre d'appui à partir des centres d'études existants, comme l'Observatoire de la Santé et du Social, mais aussi les centres d'études régionaux (Observatoires du Logement, de l'Emploi, etc.) et qui serait chargé de la prospective et de l'évaluation.

La création de ce nouveau modèle institutionnel nécessitera de travailler par étapes, en commençant par l'installation de l'OIP : transfert de personnel des différentes administrations et formation de celui-ci, tout en garantissant la continuité dans l'exercice des compétences. Par la suite, il s'agira d'élaborer une législation et une programmation uniques sur le territoire bruxellois. Le préalable à cette perspective est bien évidemment une concertation et l'élaboration d'une vision commune avec les partenaires néerlandophones.

## Gaëtan Van Goidsenhoven, chef de groupe MR au Parlement francophone bruxellois



La Région doit remettre la prévention et la promotion de la santé au cœur de son programme Santé. En Région bruxelloise plus qu'ailleurs, la santé est un des enjeux politiques majeurs de ces prochaines années. L'espérance de vie moyenne va engendrer de nouveaux défis à la croisée de l'éthique, des problèmes sociaux et de la croissance constante du coût des traitements médicaux. L'état de santé est lié aux niveaux socio-économiques, qui sont des plus contrastés au sein de notre Région, à la prévention et à la consommation de soins. Les inégalités sociales sont donc un facteur déterminant de la santé : le niveau d'instruction, l'accès à un emploi non précaire et à un habitat de qualité déterminent l'état de santé de la population.

Les évolutions de ces dernières années font notamment apparaître que l'accroissement de l'appauvrissement de la population bruxelloise est synonyme à la fois de la croissance de la demande de services et de l'affaiblissement des moyens régionaux. On constate également que la multiplication des opérateurs associatifs et l'augmentation des missions dévolues aux CPAS ne sont compensées que par une très faible coordination entre les acteurs du social et de la santé. C'est totalement insuffisant et cela se traduit par un déficit d'information du public sur la diversité de l'offre.

Face au développement – bien plus manifeste qu'ailleurs dans le pays – de services promouvant la prise en charge ambulatoire, il apparaît un déficit d'offres dans une série de secteurs cruciaux pour

une société solidaire comme, la petite enfance, les personnes handicapées, l'apprentissage intensif de la langue par les allochtones et également, le logement. Ce déficit a comme effet de favoriser le départ de certaines populations de la Région, de laisser à la marge les personnes les plus fragiles et d'exacerber la concurrence communautaire entre les services et les politiques.

Ces différents constats rendent problématique l'accès à des soins de qualité pour tous. Au MR, nos trois principes essentiels sont la liberté de choix des patients, la liberté d'actions des prestataires de soins et l'accessibilité financière et géographique.

La priorité doit être donnée à une meilleure prévention et promotion de la santé dans notre Région. De nombreuses politiques régionales jouent un rôle important en amont de l'offre de services organisés par les pouvoirs publics ou le secteur privé dans les secteurs social et de santé. Les politiques en matière sociale et de santé doivent donc être menées en étroite relation avec les autres actions que la Région doit entreprendre. Elle doit être plus volontariste qu'elle ne l'a été ces dernières années.

L'accord institutionnel prévoit le transfert des allocations familiales, des allocations de naissance et des primes d'adoption aux Communautés et à la COCOM. Avant le transfert, la différence entre travailleurs salariés et indépendants sera gommée. Pendant une période de transition, les actuelles institutions de paiement continueront à assurer, contre rémunération, la gestion administrative et le paiement des allocations familiales. À terme, les Communautés/COCOM disposeront de la pleine compétence pour définir le champ d'application, les bénéficiaires qui créent le droit aux allocations familiales, les enfants bénéficiaires, les allocataires, le montant des allocations familiales, la création et le maintien du droit aux allocations familiales, le paiement des allocations familiales et la gestion administrative. La compétence de fixer le montant des cotisations de sécurité sociale liées à l'emploi relève de la compétence fédérale et n'est donc pas transférée.

Bruxelles est un carrefour dans ce domaine puisque pratiquement toutes les entités fédérées du pays y sont compétentes en matière de santé ou d'aide aux personnes, à des titres différents : la Communauté flamande, la Communauté française, la COCOF, la COCOM et le Gouvernement fédéral. Les partis francophones ont décidé de consolider les compétences de la Région wallonne et de la COCOF en leur transférant toutes les nouvelles compétences de santé et d'aide aux personnes dévolues aux Communautés par la 6<sup>ème</sup> réforme de l'Etat.

Afin de maintenir une homogénéité dans les politiques, de simplifier la vie des patients et d'assurer la libre circulation des personnes, les partis francophones se sont mis d'accord pour créer une structure de coordination des politiques. Celle-ci s'appuiera sur un organe de concertation composé des professionnels du secteur et qui donnera des avis sur toute nouvelle mesure décrétable ou à portée réglementaire. Cette architecture institutionnelle permettra d'appliquer des politiques adaptées aux réalités régionales tout en maintenant un cadre commun aux francophones. La concertation prévue entre francophones est d'ailleurs susceptible de s'élargir à la COCOM, laquelle exercera seule certaines compétences à Bruxelles comme les allocations familiales et l'aide aux personnes âgées. L'accord intra-francophone prévoit même d'homogénéiser d'autres compétences, comme la politique hospitalière, au niveau de la COCOM en encourageant les institutions actuellement agréées par la COCOF à opter pour un agrément COCOM. A terme, une fusion de la COCOM et de la Région bruxelloise est envisagée, ce qui permettrait de simplifier réellement le paysage institutionnel dans la Capitale au bénéfice de tous les citoyens.

Le budget de la COCOM sera multiplié par 20 ! Alors que le budget actuel de la COCOM est d'environ 88 millions d'euros, celui-ci doit atteindre les 1,5 milliards d'euros, soit 20 fois plus ! Outre, les nombreux arbitrages qu'il faudra opérer entre les différentes politiques à mener, l'urgence porte avant tout sur la mise en œuvre de l'indispensable modernisation

de l'administration et sur le recrutement de personnel compétent. En effet, l'administration de la COCOM, qui n'est pas apte à gérer des compétences aussi complexes, doit opérer une profonde transformation.

La mise en œuvre de l'accord, et par conséquent, de la nécessaire réforme de l'administration relève de la compétence du Collège-réuni. Pour ce faire, un manager de transition chargé de dresser la situation actuelle du fonctionnement de l'administration et d'émettre des propositions d'améliorations a été désigné. Cette première phase d'évaluation est terminée. La phase 2, qui est en cours, vise à développer un plan concret d'actions pour assurer une mise en œuvre efficace des recommandations qui ont été retenues. La phase 3 consiste en un accompagnement des mises en œuvre des recommandations.

Le processus complexe de transfert des compétences est donc encore long. Pour nous laisser le temps de faire les choses correctement, les accords prévoient que les compétences pourront continuer à être gérées par les administrations fédérales (INAMI, caisse de paiement des allocations familiales...) jusqu'en 2020.

### Joël Riguelle, président du groupe cdH au Parlement Francophone Bruxellois

Si les Accords de la Sainte-Emilie présentent un modèle de gouvernance qui répond bien aux balises que le cdH avait fixées (gestion paritaire avec les partenaires sociaux, modèle commun entre la Wallonie et Bruxelles permettant

de construire un modèle fédéré de protection sociale qui fait l'union entre les wallons et les bruxellois), le cdH rappelle qu'il s'agit d'un accord entre partis francophones uniquement, une proposition qu'ils soumettent actuellement à leurs collègues bruxellois néerlandophones.

A ce jour, le dialogue est ouvert, les négociations sont en cours. Il n'y a pas encore d'accord final et définitif. Le cdH bruxellois considère dès lors qu'il y a lieu de faire devoir de prudence et préfère, dans ce contexte, patienter jusqu'à l'accord entre Bruxellois francophones et néerlandophones avant de s'exprimer sur ces questions.

*Propos recueillis par Question Santé*

## Echo du CBPS

# Le dépliant du Centre Bruxellois de Promotion de la Santé (CBPS)

Une brève présentation de nos services

**D**epuis quelques années, le CBPS, vous rapporte des projets en promotion de la santé dans Bruxelles Santé. Sous la rubrique « écho du CBPS », les institutions que nous accompagnons retracent le cheminement de leur projet et évoquent ainsi le processus de travail que le CBPS soutient et accompagne auprès de ces acteurs.

Si les notions telles que partenariat, participation des acteurs, intersectorialité, déterminants de la santé, chères à la promotion de la santé, sont admises et évidentes pour la majorité des acteurs, leur déclinaison dans leur champ de travail et de pratiques s'avèrent moins faciles.

Nous pensons qu'offrir un espace tiers aux professionnels permet une réflexion critique et constructive sur leur travail. Nous parions qu'il contribue au bien-être des acteurs et permet à ceux-ci de soutenir leur public sans s'enliser.

Travailler la réduction des inégalités sociales à Bruxelles est un vrai défi, la complexité des problématiques requiert plus que jamais la concertation des acteurs. Depuis 15 ans, le Centre Bruxellois de Promotion de la Santé est présent sur le territoire bruxellois pour soutenir diverses formes de concertation entre acteurs : coordinations sociales, réseaux, plate-forme, point d'appui... Nous avons déjà décrit certains de ces projets dans les pages de cette revue.

Formation et ateliers d'échange de pratiques, journées de rencontre entre différents acteurs relèvent de cette même veine : décroiser les secteurs, susciter du lien et de la cohérence pour mieux travailler auprès d'un public qui lui, n'a que faire de nos particularités sectorielles.

Nous proposons encore d'autres services mais épluchez le dépliant, vous en saurez davantage.

CENTRE  
BRUXELLOIS  
DE PROMOTION  
DE LA SANTÉ

UNE ÉQUIPE  
PLURIDISCIPLINAIRE  
ACCOMPAGNE DES  
PROFESSIONNELS  
DE DIFFÉRENTS  
SECTEURS



## ASBL Alzheimer Belgique



L'ASBL Alzheimer Belgique a été fondée en 1985 par des familles confrontées à la maladie. L'association est animée par des bénévoles et des professionnels dont beaucoup ont côtoyé cette pathologie. Tous connaissent bien les symptômes et les problèmes occasionnés par la maladie dans la vie du patient et de ses proches. Une écoute téléphonique assurée 24h/24 et 7j/7 au 02/428 28 19 répond à des questions telles que :

- La maladie d'Alzheimer, c'est quoi exactement ?
- Quelle attitude adopter vis-à-vis du malade ?
- Comment va évoluer la maladie ?
- Peut-on ralentir son évolution ?
- Quelles formes d'accompagnement pour soulager la famille ?
- Existe-t-il des institutions particulièrement compétentes pour accueillir les « Alzheimer » ?

### Quels sont les objectifs de l'association ?

- Les activités de l'association sont principalement centrées sur le maintien de la qualité de vie le plus longtemps possible pour le malade et sa famille.
- L'association agit également auprès des décideurs politiques pour reconnaître la maladie et les besoins liés à son accompagnement.

### Réalisations de l'association

- Groupes de parole
- Publications dont un bimestriel « L'INFO »
- Formations et conférences

### Coordonnées :

Alzheimer Belgique ASBL  
Quai aux Pierres de Taille, 37/39 bte2  
1000 Bruxelles  
T. : 02/428 28 10 (de 9 à 12 heures)  
info@alzheimerbelgique.be  
www.alzheimerbelgique.be

#### Rédaction :

Anoutcha Lualaba Lekede  
Marie-Hélène Salah

#### Conseil de rédaction :

Dr Robert Bontemps  
Dr Murielle Deguerry  
Thierry Lahaye  
Dr Roger Lonfils  
Solveig Pahud  
Dr Patrick Trefois

#### Graphisme :

Carine Simon

Avec le soutien de  
la Commission communautaire française  
de la Région de Bruxelles-Capitale.



Une réalisation de l'asbl Question Santé  
Tél.: 02/512 41 74 Fax: 02/512 54 36  
E-Mail : info@questionsante.org  
http://www.questionsante.org



Editeur responsable : Dr. P. Trefois,  
72 rue du Viaduc - 1050 Bruxelles

Les articles non signés sont de la rédaction.  
Les articles signés n'engagent que leur auteur