

# LA QUESTION D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE EN WALLONIE ET A BRUXELLES

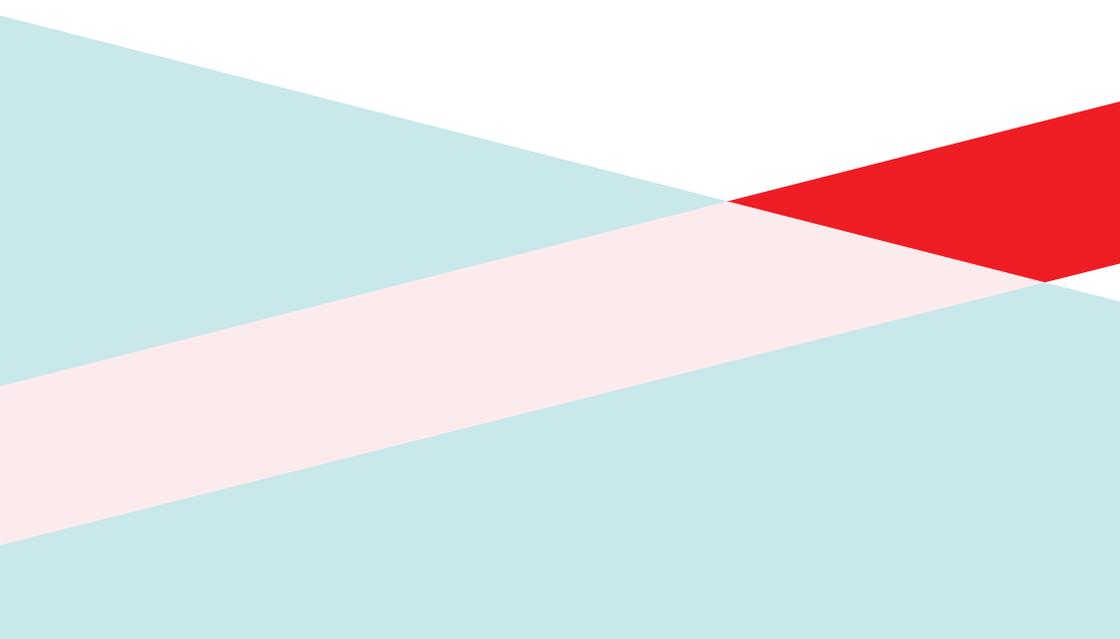
Benoit ANCIAUX

ETAT DE LA QUESTION  
Octobre 2015





<b>1. Introduction</b> .....	4
<b>2. Reconnaître la dépendance comme un risque social</b> .....	5
<b>3. La «Vlaamse zorgverzekering»</b> .....	7
<b>4. Vers une assurance autonomie en Wallonie et à Bruxelles</b> .....	8
4.1. Les accords de majorité.....	8
4.2. L'enjeu budgétaire.....	9
4.3. La problématique du maintien à domicile.....	10
4.4. Lignes de force pour une assurance autonomie solidaire.....	11
4.5. Prestations en espèces ou prestations en nature ?.....	13
<b>5. Conclusion</b> .....	16



## 1. Introduction

La volonté des partis politiques francophones de créer une assurance autonomie au niveau fédéral (dans le cadre de la sécurité sociale) a été rendu impossible par les arrêts de la Cour d'arbitrage de 2001 et de 2002 qui reconnaissaient la compétence des Communautés en matière de couverture sociale des aides à la vie quotidienne<sup>1</sup> pour les personnes dépendantes.

Ces arrêts ont fait suite aux recours en annulation introduits respectivement par le gouvernement de la Communauté française et par la Commission communautaire française (Cocof) à l'encontre des décrets flamands introduisant la «zorgverzekering».

Les arguments à l'encontre de l'assurance autonomie flamande étaient fondés sur la compétence exclusive du fédéral en matière d'assurance sociale. L'objectif de certains partis francophones (dont le PS) était d'instaurer une assurance autonomie - à partir de l'aide aux personnes âgées (APA) - à l'échelon fédéral, soit en maintenant les personnes âgées au sein même du système global de la sécurité sociale.

La 6e Réforme de l'Etat va bien plus loin que la logique des arrêts de la Cour d'arbitrage et des avis du Conseil d'Etat sur les différents actes législatifs posés par le gouvernement flamand. En effet, l'éclatement des compétences liées aux soins et à l'aide aux personnes se réduit considérablement avec le transfert<sup>2</sup> vers les entités fédérées d'un paquet homogène de compétences concernant les personnes âgées : forfaits INAMI pour les résidents en maisons de repos (MR) et en maisons de repos et de soins (MRS), réglementation du prix réclamé à ces résidents (frais d'hôtellerie), centres de soins de jours, centres de court séjour, hôpitaux gériatriques, aides à la mobilité, APA, etc.

Le financement des institutions pour personnes âgées est globalement le quatrième secteur des dépenses de l'assurance fédérale des soins de santé.

Signalons tout de même que le morcellement des compétences en matière de «perte d'autonomie» ne disparaît pas pour autant. Le fédéral reste compétent pour les soins infirmiers prestés à domicile (peu importe l'âge) et pour les services gériatriques des hôpitaux généraux non isolés. Il reste également compétent pour les allocations pour l'aide de tiers dans le régime de l'assurance invalidité et dans celui de la réparation des dommages professionnels. Au niveau de l'aide sociale aux personnes handicapées, l'allocation d'intégration (équivalent de l'APA pour les moins de 65 ans) n'a pas non plus été défédéralisée.

<sup>1</sup> Assistance sanitaire, aide au ménage, démarches diverses, soutien à la mobilité, soutien psychologique et aux proches.

<sup>2</sup> La compétence en matière de soins et d'aide aux personnes âgées a été transférée à partir du 1er juillet 2014. Des périodes de transition sont prévues.

L'accord intra-francophone dit «de la Sainte Emilie» de septembre 2013 a prévu que les compétences en matière d'aide et de soins dispensés aux personnes âgées de la Fédération Wallonie-Bruxelles qui résident en Région wallonne de langue française seront exercées par la Région wallonne. Pour Bruxelles, la compétence en matière de soins appartient soit à la Cocof pour les institutions rattachées à la Fédération Wallonie-Bruxelles, soit à la Commission communautaire commune (Cocom) pour les institutions bicommunautaires. Pour les règles relatives à l'APA, la Cocom a bien entendu la compétence exclusive.

La présente note a pour objectif d'attirer l'attention sur l'édification d'une assurance autonomie (sur base de l'APA) en Wallonie et à Bruxelles, un point qui se retrouve aussi bien dans la déclaration de politique régionale de la Wallonie que dans la déclaration politique du Collège réuni de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale.

## *2. Reconnaître la dépendance comme un risque social*

Il est actuellement très difficile d'évaluer le nombre de personnes dépendantes en Wallonie et à Bruxelles.

En effet, les informations concernant les différentes formes d'aides et de soins existants ne sont pas rassemblées dans une seule banque de données. Ces informations reposent sur des critères d'accès aux services qui ne sont pas homogènes (différentes grilles d'évaluation de la dépendance existent). De plus, il ne faut pas sous-estimer le nombre de personnes en perte d'autonomie qui ne font pas appel aux services professionnels.

A titre indicatif, on comptait 46.320 bénéficiaires de l'APA en Wallonie et à Bruxelles au 31 décembre 2013<sup>3</sup>. Les personnes appartenant aux catégories 2 et 3<sup>4</sup> selon les critères de dépendance évalués par l'échelle d'évaluation de la Direction générale (DG) Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale sont les plus importantes (respectivement 16.429 et 14.989 personnes, soit au total 67,9% des bénéficiaires).

Il faut bien garder à l'esprit que ces chiffres ne sont pas le reflet du nombre total de personnes qui répondent aux critères de dépendance de l'échelle d'évaluation de la DG Personnes handicapées étant donné la prise en compte

<sup>3</sup> Sur un total de 153.345 bénéficiaires (107.025 bénéficiaires en Flandre). Aperçu de l'année en chiffres 2013 - SPF Sécurité sociale, DG Personnes handicapées.

<sup>4</sup> Soit de 9 à 11 points [catégorie 2] et de 12 à 14 points [catégorie 3] sur un maximum de 18 que le handicap représente pour quelqu'un dans ses activités de tous les jours. Voir <http://handicap.fgov.be/sites/5030.fedimbo.belgium.be/files/explorer/fr/brochure-apa.pdf>.

des ressources des demandeurs de l'APA (plafonds de revenus). De plus, des personnes âgées dépendantes ne font pas appel à l'APA (revenus trop élevés, manque d'information, etc.) et la pertinence de l'échelle actuellement utilisée a fait l'objet de critiques.

Sur base d'une extrapolation effectuée par l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), il y avait environ 71.000 personnes âgées dépendantes en Wallonie et à Bruxelles en 2010 (vivant à domicile ou hébergées en institution). Le calcul part du nombre d'affiliés à la mutualité chrétienne bénéficiant d'un forfait A, B ou C, selon l'échelle de Katz<sup>5</sup> pour les soins infirmiers à domicile. Ensuite, l'extrapolation pour l'ensemble des deux régions se fait en utilisant le taux de pénétration moyen de l'ANMC.

On estime que le coût non médical de la dépendance qui est à charge des personnes concernées varie en moyenne entre 50 et 400 euros par mois selon les besoins individuels liés à la perte d'autonomie. Même si les barèmes des services d'aide familiale tiennent compte des revenus nets des ménages, cette charge financière doit évidemment s'apprécier par rapport à la capacité financière de s'acquitter de cette charge (en particulier pour les petites pensions).

En ce qui concerne le coût médical de la dépendance, l'assurance soins de santé prévoit un certain nombre de dispositifs permettant de prendre en compte la charge financière qu'elle représente<sup>6</sup> mais l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI) ne reconnaît pas la dépendance de manière globale (pour des raisons de réformes institutionnelles).

Par ailleurs, l'APA est - dans sa mouture actuelle - un système qui ne garantit pas un accès égal à cette allocation. Certes, la valeur financière de l'allocation est en principe proportionnelle à la perte d'autonomie<sup>7</sup> mais cette valeur est biaisée par le critère restrictif des revenus. Tant ce critère que le statut de «personne handicapée» de l'APA rendent cette dernière inadaptée aux profils socio-économiques des personnes âgées dépendantes et nous éloignent de la reconnaissance de la dépendance comme un risque social.

Le risque social doit d'abord être compris dans le cadre d'une espérance de vie qui ne cesse d'augmenter (proportion des personnes âgées de 75 ans et plus dans la population globale), mais en ne perdant pas de vue que l'in-

.....  
<sup>5</sup>L'échelle de Katz permet de déterminer l'état de dépendance physique d'une personne en fonction de certains critères (difficulté à se lever, s'habiller, manger, se déplacer...) pour déterminer l'aide (forfait) auquel on a droit par journée de soins infirmiers à domicile. Voir <http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/infirmiers/soins/Pages/echelle-evaluation-katz.aspx#.VZuE24tmrMo>

<sup>6</sup>Forfaits «soins infirmiers à domicile», forfaits «maladies chroniques», maximum à facturer, interventions majorées de l'assurance, etc.

<sup>7</sup>Bien que la grille d'évaluation de la dépendance utilisée pour l'APA est parfois contestée. Elle devrait être évaluée au regard d'autres grilles recommandées au niveau international, telle que l'échelle RAI qui semble plus exhaustive et qui vise à être complétée de façon interdisciplinaire (médecin, infirmier, service social, famille).

fluence sur la dépendance est difficilement quantifiable étant donné l'incertitude qui pèse sur l'évolution de l'espérance de vie «en bonne santé» (ou sans incapacité majeure). Ensuite, le risque social doit être appréhendé par rapport aux difficultés d'une partie de la population concernée de faire face au coût que représente la perte d'autonomie. Enfin, une réponse se doit aussi d'examiner la problématique sous l'angle de la contrainte budgétaire qui, actuellement, ne saurait rencontrer de manière adéquate les besoins actuels et futurs sans solliciter un autre mécanisme que celui des réponses institutionnelles existantes.

### *3. La «Vlaamse zorgverzekering»*

En Flandre, une assurance autonomie (aussi appelée assurance dépendance) - la «zorgverzekering» - a été instaurée par le décret du 30 mars 1999. Ce décret a été complété (pour les Bruxellois) par celui du 18 mai 2001. L'assurance est entrée en vigueur le 1er janvier 2002.

Les résidents en Flandre (et les résidents bruxellois s'ils adhèrent au système) doivent s'affilier à une caisse d'assurance de soins (soit organisée sous la forme d'une société mutualiste ou d'une ASBL par cinq fédérations mutualistes, soit une compagnie d'assurance privée ou soit une caisse publique).

A partir du 1er janvier 2015, la cotisation annuelle a fortement augmenté. Elle est de 50 euros par personne (obligatoire à partir de l'âge de 25 ans) ou de 25 euros pour la personne qui bénéficiait, au 1er janvier de l'année civile précédente, de l'intervention majorée en assurance soins de santé. Auparavant, elle était de 25 euros ou de 10 euros.

L'intervention de la caisse d'assurance de soins se fait au bénéfice des personnes qui souffrent d'une perte d'autonomie importante et de longue durée, sans condition d'âge, sans condition de revenus et peu importe que le bénéficiaire réside à son domicile ou dans une institution (maison de repos, maison de repos et de soins, maison de soins psychiatriques). L'intervention est forfaitaire : elle est de 130 euros par mois. Cette somme est versée à partir du 1er jour du quatrième mois qui suit la demande. La demande d'intervention doit être introduite à la caisse de soins au moyen d'une attestation qui prouve la dépendance requise pour l'intervention de l'assurance (une attestation de séjour dans une institution suffit dans la plupart des cas).

## 4. Vers une assurance autonomie en Wallonie et à Bruxelles

### 4.1. Les accords de majorité

Les accords de majorité en Wallonie et à Bruxelles prévoient la création d'une assurance autonomie.

Les moyens résultant du transfert de l'APA serviront de socle pour instaurer progressivement ce système d'assurance. Dans les deux régions, la priorité sera l'octroi de prestations en nature plutôt que le versement d'une somme forfaitaire.

Tout en mettant l'accent sur la prise en charge à domicile des aînés et sur des formules intermédiaires telles que les centres de soins de jour, le gouvernement wallon entend jeter les bases d'une couverture autonomie au bénéfice de tous les Wallons : «Le transfert de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) constitue une occasion de mettre sur pied une véritable «couverture autonomie» au profit de tous les aînés de Wallonie. Le Gouvernement n'entend pas modifier les droits des bénéficiaires actuels de l'APA. Pour l'avenir, le Gouvernement souhaite privilégier des réponses concrètes aux situations de dépendance, à domicile comme en institution, par des interventions en fonction des besoins et des prestations, plutôt qu'une logique de supplément de revenu. Progressivement, cette couverture autonomie devra bénéficier à tous les Wallons, avec une attention particulière pour ceux qui en ont le plus besoin»<sup>8</sup>.

Par contre, à Bruxelles, le Collège réuni de la Commission communautaire commune semble surtout privilégier une assurance autonomie circonscrite au maintien à domicile de la personne : «Le CR lancera dès sa mise en place une étude en vue de la création d'une assurance autonomie pour soutenir le choix du maintien à domicile, la première ligne de soins ainsi que les soins palliatifs à domicile. La question de la soutenabilité financière sera au centre des préoccupations. L'assurance autonomie bruxelloise assurerait potentiellement le remboursement de prestations en fonction des besoins et de la situation de dépendance des bénéficiaires. Le développement de cette assurance autonomie se fera au départ de l'APA transférée intégrale-

<sup>8</sup>Oser, innover rassembler, Déclaration de politique régionale 2014-2019 de la Wallonie, IX. Aînés, 1. Jeter les bases d'une couverture autonomie au bénéfice de tous les Wallons, p. 46.

ment à la Cocom, transformée selon les principes d'une assurance et non seulement d'une politique d'assistance, intégrée dans une gestion paritaire»<sup>9</sup>.

## 4.2. L'enjeu budgétaire

Le défi auquel doit répondre une assurance autonomie n'est pas seulement sociétal. Il est également budgétaire.

La répartition des moyens qui sont transférés pour les compétences d'aide et de soins aux personnes âgées va rapidement montrer ses limites. Les moyens budgétaires sont calculés sur base de l'évolution des personnes âgées de plus de 80 ans de chaque entité, de l'inflation et d'un pourcentage de la croissance réelle du PIB par habitant. En outre, les moyens transférés sont amputés d'une «contribution à l'assainissement budgétaire»<sup>10</sup>, contribution qui va s'accroître d'année en année.

Alors que les dépenses des maisons de repos ont enregistré une hausse annuelle moyenne de 7% ces dernières années (sans lits supplémentaires du fait de l'imposition d'un moratoire), elles risquent de se retrouver avec un taux de croissance bien moindre.

Sur base d'une étude réalisée par le Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)<sup>11</sup>, l'Union Nationale des Mutualités Socialistes (UNMS) estime que, dans l'hypothèse où, à l'horizon 2025, l'offre de soins à domicile devait augmenter de 50%, il faudrait quand même au minimum 6.000 lits supplémentaires dans les maisons de repos en Wallonie. Ce qui nécessite un investissement de 600 millions en infrastructure et d'un budget supplémentaire de 150 millions par an pour les frais de soins au sens large.

Faute de moyens suffisants, le risque est une augmentation substantielle du prix de l'hébergement dans les maisons de repos, ce qui aggravera encore davantage les problèmes des CPAS qui sont déjà fort sollicités aujourd'hui.

Définir des priorités sera donc indispensable et des arbitrages politiques seront nécessaires étant donné que chaque entité fédérée est libre de répartir la dotation reçue comme elle l'entend. La dotation

.....  
<sup>9</sup> Déclaration politique du Collège réuni de la Cocom, 5. Aide aux personnes, Personnes âgées, p. 11

<sup>10</sup> Contribution des entités fédérées aux surcoûts des dépenses causés par le vieillissement démographique.

<sup>11</sup> Etude intitulée «Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011-2025».

est globale dans le sens où la détermination mathématique de la part spécifique qui revient à telle ou telle compétence transférée (clé de répartition) n'a aucune incidence sur la manière dont l'entité fédérée utilise cette manne financière.

### 4.3. La problématique du maintien à domicile

Il est fondamental de rappeler que le maintien à domicile - le plus longtemps possible - de la personne âgée est un défi majeur pour les années à venir.

L'augmentation de l'espérance de vie ne suffit pas à expliquer l'allongement des séjours en institution et donc aussi le coût budgétaire que cela implique et que cela impliquera pour les entités fédérées. En effet, plusieurs études s'accordent sur le fait que d'autres facteurs de société jouent un rôle, surtout dans les grandes villes : habitat et environnement inadaptés, insécurité (réelle ou supposée), isolement social, manque de services à domicile ou de proximité, problèmes de mobilité et d'accessibilité (aux lieux publics, aux commerces dans certaines communes), etc.

Tout ceci a pour conséquence qu'un nombre important de personnes faiblement dépendantes<sup>12</sup> entrent en maisons de repos alors que ces places devraient être prioritairement réservées à d'autres personnes âgées. C'est Bruxelles qui compte le pourcentage le plus important de personnes faiblement dépendantes qui résident en maison de repos, soit 25% (un résident sur quatre)<sup>13</sup>. La durée de séjour dépasse les cinq années pour 33,2% de cette population en bonne santé (un résident sur trois).

Par conséquent, c'est par une politique transversale et surtout préventive que l'on permettra aux personnes âgées de rester dans leur cadre familial :

- renforcement des services d'aide et de soins à domicile ;
- instauration d'une assurance autonomie ;
- soutien aux aidants proches ;
- développement d'une politique d'hébergement alternative ;

<sup>12</sup>Catégorie 0 dans l'échelle de Katz.

<sup>13</sup>En Wallonie, le taux est approximativement de 16%. En Flandre, il serait de plus ou moins de 12%.

- adaptation des logements et mesures adéquates au niveau de l'aménagement du territoire ;
- requalification de lits MR en lits MRS ;
- réponse aux attentes du secteur professionnel (conditions de travail, qualité des soins, salaires, etc.) ;
- sensibilisation des services publics et privés aux problèmes rencontrés par les personnes âgées.

#### 4.4. Lignes de force pour une assurance autonomie solidaire

L'analyse de la perspective d'une assurance autonomie pour la Wallonie et Bruxelles viendrait compléter l'assurance soins de santé fédérale et les compétences de l'INAMI qui ont été transférées dans le cadre de la 6e Réforme de l'Etat.

L'objectif doit être surtout d'alléger pour les assurés le coût des prestations d'aide et de soins<sup>14</sup>.

L'octroi de l'APA pourrait être un point de départ à la mise en place d'une telle assurance. Le régime se transformerait progressivement<sup>15</sup> en une prestation modulable en fonction du degré de perte d'autonomie et accessible à toute personne indépendamment de sa situation familiale et éventuellement de ses revenus.

Introduire un critère de revenus est toujours très délicat dans un régime assurantiel, mais tout dépend de la technique utilisée. Notre sécurité sociale prévoit déjà des mécanismes qui tiennent compte (directement ou indirectement) des revenus des allocataires sociaux. Exemple : le maximum à facturer et le remboursement majoré (dans l'assurance soins de santé), l'octroi du statut «chef de famille» pour le cohabitant dont le ménage ne dépasse pas un certain plafond de revenus (dans l'assurance chômage), les suppléments sociaux dans le régime des allocations familiales, etc.

On pourrait très bien imaginer une assurance qui prévoit des barèmes de base pour tous (barèmes fixés en fonction de la perte d'autonomie) mais avec une majoration pour les bas revenus ou pour certaines catégories sociales. Il n'y aurait donc pas de plafonds de revenus pour

<sup>14</sup>Voir toutefois le point 3.5. Prestations en espèces ou prestations en nature ?

<sup>15</sup>Il n'est évidemment pas question de toucher aux droits des bénéficiaires actuels de l'APA.

accéder aux prestations de l'assurance autonomie. Une alternative (budgétaire) est de relever progressivement tous les plafonds de l'APA et de les faire disparaître à terme.

Comme l'ont fait tous les pays qui ont instauré une assurance autonomie, il faut envisager une nouvelle piste de financement. Ainsi, le socle de base que constitue l'APA devrait être complété progressivement par un apport de cotisations obligatoires de manière à élargir le public cible. Le principe de solidarité exige une cotisation modulée en fonction des revenus ou de la catégorie sociale et même une exonération pour certaines catégories de la population.

Pour des raisons pratiques (nombre de dossiers à traiter, nécessité de procéder à une évaluation du système mis en place), l'assurance autonomie devrait être instaurée par étapes (par tranches d'âge en commençant par les plus âgés). A terme, cette assurance doit bénéficier à tout le monde pour respecter le principe de solidarité intergénérationnelle.

Il y a de nombreux débats entre experts concernant le choix de la meilleure grille d'évaluation de la dépendance (tant la grille d'évaluation de l'INAMI que celle utilisée pour l'APA sont critiquées).

Nous n'aborderons pas cette question ici, mais il s'agit pourtant d'un enjeu crucial car une évaluation objective («la plus objective possible») est la garante de l'équité dans l'allocation des ressources. Aucune grille ne permet une fidélité parfaite. Il en résulte une impossibilité matérielle d'obtenir une certitude qu'un avantage sera ou non accordé quel que soit l'évaluateur, ni même pour un même évaluateur suivant le moment où il évalue. Mais il apparaît indispensable de disposer de la grille qui offre le maximum de garanties. Elle doit être fidèle et elle doit présenter des critères de validité de contenu et de construit suffisants. Elle doit aussi mesurer l'ensemble des dimensions auxquelles répondent les critères d'éligibilité à l'avantage accordé.

L'évaluation devrait se faire par le médecin-conseil avec le concours d'autres acteurs (service social, aidant proche ...).

Pour terminer, il faut rappeler que le financement des compétences transférées n'a plus aucun lien avec gestion globale de la sécurité sociale. Il importe de maintenir l'implication des partenaires sociaux dans la définition des orientations politiques, dans la gestion des moyens transférés et pour la défense des travailleurs.

## 4.5. Prestations en espèces ou prestations en nature ?

L'allocation d'intégration aux personnes handicapées et l'allocation pour personnes âgées (APA) sont censées compenser les coûts supplémentaires liés à la perte d'autonomie de la personne. On doit rappeler que ces deux allocations ont été instaurées par la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées et qu'elles ont remplacé les anciennes allocations pour l'aide d'une tierce personne.

La jurisprudence a toujours précisé que l'octroi d'une allocation pour aide de tiers (dans le cadre d'un régime d'assistance ou d'assurance) dépend de la nécessité théorique de l'aide d'une tierce personne ou de disposer d'équipements particuliers. Ceci signifie que seule l'autonomie de la personne doit être évaluée, abstraction faite de l'existence effective de l'aide d'une tierce personne ou du recours effectif à des équipements particuliers.

Dans le cadre du développement d'une assurance autonomie, il y a lieu de s'interroger sur l'opportunité de recourir à de simples versements en espèces. En effet, ne pas se préoccuper de savoir comment le bénéficiaire utilise les sommes qui lui sont versées équivaut à négliger la finalité d'une telle assurance. Cela peut s'avérer contre-productif et même dangereux. Il n'est évidemment pas question d'instaurer une forme de contrôle a posteriori sur le « bon usage » des ressources allouées, mais on pourrait imaginer une attribution différenciée des prestations selon la situation de la personne : soit en nature, soit en espèces, soit une combinaison des deux.

Ainsi, par exemple, il faudrait s'assurer que l'aide distribuée aux personnes dépendantes qui séjournent en institution ne se retrouve pas dans les recettes des gestionnaires, sans qu'il n'en résulte un « plus » qualitatif pour les bénéficiaires. Ce serait le risque si on augmente la prise en charge des résidents via les forfaits.

Lorsqu'une personne dépendante fait le choix du maintien à domicile, au moins une partie de la prestation devrait être versée en nature.

Pourquoi ?

Deux raisons sont évidentes :

- un usage inapproprié de la somme par une personne atteinte de troubles mentaux ;
- une confiscation par un proche (mal intentionné ou non).

Une troisième raison - moins évidente - est qu'il n'est pas normal que des personnes âgées en manque d'autonomie soient contraintes d'utiliser des versements en espèces pour «boucler les fins de mois difficiles». Sachant que beaucoup de pensionnés vivent au seuil de la pauvreté (environ un tiers), le risque est réel que l'assurance autonomie soit utilisée (en tout ou en partie) comme un supplément de revenu, avec aussi la possibilité que les prestataires de services augmentent leurs prestations à due concurrence.

Il semble donc préférable que la règle générale repose sur l'octroi de prestations en nature. Le remplacement (en tout ou en partie) par une somme d'argent ne devrait être possible que sous certaines conditions. L'idéal serait que les prestataires du réseau professionnel de l'intéressé soient directement indemnisés par l'assurance autonomie (système de tiers-payant) sur base de factures ou via un système de chèques-services.

Un problème particulier se pose dans l'hypothèse où la personne dépendante ne souhaite pas recourir au secteur professionnel. Ici, on entre dans toute la problématique de ce qu'on appelle communément «l'aidant proche» (l'aide informelle).

Le choix de ne pas faire appel aux services d'aide familiale n'est pas réductible à un simple problème financier.

Il repose aussi sur des éléments culturels et sur des «arbitrages familiaux». D'une part, l'opinion prévaut qu'au domicile, et, pour des soins peu techniques, les membres de la famille ou du réseau de proximité peuvent soigner ou soutenir les personnes âgées comme des professionnels. D'autre part, la possibilité pour l'aidant proche de déléguer une partie de ses tâches à des professionnels ne peut se faire qu'avec le consentement de la personne âgée, ce qui n'est pas toujours évident et implique un arbitrage dans la relation «aidant-aidé».

Ce sont probablement les familles les moins ouvertes sur l'extérieur qui délèguent le moins.

La loi du 12 mai 2014<sup>16</sup> impose que l'aidant proche exerce le soutien et l'aide à des fins non professionnelles, d'une manière gratuite et avec le concours d'au moins un intervenant professionnel. Celui-ci est toute personne habilitée, sur la base d'un diplôme ou d'une reconnaissance légale, à prodiguer des soins ou des conseils en matière de soins ou d'aide à domicile contre rémunération.

.....  
<sup>16</sup>Loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance.

L'existence d'au moins un intervenant professionnel garantit qu'il est possible d'octroyer des prestations en nature à la personne dépendante, ne fût-ce que pour couvrir des frais liés à un soutien ou à des conseils professionnels. Il n'empêche que le concours de l'intervenant professionnel n'est requis qu'en vue de la reconnaissance juridique de l'aidant proche, reconnaissance qui n'a actuellement qu'une portée symbolique mais qui est - surtout - facultative. Elle se fait via une déclaration sur l'honneur que l'aidant-proche introduit auprès de sa mutualité (avec l'accord de la personne aidée ou de son représentant légal).

D'autre part, la «gratuité» est aussi une condition à remplir pour être reconnu. Cette «gratuité» n'exclut évidemment pas que l'aidant proche puisse être indemnisé ou même gratifié occasionnellement. Le choix d'indemniser et/ou de gratifier demeure à la discrétion des personnes dépendantes<sup>17</sup>.

Dans le cadre d'une assurance autonomie et par rapport à l'existence d'un aidant proche au domicile de la personne dépendante, on doit se poser les questions suivantes :

- des versements en espèces ne risquent-ils pas de favoriser une économie au noir, et donc une forme déguisée de rémunération de l'aidant proche ?
- faut-il rendre obligatoire l'enregistrement auprès de la mutualité ?
- doit-on instaurer une allocation pour l'aidant proche comme cela existe dans certaines communes et provinces en Flandre (mantelzorgpremie)<sup>18</sup>? Cette allocation serait une forme de reconnaissance du travail des aidants proches et permettrait de promouvoir les aides et les soins dans l'environnement normal de la personne dépendante.

.....  
<sup>17</sup> L'activité d'aidant proche n'est nullement une activité de volontariat au sens de la loi du 3 juillet 2005 relative aux droits des volontaires, puisque l'activité est exercée dans un cadre privé (non réductible d'ailleurs au cadre familial). La loi de 2014 exige que l'aidant proche ait développé une relation de confiance ou de proximité, affective ou géographique avec la personne aidée.

<sup>18</sup> Chaque autorité fixe les conditions d'ouverture et le montant attribué à l'aidant proche. Une allocation existe aussi aux Pays-Bas (mantelzorgcompliment).

## *5. Conclusion*

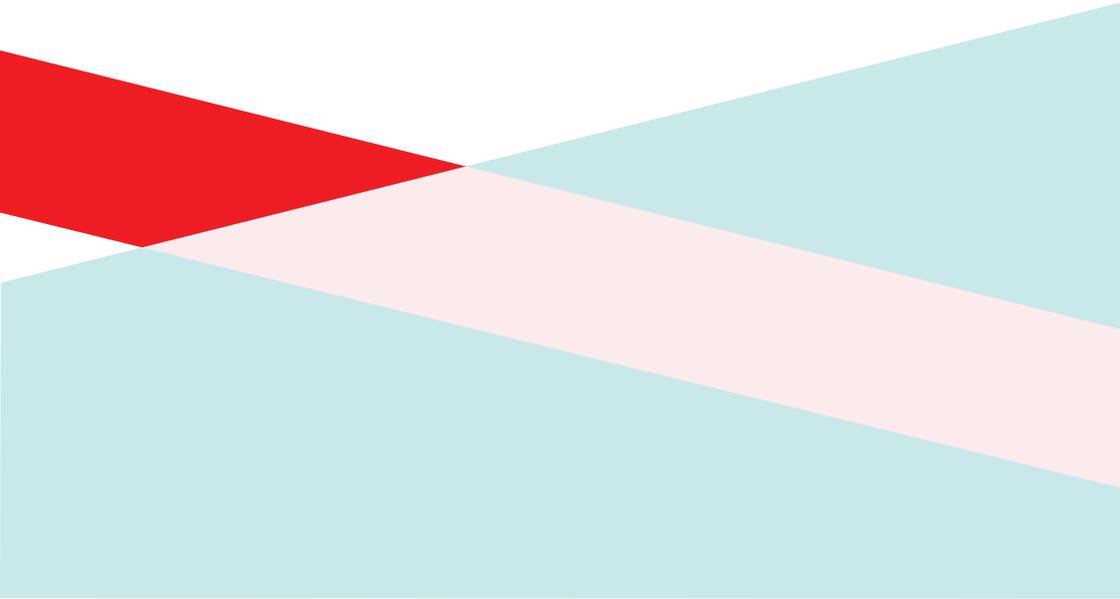
En examinant la façon dont notre pays s'est organisé pour répondre aux besoins de la population âgée dépendante, on s'aperçoit qu'une offre d'aide et de soins qu'elle soit professionnelle ou informelle existe.

Au fil du temps, des réponses ont été apportées afin d'améliorer l'accès, la qualité et la coordination de cette offre. Toutefois, jusqu'à la 6e Réforme de l'Etat, on ne peut s'empêcher de voir le système comme une offre morcelée et complexe dont les compétences et le financement partagés entre les différents niveaux de pouvoir nous ont éloignés d'un concept plus intégré où la perte d'autonomie serait considérée comme un nouveau besoin spécifique qu'il s'impose de couvrir.

L'enjeu du vieillissement démographique et les prévisions d'une augmentation du public concerné dans les prochaines années donnent la légitimité à l'instauration d'une assurance autonomie.

Les transferts de compétences en cette matière du niveau fédéral au niveau régional en sont l'opportunité.







La mise en place d'une assurance autonomie est un point qui figure aussi bien dans la Déclaration de politique régionale de la Wallonie que dans la Déclaration politique du Collège réuni de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Le Gouvernement wallon vient d'ailleurs d'annoncer sa volonté de concrétiser une assurance autonomie pour le 1er janvier 2017.

Il nous a donc semblé utile de faire le point sur les enjeux sociétaux et budgétaires que ces dispositions impliquent en mettant l'accent sur des aspects fondamentaux que cette assurance autonomie devra prendre en compte comme son caractère solidaire ou l'intérêt de favoriser le maintien à domicile.

Institut Emile Vandervelde  
Bd de l'Empereur, 13  
B-1000 Bruxelles  
Téléphone : +32 (0)2 548 32 11  
Fax : + 32 (02) 513 20 19  
[iev@iev.be](mailto:iev@iev.be)  
[www.iev.be](http://www.iev.be)