



Union des Villes et
Communes de Wallonie
asbl



Fédération des CPAS

Vos réf. : ASS/49044

Nos réf. : 2230/LV/MGO/JMR/cb/

Votre correspond. : Jean-Marc Rombeaux
081 24 06 54
jmr@uvcw.be

Annexe(s) : 1

A l'attention de Madame Emilie Delferrière

Monsieur Maxime Prévot
Vice-Président et Ministre des Travaux
publics, de la Santé, de l'Action sociale et
du Patrimoine
Rue des Célestines, 1
5000 Namur

Namur, le 8 septembre 2016

Monsieur le Vice-Président,
Monsieur le Ministre,

**Concerne : Assurance autonomie – Note cadre
Demande d'avis**

Votre demande d'avis du 9 août dernier réceptionné en nos services le 11 du même mois a retenu notre meilleure attention.

Nous vous remercions vivement de nous avoir consultés. Vous trouverez, ci-joint notre avis sur la note d'orientation et ce au travers d'un triple prisme : aide sociale, service à domicile, maison de repos. Nous souhaitons mettre en exergue les considérations générales (1) et remarques ponctuelles (2) suivantes.

1. Considérations générales

1.1. L'assurance autonomie est un **projet positif** qui fait sens pour le quotidien de nombreux Wallons à domicile. Egalement en maison de repos : notre Fédération s'est battue à cette fin.

1.2. Nous insistons pour qu'en maison de repos comme à domicile, une **modulation en fonction des revenus** soit prévue.

1.3. Les frais d'accueil dans les **services d'accueil d'ânés intermédiaires** entre le domicile et le résidentiel doivent aussi pouvoir faire l'objet d'une réduction tarifaire via l'assurance autonomie.

LE CPAS



l'avenir depuis 40 ans

Rue de l'Etoile, 14 - B-5000 Namur
Tél. 081 24 06 11 - Fax 081 24 06 10
E-mail: commune@uvcw.be

Belfius: BE09 0910 1158 4657
BIC: GKCCBEBB
TVA: BE 0451 461 655

www.cpasavenir.be

www.uvcw.be

1.4. L'assurance autonomie concernant à la fois le domicile et la maison de repos, une **concertation structurelle avec les maisons de repos** est à instaurer notamment sur le modèle actuariel et le test du Bel-RAI screener.

1.5. Il faut un **calendrier réaliste**.

2. **Remarques ponctuelles**

2.1.

a) Le point 2 implique la **neutralité financière du changement de barèmes** pour les services. Elle est cruciale pour ceux-ci et nous la saluons. Nous serons particulièrement attentifs à sa concrétisation.

b) Le système actuel permet la déductibilité de **charges non professionnelles** dans trois cas :
- lien avec des frais médicaux grevant anormalement le budget,
- les pensions alimentaires payées,
- frais d'hébergement et d'accueil d'un conjoint.

C'est à maintenir.

c) Il ne serait pas équitable qu'une même contribution soit demandée pour un revenu donné sans prendre en compte la **composition de la famille**. Une option pourrait être de pondérer ce revenu en tenant compte des unités de consommation.

d) Idéalement, il faudrait prendre comme base un **revenu net de charges professionnelles et d'impôts**.

2.2. Pour financer l'assurance autonomie, il faut **moduler davantage la cotisation** en fonction des revenus et prévoir un **financement alternatif** au moins dans son principe.

2.3. Il faut tenir compte de la catégorie **D** en maison de repos. Pendant la transition, ne faut-il pas se limiter à l'usage de l'échelle de **Katz** ?

2.4. Nous ne sommes pas convaincus que tous les **évaluateurs envisagés** puissent maîtriser l'ensemble des outils d'évaluation envisagés. Ce point demande réflexion afin d'éviter du contentieux.

2.5. Au nom du principe d'équité, les **aides ménagères sociales** doivent exister en secteur public comme en secteur privé et être budgétées sans tarder.

2.6. L'agrément de prestataires d'aide et de **services équivalents** ne doit concerner que des services non marchands, publics ou privés. Ce service doit avoir une convention avec un ou des services d'aide aux familles et aux aînés. Un encadrement financé doit être prévu à l'instar de ce qui existe pour les services d'aide aux familles et aux aînés.

2.7. Nous plaillons le maintien du **contrôle Kappa** par des médecins (infirmiers) conseil en maison de repos.

2.8. Nous préconisons de **conserver les canaux actuels de facturation**. Pour l'essentiel :

- Aviq au niveau des SAFA,
- Mutuelles pour les maisons de repos.

2.9. Les Fédérations des SAFA et des MR-MRS doivent disposer des **projections de la firme actuarielle**. Il n'est pas possible de gérer le budget sans celles-ci.

2.10. Il convient que les **citoyens** aient une **juste information** de ce que recouvre et permet l'assurance.

2.11. En l'état actuel de l'information disponible, le pourcentage de **20 %** n'est **pas maximaliste**. Vu les profils en maisons de repos, il implique une sélectivité en fonction des revenus.

Par ailleurs, selon les derniers chiffres Inami, le nombre de résidants est 45 787.

45 787 résidants x 20 % = 9 157 bénéficiaires.

9 157 bénéficiaires x 350 euros par mois = 3 205 070 euros

2.12. Nous plaidons pour une **procédure de recours unique**.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Vice-Président, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre considération très distinguée.

Luc Vandormael,
Président





Fédération
des CPAS

NOTE CADRE RELATIVE À L'ASSURANCE AUTONOMIE WALLONNE

AVIS DE LA FEDERATION DES CPAS

**ADRESSE AU MINISTRE DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTE,
MAXIME PREVOT
8 SEPTEMBRE 2016**

Personne de contact : Jean-Marc Rombeaux Tél : 081 24 06 54 mailto : jmr@uvcw.be

Par définition, la mission légale du CPAS est d'octroyer une aide sociale à des personnes en vue de leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine¹. Elle prend dans certains cas la forme d'aide financière à des aînés qui ne peuvent faire face à leurs frais d'hébergement en maison de repos. De plus, les CPAS créent sur base volontaire des services et notamment les services d'aide à domicile et les maisons de repos. L'avis ci-dessous est une lecture de la note d'orientation au travers d'un triple prisme : aide sociale, service à domicile, maison de repos.

La note n'étant pas numérotée, le renvoi se fait à certains points.

L'analyse s'appuie sur les prises de position antérieures de la Fédération des CPAS mentionnées en annexe 1.

1. CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Un projet positif

L'assurance autonomie est un projet positif qui fait sens pour le quotidien de nombreux Wallons à domicile. Egalement en maison de repos : c'est conforme à la déclaration de politique régionale et notre Fédération s'est battue à cette fin.

1.2. Montant de l'intervention et revenus

L'assurance autonomie va remplacer l'APA. En maison de repos, la moyenne de l'APA est de 258,17 euros (cf. annexe 2). On ne dispose pas d'une statistique officielle distinguant les allocations à domicile et en maison de repos. Sur base d'une première collecte de données, nous pouvons affirmer que l'on est à plus de 300 euros en maisons de repos publiques.

Le montant annoncé est de :

- 320 euros par mois en moyenne à domicile ;
- 350 euros par mois en moyenne en maison de repos.

¹ L. 8.7.1976 organique des centres publics d'action sociale, art. 1^{er} - Toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine.
Il est créé des centres publics d'action sociale qui, dans les conditions déterminées par la présente loi, ont pour mission d'assurer cette aide.

Le bénéficiaire serait aussi cotisant. Le **bénéfice net** sera donc de :

- 318 euros à domicile (320- (25/12) euros).
- 348 euros en maison de repos.

Pour les personnes à revenus moyens ou élevés qui ne sont pas éligibles pour l'APA, c'est un plus « net ».

Pour les personnes à **bas revenus** éligibles² pour l'APA, le tableau est contrasté. Potentiellement, en moyenne, des **gagnants** et des **perdants**.

Pour une personne à bas revenus éligible pour l'APA, en moyenne, la hausse est donc réelle mais tempérée. De l'ordre de :

- 60 euros à domicile (318-258)
- 50 euros en maison de repos (348-300)

Une personne fortement dépendante peut obtenir via l'APA jusqu'à 560 euros. Par rapport au régime actuel de l'APA, si tout le monde reçoit le même montant, la perte pour cette personne serait significative :

- 240 euros à domicile ;
- 260 euros en maison de repos.

En maison de repos, la note prévoit explicitement une modulation de l'intervention en fonction des revenus (point 16). Au domicile, elle évoque une simplification importante du barème (du bénéficiaire) d'aide familiale (point 2) qui est fonction du revenu.

Nous insistons pour qu'en maison de repos comme à domicile, une **modulation en fonction des revenus** soit prévue.

1.3. Services d'accueil intermédiaires pour aînés

Rien n'est dit à ce stade sur les formules entre le domicile et le résidentiel (centres de soins de jour, maisons communautaires³).

Les frais d'accueil dans les services d'accueil intermédiaires entre le domicile et le résidentiel doivent aussi pouvoir faire l'objet d'une réduction tarifaire via l'assurance autonomie.

1.4. Concertation avec le secteur des maisons de repos

L'assurance autonomie est appelée à être gérée avec les prestataires au sein de l'AVIQ. Le modèle actuariel permettant d'apprécier sa soutenabilité n'a pas été concerté à ce jour avec le secteur des maisons de repos. De même, un test sur une échelle d'autonomie simplifiée (Bel-RAI screener) a été prévu pour le secteur du domicile. A ce jour, le secteur des maisons de repos n'a pas été contacté.

² Les personnes qui ont l'APA au moment de l'entrée en vigueur la garderaient (régime de droit acquis).

³ En vertu de l'annexe 39 du Cwass réglementaire, une maison communautaire est un lieu de vie où est proposée en journée à des aînés, régulièrement et en groupe, la possibilité d'un accueil, de rencontres de personnes de même génération, de contacts avec des personnes d'un autre âge, d'activités participatives diverses, d'échanges, de moments de convivialité. C'est un concept qui se rapproche du centre de services communs, concept qui existe toujours juridiquement mais est aujourd'hui en « désuétude ».

En vertu de l'article 314, 2°, f) du Cwass, un centre de soins de jour est un centre d'accueil de jour offrant une structure de soins de santé qui prend en charge pendant la journée des personnes fortement dépendantes nécessitant des soins et qui apporte le soutien nécessaire au maintien de ces personnes à domicile.

L'assurance autonomie concernant à la fois le domicile et la maison de repos, une concertation structurelle avec les maisons de repos est à instaurer notamment sur le modèle actuariel et le test du Bel-RAI screener.

1.5. Timing

Bon nombre de questions techniquement complexes et/ou politiquement délicates sont encore sur la table.

Aucun décret ou arrêté n'est publié. Aucun service n'existe pour gérer la nouvelle assurance. L'AVIQ est en gestation et son cadre n'est pas complet. Nombre de questions pratiques sont à ce jour sans réponse que ce soit au niveau de l'Administration, des mutuelles ou des prestataires. Tous devront faire des investissements en informatique, en formation, ... Les dossiers seront à revoir ou à introduire, les évaluations à faire, ... Cela demandera un temps certain.

Il ne faut pas lancer un dispositif qui ne soit pas mûr fonctionnellement ou légalement, qui s'avère financièrement ou pratiquement insoutenable. Un temps d'analyse préalable et de préparation s'impose. Sans atermoiement ou pusillanimité, il faut un calendrier réaliste.

Nous constatons que la note ne fait plus état d'une date précise d'application. Cela nous paraît sage. Dans l'état actuel de notre information, nous pensons que le 1^{er} janvier 2018 est une échéance plutôt optimiste.

Il faut un **calendrier réaliste**.

2. REMARQUES PONCTUELLES

2.1. Déclaration de politique régionale (point 2)

Note

Une simplification importante des barèmes d'aide familiale sera opérée et un barème pour les prestations d'aide-ménagère sociale et de garde à domicile sera instauré. La différence entre la participation assumée par tous les bénéficiaires de ces services et celle du bénéficiaire de l'assurance autonomie sera prise en charge par le budget de l'assurance autonomie.

La participation financière de tous les bénéficiaires des services d'aides au domicile sera calculée à terme et après une phase de test sur base de leurs revenus individualisés.

Observations

a) Ce point implique une **neutralité financière du changement de barèmes** pour les services. Il est crucial pour ceux-ci et nous le saluons. Nous serons particulièrement attentifs à sa concrétisation.

b) Le système actuel permet la déductibilité de **charges non professionnelles** dans trois cas :

- lien avec des frais médicaux grevant anormalement le budget ;
- les pensions alimentaires payées ;
- frais d'hébergement et d'accueil d'un conjoint.

C'est à maintenir.

c) Il ne serait pas équitable qu'une même contribution soit demandée pour un revenu donné sans prendre en compte la **composition de la famille**. Une option pourrait être de pondérer ce revenu en tenant compte des unités de consommation⁴.

d) Idéalement, il faudrait prendre comme base un revenu net de charges professionnelles et d'impôts

2.2. Cotisations (point 6)

Note

Au démarrage de l'assurance, la cotisation annuelle sera de 50 €. Pour les personnes avec une reconnaissance BIM, elle sera de 25 €. Le Gouvernement déterminera les modalités d'indexation.

Observations

Dans la Sécurité sociale que nous connaissons, la cotisation est proportionnelle aux revenus. En outre, il y a eu une diversification des sources de financement.

Si la cotisation n'est pas liée au revenu, il y a une rupture avec la Sécurité sociale telle qu'elle s'est développée à ce jour. En particulier, le principe d'équité est mis à mal : il n'y a pas de lien entre la contribution et la capacité contributive.

En outre, l'assurance autonomie est appelée à monter en puissance et devra mobiliser des ressources allant croissantes. L'absence de lien avec la capacité contributive et de diversification des sources de financement hypothéquerait la nécessaire mobilisation des ressources.

Pour financer l'assurance autonomie, il faut **moduler davantage la cotisation** en fonction des revenus et prévoir un **financement alternatif** au moins dans son principe.

2.3. Evaluation de la dépendance (point 8)

Note

La Wallonie est désireuse de déterminer une échelle commune (...) en adaptant l'échelle BeIRAI (pré-module screener). (...) L'adaptation de cette échelle BeIRAI pourrait prendre quelques années. Dans l'attente de la mise en place de cette échelle unique, les échelles actuellement en vigueur seront utilisées de manière provisoire.

- Grille SMAF :	6 types d'activités journalières et attribution d'un nombre de points en fonction de la difficulté d'accomplissement pour établir 5 catégories.
- Echelle Katz :	6 critères d'activités et attribution d'un nombre de points en fonction de 4 degrés de difficulté.
- BeIRAI (HC Home care) :	instrument d'utilisation Minimum Data Set (formulaire en ligne) avec différentes échelles. Le système InterRai génère des scores pour les différentes échelles et des statistiques au niveau micro (évolution du client), au niveau méso (évolution de l'institution) et au niveau macro (au niveau régional et national).

⁴ L'OCDE a défini en effet une échelle d'équivalence qui attribue à un ménage un nombre d'unités de consommation (UC) qui prend en compte ces économies d'échelle :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Cette échelle est aussi utilisée par l'Insee et en Belgique pour l'enquête sur le revenu des ménages.

<http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=definitions/unite-consommation.htm>
http://economie.fgov.be/fr/binaries/EBM1999-2009revenusucm_fr_tcm326-163823.xls

- Enquête sociale :	questionnaire mis en place par les services d'aide à domicile (situation, plan d'aide, perception de la limitation de l'autonomie, contribution financière).
- Autres :	attestation Kine E ? Allocations familiales majorées du fait d'être handicapé à plus de 66 % ? Echelle médico-sociale ?

Observations

a) En maison de repos, il y a une catégorie D pour les personnes qui ont un diagnostic de démence fait par un médecin spécialiste.

b) Les différents outils mentionnés pour la transition n'ont pas la même qualité statistique. C'est problématique en termes d'équité. Aucune correspondance statistique fiable n'a été faite entre les échelles proposées et le BelRAI.

c) L'usage de plusieurs outils serait d'une grande lourdeur. On peut douter que l'ensemble des personnes chargées d'évaluer maîtriseront les différents outils dans un avenir rapproché. Cela risque d'amener du contentieux. Pendant la transition, ne faut-il pas se limiter à l'usage du Katz ?

Il faut tenir compte de la catégorie **D** en maison de repos.

Pendant la **transition**, ne faut-il pas se limiter à l'usage de l'échelle de **Katz** ?

2.4. Procédure (point 9)

Note

Plusieurs intervenants évaluateurs sont repris à titre d'exemple.

- un médecin généraliste ou spécialiste tel qu'entre autres un pédiatre, un gériatre ou un psychiatre ;
- un infirmier à domicile ;
- un coordinateur ou un travailleur social d'un service d'aide aux familles ;
- un travailleur social des organismes assureurs ;
- un éducateur spécialisé ;
- un ergothérapeute ou kinésithérapeute.

Observations

Dans la note qui a été concertée en mars 2016, on évoquait notamment les travailleurs sociaux des CPAS. Par contre, on ne mentionnait pas les ergothérapeutes et les kinésithérapeutes

Nous ne sommes pas convaincus que tous les évaluateurs envisagés puissent maîtriser l'ensemble des outils d'évaluation suggérés. Ce point demande réflexion afin d'éviter du contentieux.

2.5. Détermination des prestations (point 10)

Note

Les activités d'aide à la vie quotidienne de garde à domicile et d'aide-ménagère sociale sont déterminées par les statuts des métiers y relatifs adoptés par le Gouvernement.

Observations

L'assurance autonomie permettrait de financer des aides ménagères sociales. Ces aides ménagères sociales existent dorénavant en secteur privé et ont été annoncées en secteur public.

Au nom du principe d'équité, **les aides ménagères sociales** doivent exister **en secteur public** comme en secteur privé et être **budgetées** sans tarder.

2.6. Agrément de prestataires d'aide et de services équivalents (point 11)

Note

Il sera nécessaire de réguler les structures qui prestent des services proches de ceux attendus dans le cadre de l'assurance autonomie (services d'aides ménagères, de gardes à domicile non marchands non reconnus comme safa, etc.) et qui ne sont pas agréés actuellement pour bénéficier d'un agrément, ils devront répondre à des conditions équivalentes.

Observations

Nous saluons cette ouverture. Aujourd'hui, en CPAS nombre de services d'aides-ménagères aident des personnes âgées sans être gérés par un service d'aide aux familles.

Vu leur rôle social, ces dispositifs méritent d'être reconnus et soutenus. Dans le même temps, la perte d'autonomie d'une personne évolue. A un moment donné du temps, il est souhaitable qu'une aide familiale intervienne plutôt qu'une aide-ménagère. Une résidence-services doit avoir une convention avec une maison de repos. L'idée est de faciliter l'accueil en maison de repos quand la vie en résidence-services n'est plus « possible ». Par ailleurs, pour une prestation de qualité, il faut un encadrement. Cela vaut également pour les aides-ménagères sociales.

L'agrément de prestataires d'aide et de services équivalents ne doit concerner que des services **non marchands**, publics ou privés.

Ce service doit avoir une **convention** avec un ou des services d'aide aux familles et aux aînés.

Un **encadrement** financé doit être prévu à l'instar de ce qui existe pour les services d'aide aux familles et aux aînés.

2.7. Contrôles (point 12)

Note

Son point 9 mentionne :

Pour ce qui concerne les MRPA-MRS, la procédure de vérification du scoring sera calquée sur les mécanismes de contrôle fédéraux (contrôle Inami), dont s'inspirent largement les paragraphes précédents relatifs au domicile.

Son point 12 stipule que « *Le contrôle du niveau de dépendance et du plan d'aide est effectué par l'administration de l'AViQ et ce, de manière régulière et aléatoire, ou sur demande lors du dépôt d'un recours* ».

Observations

Pour les maisons de repos, on évoque le contrôle Inami et un contrôle par l'AViQ.

En pratique, à ce jour, le contrôle de la dépendance en maison de repos est réalisé par un Collège de médecins(infirmiers)-conseil sur base d'un coefficient statistique Kappa et non par l'AViQ. Il a fait ses preuves.

Nous plaçons le maintien⁵ du contrôle **Kappa**.

Nous nous demandons si la méthodologie ne pourrait pas inspirer le contrôle à domicile.

2.8. Les services assurance autonomie au sein des organismes assureurs (point 13)

Note

Des services « assurance autonomie » peuvent être créés par les organismes assureurs. (...)

Les missions des services des organismes assureurs seront les suivantes :

- *informer et accompagner les membres ;*
- *encaisser les cotisations des affiliés ;*
- *contrôler les factures des services d'aide ;*
- *payer les services d'aide dans le cadre de leurs prestations ;*
- *payer les interventions de l'assurance autonomie pour les bénéficiaires en MR-MRS.*

Observations

Les organismes assureurs auront-ils les mêmes missions pour les bénéficiaires « hors assurance autonomie » des SAFA?

Une série de subventions aux SAFA sont indépendantes du bénéficiaire (ancienneté, km, densité,...). Quelle est la plus-value de l'intervention de la mutuelle pour la facturation de celles-ci ? Comparaison n'est pas raison mais en maison de repos, le forfait est versé par les Mutuelles ; le troisième volet⁶ et la mesure fin de carrière sont payés par l'Inami. Pour les SAFA, ne faudrait-il pas mieux conserver un paiement centralisé par l'AVIQ sous le « contrôle » des Mutuelles qui seront présentes dans tous les organes de l'AVIQ ?

Vu la rareté des moyens de la Région dans les années à venir, ces questions doivent selon nous être envisagées sans tabou. Mieux vaut consacrer les moyens à l'intervention au bénéficiaire qu'à des frais de gestion non nécessaires.

Par ailleurs, l'Inami continue à gérer le financement opérationnel des maisons de repos jusqu'au 31 décembre 2017. Il est vraisemblable que cette période transitoire soit prolongée. Il convient donc que des contacts soient pris avec l'Inami.

Nous préconisons de **conserver** les **canaux actuels de facturation**. Pour l'essentiel :

- Aviq au niveau des SAFA,
- Mutuelles pour les maisons de repos⁷.

⁵ A.R. 21.8.2008 portant exécution de l'article 37quater, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour les dispensateurs de soins visés à l'article 34, alinéa 1^{er}, 11° et 12°, de la même loi.

⁶ Le troisième volet est un financement qui couvre en partie des avantages sociaux pour le personnel de soins au-delà des normes ainsi que pour le personnel non soins ainsi que des créations d'emplois 2011 et 2013. Notamment l'harmonisation barémique dans le secteur privé et révision générale des barèmes dans le secteur public, prime d'attractivité, prime de fin d'année, pécule de vacances à 92 %.

⁷ Pm, l'article 7 de la convention entre maisons de repos et organismes assureurs prévoit que : « *Dans les maisons de repos pour personnes âgées et les maisons de repos et de soins où le coût du matériel d'incontinence est désormais compris solidairement dans le prix de la journée d'hébergement, une ristourne de 0,30 euro pour chaque journée d'hébergement est (..) introduite par l'institution dans la facture de chaque bénéficiaire (...)* ».

2.9. Budget et responsabilité financière

Note

(...), les prestataires, les organismes assureurs et l'AViQ gèreront le budget dans le cadre de la Commission de convention ad hoc (commission « autonomie et grande dépendance »). Ils établiront les propositions nécessaires à l'équilibre du budget de l'assurance autonomie.

Des projections budgétaires ont été réalisées au départ des données de base et des conseils fournis par la firme actuarielle à laquelle le gouvernement a fait appel.

Observations

Les **Fédérations** des SAFA et des MR-MRS doivent disposer des **projections de la firme actuarielle**. Il n'est pas possible de gérer le budget sans celles-ci.

2.10. Communication auprès de la population (point 15)

Note

Une réflexion doit être menée en matière de communication afin d'éclairer la population sur les contours de l'assurance autonomie (aspects généraux sur la mise en place de l'assurance autonomie, manière dont est introduite une demande, liste des services d'aide à domicile existants, etc.).

Observations

Personne n'a avantage à ce que des attentes « irréalistes » ou « hors proportion » existent au sein de la population quant à ce que permet la nouvelle assurance. Cela pourrait susciter déception voire frustration et risquerait de pâtir et d'être reproché à l'ensemble des acteurs impliqués dans le nouveau dispositif.

Il convient que les **citoyens** aient une **juste information** de ce que recouvre et permet **l'assurance**.

2.11. L'intervention de l'assurance autonomie en institution (point 16)

Note

Nous avons demandé à plusieurs CPAS une estimation du nombre de bénéficiaires actuels. Ce relevé nous enseigne que le nombre moyen de bénéficiaires de l'APA en MR-MRS s'élève actuellement à environ 20 %.

Observations

La Fédération des CPAS fait des radioscopies du secteur des maisons de repos publiques. En moyenne, sur base des chiffres connus en CPAS, l'ordre de grandeur de 20 % est plausible pour ces maisons.

Dans le même temps :

- ce pourcentage est nettement plus élevé dans une série de CPAS ;
- ce chiffre est une sous-estimation. En effet, certains résidents ou familles gèrent eux-mêmes les ressources des personnes et refusent de fournir des données sur l'APA ;
- ce chiffre est « bas » par rapport aux profils de dépendance dans le secteur. L'assurance visera un « état de dépendance grave et prolongé » (point 7). Le forfait Cd correspond à la perte d'autonomie la plus importante en MR-MRS. Il représente à lui seul 29 % des résidents.

Part des résidants MR-MRS (2014-2015)							
Wallonie	O	A	B	C	Cd	D	Coma
Asbl	13%	19%	27%	11%	27%	2%	0%
Public	16%	16%	23%	13%	30%	2%	0%
Privé	14%	16%	24%	13%	31%	3%	0%
	14%	18%	25%	12%	29%	2%	0%

En l'état actuel de l'information disponible, **le pourcentage de 20 % n'est pas maximaliste**. Vu les profils en maisons de repos, il implique une sélectivité en fonction des revenus.

Par ailleurs, selon les derniers chiffres Inami, le nombre de **résidants est 45 787⁸**.

45 787 résidants x 20 % = 9 157 bénéficiaires

9 157 bénéficiaires x 350 euros par mois = 3 205 070 euros

Résidants MR-MRS (2014-2015)								
Wallonie	O	A	B	C	Cd	D	Coma	Total
Asbl	2 798	4 183	6 068	2 528	6 068	423	5	22 073
Public	2 074	2 116	2 971	1 629	3 790	250	9	12 839
Privé	1 481	1 750	2 566	1 387	3 352	321	18	10 875
	6 353	8 049	11 606	5 543	13 210	994	31	45 787

2.12. Organe de recours

Note

L'organe de recours est évoqué au point 9 :

Le bénéficiaire peut faire opposition des décisions prises dans le cadre du droit à la couverture par l'assurance autonomie. Le Gouvernement règle la procédure de réclamation. Après épuisement, un recours peut être déposé au Tribunal du Travail dans les trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

Rappel

Une procédure de recours est prévue par le Code décretaal wallon de l'action sociale et de la santé. A cette fin, une commission d'avis sur les recours est installée auprès de la fonction consultative en matière d'action sociale et de santé.

Par ailleurs, pour le financement Inami⁹, les contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités relèvent de la compétence du tribunal du travail. Elles doivent être déposées dans les trente jours.

Observations

La Commission de recours prévue par le Cwass perd-elle toute compétence pour les SAFA ? Ou bien reste-t-elle compétente pour les interventions « hors assurance autonomie » ? Ce point est à clarifier.

Nous plaillons pour une **procédure de recours unique**.

⁸ Court séjour et résidant « coma » compris)

⁹ Art. 167 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14.7.1994.

Annexe 1

14.7.2016. Communiqué de Presse du secteur des maisons de repos sur l'assurance autonomie
http://www.uvcw.be/no_index/cpas/actions/180-20522917240707142015113107626864714129.pdf

31.3.2016. Courrier de la Fédération des CPAS au Ministre Prévot
http://www.uvcw.be/no_index/cpas/actions/234-88522443450804042016104900497131161805.pdf

11.7.2016. Courrier du secteur des maisons de repos au Ministre Prévot
http://www.uvcw.be/no_index/cpas/actions/262-53108568264707252016114401995408520039.pdf

14.7.2016. Communiqué de Presse de la Fédération des CPAS sur l'assurance autonomie
http://www.uvcw.be/no_index/cpas/actions/262-20667572709507282016110407902589963735.pdf

Annexe 2

Données sur l'allocation pour l'aide aux personnes âgées en Wallonie en mai 2016

mai-16	Nombre	Dépense	Montant moyen (1.6)	Maximum par mois (1.6)
Cat 1	5 715	406 096,55	72,48	83,44
Cat 2	14 197	3.497 759,11	251,30	318,52
Cat 3	11 933	3 490 935,85	298,40	387,27
Cat 4	4 029	1 379 607,89	349,27	456,00
Cat 5	1 771	753 825,65	434,16	560,13
Total	37 645	9 528 225,05	258,17	

<http://handicap.belgium.be/docs/fr/montants-maximaux-allocations-010616.pdf>

Annexe 3

Catégories de dépendance - maison de repos pour personnes âgées - maison de repos et de soins

Sur base de l'échelle d'évaluation, reprise au recto, les catégories de dépendance sont déterminées comme suit (le bénéficiaire est considéré dépendant lorsqu'il obtient un score de «3» ou «4» pour le critère concerné) :

Catégorie O : y sont classés les bénéficiaires qui sont totalement indépendants physiquement et psychiquement ;

Catégorie A : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;
- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et
ils sont entièrement indépendants physiquement ;

Catégorie B : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou aller à la toilette ;

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace, et

ils sont dépendants pour se laver et/ou s'habiller ;

Catégorie C : y sont classés :

- les bénéficiaires qui sont dépendants physiquement :
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et aller à la toilette, et
ils sont dépendants pour incontinence et/ou pour manger ;

Catégorie D : y sont classés les bénéficiaires diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie ;

Catégorie C dément : y sont classés :

- les bénéficiaires dépendants psychiquement :
ils sont désorientés dans le temps et dans l'espace ou
ils ont été diagnostiqués comme souffrant de démence à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste, et
ils sont dépendants pour se laver et s'habiller, et
ils sont dépendants pour incontinence, et
ils sont dépendants pour le transfert et déplacements et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger.

<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/maisons-repos/Pages/formulaires-MRPA-MRS-CSJ.aspx#.V9FXFKJWGJ8>