VERS UNE ASSURANCE AUTONOMIE BRUXELLOISE

Etude réalisée pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale

Rapport final

De Brouwer, H.[1], Verté, D.[2], Dumont, D.[3], De Blander, R.[4], Mahieu, C.[5], Vandenbroucke, A.[4], Slautsky, E.[3], De Spiegelaere, M.[5], & De Greef, V.[3]

1 Université Saint-Louis – Bruxelles - IRIB

2 Vrije Universiteit Brussel – Belgian Ageing Studies

3 Université Libre de Bruxelles- Centre de Droit Public

4 Brussels Studies Insitute

5 Université Libre de Bruxelles – Ecole de Santé Publique

©2016 Brussels Studies Institute - CoCom

Table des matières

I. VOLET JURIDIQUE **5**

1. La compétence de la COCOM pour instituer une assurance autonomie obligatoire à Bruxelles **5**
1.1. La COCOM est-elle compétente pour instituer une assurance autonomie ? 6
1.2. La COCOM est-elle compétente pour instituer une assurance autonomie obligatoire? 7
1.3. Conclusion 12

2. Le financement de l'assurance autonomie bruxelloise **12**
2.1. Cotisations des personnes assurées 12
2.1.1. Les différentes formes de prélèvements obligatoires 13
2.1.2. Impôt 14
2.1.3. Redevance 14
2.1.4. Cotisation 15
2.2. Dotation de la Région de Bruxelles-Capitale 15
2.3. Conclusion 16

3. La délimitation du champ d'application personnel de la prestation au regard des libertés de circulation européennes **16**
3.1. La saga de l'assurance soins flamande 17
3.2. Tirer les enseignements du précédent de la *zorgverzekering* 22
3.3. Conclusion 24

4. L'assurance autonomie bruxelloise face au droit européen du marché intérieur et à la liberté d'entreprise **25**
4.1. Le principe de l'intervention de la COCOM et du caractère obligatoire de l'affiliation 25
4.2. L'organisation de l'assurance autonomie bruxelloise 26
4.3. Conclusion 28

5. L'obligation pour la COCOM de respecter les droits sociaux fondamentaux **28**
5.1. L'obligation de standstill 28
5.2. Les engagements internationaux de l'Etat belge à l'égard des personnes handicapées 29
5.3. Conclusion 30

II. GROUPES DE DISCUSSION ET LITTERATURE **31**

1. Introduction **31**
1.1. Méthodologie 31
1.2. Pourquoi une assurance autonomie bruxelloise ? 34

2. Analyse des groupes de discussion et de la littérature **38**
2.1. Quel sont les objectifs de l'assurance autonomie ? 38
2.2. Modes de financement de l'assurance autonomie 41
2.2.1. Financement privé 41
2.2.2. Financement par cotisations 42
2.2.3. Financement supplémentaire (impôt et dotations) 43
2.3. Quel panier de services l'assurance autonomie doit-elle fournir ? 45
2.3.1. Quatre garanties structurantes 45
2.3.2. Inclusion versus non inclusion des services de soins de santé 46

2.3.3. Inclusion versus non inclusion des MR et des MRS 47
2.3.4. Logique d'innovation versus logique de renforcement de l'accessibilité 48
2.3.5. Inclusion versus non inclusion des services de coordination et d'orientation 50
2.3.6. Cibler ou non les aidants-proches 51
2.4. Critère d'éligibilité / admissibilité 53
2.4.1. BelRAI 54
2.4.2. Une coordination entre les différentes Régions 55
2.4.3. L'oubli du social ? 56
2.4.4. Opérationnalisation 56
2.4.5. Dépendance passagère 57
2.4.6. Contrôle 57
2.4.7. Lieu de domicile 58
2.4.8. Limite d'âge 58
2.4.9. Les désaffiliés 59
2.4.10. Corrections sociale/ degré d'éligibilité 59
2.4.11. Une individualisation des droits afin de ne pas entraver les formes de logement innovantes 61
2.5. Régulation du secteur 61
2.5.1. Particularités du travail du care 62
2.5.2. Régulation tutélaire (ou prestation en nature) 65
2.5.3. Régulation quasi-marchande ou prestation monétaire 66
2.5.4. Une régulation conventionnée ou droit de tirage 68
2.5.5. Quel mode de gouvernance ? 69
2.6. Quels acteurs ? 69
2.6.1. Récolter les cotisations et payer les prestations 70
2.6.2. Contrôler les dépenses et réguler les tarifs 71
2.6.3. Contrôler la qualité et agréer les prestataires de services 72
2.6.4. Mesurer le degré de dépendance 72
2.6.5. Coordonner l'accompagnement de la personne 72
2.7. Articulation bruxelloise, avec la Flandre et la Wallonie 73
2.7.1. Cotisation 74
2.7.2. Zorgverzekering flamande à Bruxelles 75
2.7.3. Portabilité des droits 75
2.8. Points de discussions 76
2.8.1. Discussion parallèle : Un nouveau modèle de soin ? 76
2.8.2. Politiques d'emploi 77

III. SIMULATIONS RELATIVES A LA FAISABILITE D'UNE *ZORGVERZEKERING* BRUXELLOISE 80

1. Volet « recettes » 80

2. Frais de gestion 81

3. Dépenses 82

IV. CONCLUSION 84

1. Conclusions de l'analyse juridique 85

2. Conclusions sur la base des groupes de discussion et de la littérature 85
2.1. Quel sont les objectifs de l'assurance autonomie? 85

2.2. Mode de financement de l'assurance autonomie 86
2.3. Quel panier de services l'assurance autonomie doit-elle fournir ? 87
2.4. Critère d'éligibilité / admissibilité 88
2.4.1. BelRAI 89
2.4.2. Lieu de domicile 89
2.4.3. Limite d'âge 89
2.4.4. Les désaffiliés 90
2.4.5. Corrections sociales/ degré d'éligibilité 91
2.5. Régulation du secteur 91
2.6. Quels acteurs ? 93
2.7. Articulation bruxelloise, avec la Flandre et la Wallonie 94
2.8. Points de discussions 95
2.8.1. Discussion parallèle : Un nouveau modèle de soin ? 95
2.8.2. Politiques d'emploi 96

3. Conclusions des simulations relatives à la faisabilité d'une assurance autonomie bruxelloise 96

ANNEXE A LA PARTIE JURIDIQUE 97

1. Présentation synthétique du système des allocations pour personnes handicapées 97

2. Evolutions récentes et lacunes constatées par le passé 99

3. Pistes pour la construction du modèle de la COCOM 101
3.1. Opter pour une nature assurantielle ou assistancielle de l'aide ? 102
3.1.1. La Cocom et la construction d'une assurance autonomie 102
3.1.2. La Flandre et la construction d'une « protection sociale flamande » 105
3.2. Prévoir des prestations en nature ou en espèces ? 110
3.3. Quel âge fixer pour les bénéficiaires de l'assurance autonomie ? 112
3.4. Mettre la priorité sur les soins à domicile est-il problématique et implique-t-il un retrait de l'APA pour les personnes résidant en maisons de repos ? 113

4. Conclusion de l'annexe 115

I. Volet juridique

L'accord de gouvernement de la COCOM pour la législature 2014-2019 envisage « la création d'une assurance autonomie pour soutenir le choix du maintien à domicile » des personnes, âgées en particulier, en situation de dépendance[1]. Il est précisé que cette assurance autonomie sera, si elle voit le jour, développée à partir de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA), qui a été défédéralisée et transférée aux communautés à l'occasion de la sixième réforme de l'Etat[2]. Mais il est précisé également que là où l'APA était, au sein de la sécurité sociale fédérale, une prestation d'aide sociale octroyée sous condition de ressources, la nouvelle prestation destinée à prendre en charge le risque de dépendance prendra la forme, quant à elle, d'une assurance sociale soumise à la gestion paritaire[3].

C'est dans ce contexte que le présent rapport a pour objet d'analyser certaines des questions juridiques que soulève le projet de mettre en place, à Bruxelles, une assurance autonomie obligatoire. Eu égard aux contraintes de temps et surtout de moyens dans lesquelles cette analyse a dû être réalisée, ainsi qu'en raison de l'absence d'un cahier des charges précis, l'ensemble des questions qui pourraient se poser n'ont pas, à ce stade, pu être examinées de façon approfondie.

Dans la perspective de traiter les questions prioritaires pour que le projet puisse avancer, on analysera ci-après, premièrement, la question de la compétence de la COCOM pour mettre en œuvre une assurance autonomie obligatoire à Bruxelles (1.), deuxièmement, celle du financement de cette assurance autonomie (2.), troisièmement, celle du champ d'application personnel que l'assurance autonomie devrait se voir reconnaître au regard des contraintes européennes (3.), quatrièmement, celle de l'impact éventuel du droit européen du marché intérieur et de la liberté d'entreprise sur l'organisation de cette assurance (4.) et, cinquièmement, l'impact de l'obligation pour la COCOM de respecter les droits sociaux des personnes se trouvant sous sa juridiction (5.).

1. La compétence de la COCOM pour instituer une assurance autonomie obligatoire à Bruxelles

La première question qui se pose est celle de savoir si la COCOM est bien compétente pour instituer une assurance autonomie (1.1) et surtout pour lui conférer un caractère obligatoire (1.2).

---

[1] Accord de gouvernement, *Doc. parl.*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, 2014, n° B-1/1, p. 26.
[2] Loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, art. 5, §1er, II, 4°, a), tel qu'il a été modifié par la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat, *M.B.*, 31 janvier 2014.
[3] Accord de gouvernement, *Doc. parl.*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, 2014, n° B-1/1, p. 26.

1.1. La COCOM est-elle competente pour instituer une assurance autonomie ?

La COCOM est compétente pour régler, dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, les matières dites « bipersonnalisables ». La prise en charge des personnes en situation de dépendance peut-elle être considérée comme en en faisant partie ?

Les matières personnalisables sont habituellement définies comme « toutes les matières étroitement liées à la vie de l'individu dans sa communauté »[4]. Elles sont énumérées à l'article 5, §1er de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles – on y reviendra. En vertu de l'article 128 de la Constitution, les matières personnalisables relèvent de la compétence des communautés.

La prise en charge de la dépendance peut-elle être considérée comme une matière personnalisable ? Elle n'apparaît pas explicitement dans l'énumération qui figure à l'article 5, §1er de la loi spéciale du 8 août 1980. Mais le doute a été levé par la Cour constitutionnelle, alors encore Cour d'arbitrage, dans son arrêt n° 33/2001 relatif à la *zorgverzekering* instituée par la Communauté flamande. Etait en cause, notamment, la question de savoir si le décret flamand du 30 mars 1999 créant une « assurance soins », ou assurance dépendance[5], avait pu valablement être adopté par la Communauté flamande au titre de la compétence des communautés pour les matières personnalisables. Suivant, sur ce point, l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat[6], la Cour constitutionnelle a considéré que la loi spéciale du 8 août 1980 a attribué aux communautés, au titre des matières personnalisables, « toute la matière de l'aide aux personnes » – politique familiale, politique d'aide sociale, politique des personnes handicapées, politique du troisième âge,… (art. 5, §1er, II) – et que, sur cette base, la Communauté flamande était fondée à organiser une prise en charge des frais encourus par les personnes ayant une autonomie réduite. La Cour a ajouté qu'« il importe peu que la catégorie de bénéficiaires des mesures critiquées ne soit pas expressément mentionnée dans l'énumération de l'article 5, §1er, II, de la loi spéciale du 8 août 1980 » et que « l'aide que les communautés peuvent prévoir n'est […] pas limitée aux diverses catégories de personnes énumérées » par cette disposition[7].

Cette position a été réitérée à plusieurs reprises par la Cour constitutionnelle dans des arrêts ultérieurs[8], de sorte qu'il ne paraît pas faire de doute que la création d'une prestation destinée à soutenir les personnes en situation de dépendance entre bien les attributions des communautés en matière d'aide aux personnes.

Qu'en est-il plus précisément dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale ? A Bruxelles, les Communautés flamande et française exercent les compétences dans les matières personnalisables à

---

[4] *Doc. parl.,* Chambre, 1977-1978, n° 461/1, p. 28.

[5] Décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, *M.B.*, 28 mai 1999. Ce décret va être abrogé et remplacé, à une date qui doit être déterminée par le gouvernement flamand, par le décret de la Communauté flamande du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, *M.B.*, 6 septembre 2016, qui fait de l'assurance soins l'un des « piliers » de la nouvelle « protection sociale flamande » (*Vlaamse sociale bescherming*).

[6] Conseil d'Etat, avis n° L.28.583/3 du 17 décembre 1998 « over een voorstel van decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering », *Doc. parl.*, parlement flamand, 1998-1999, n° 1239/3, p. 7 et 8.

[7] Cour d'arbitrage, 13 mars 2001, n° 33/2001, B.3.3. et B.3.4.

[8] Cour constitutionnelle, 22 janvier 2003, n° 8/2003, B.7. ; Cour constitutionnelle, 19 avril 2006, n° 51/2006, B.9.5. ; Cour constitutionnelle, 21 janvier 2009, n° 11/2009, B.12.1.

l'égard des institutions qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou l'autre Communauté (art. 128, §2), soit les institutions dites uni-communautaires. *A contrario*, les Communautés flamande et francophone ne sont pas compétentes pour légiférer, dans la région bilingue, à l'égard des institutions relevant indifféremment de l'une et de l'autre Communauté, pas davantage qu'à l'égard des personnes physiques elles-mêmes. Pour ce qui concerne ces deux types de situations, constitutives de la matière bi-personnalisable, c'est la COCOM qui est compétente, et elle seule. La loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, prise en application des articles 135 et 136 de la Constitution, établit en effet en son article 60, al. 4 : « L'institution compétente pour les matières communautaires communes aux deux communautés de Bruxelles-Capitale [est] la Commission communautaire commune »[9].

Seule la COCOM peut donc, à Bruxelles, régler le sort des institutions bicommunautaires et faire naître des droits et des obligations directement à l'égard des personnes, à l'exclusion des Communautés flamande et française. Cette compétence est une manifestation du principe de l'interdiction des sous-nationalités à Bruxelles[10]. Lorsque les matières personnalisables ont été confiées aux communautés en 1980, on a en effet explicitement rejeté l'idée que les Bruxellois puissent être contraints de s'enfermer dans une sous-nationalité, flamande ou francophone[11]. Par conséquent, ni les institutions bicommunautaires ni les personnes physiques ne peuvent être directement visées par les normes adoptées par les Communautés flamande et française. Seules les ordonnances de la COCOM peuvent, dans les matières personnalisables, viser les institutions bicommunautaires ou avoir pour objet l'édiction de règles ayant pour destinataires l'ensemble des Bruxellois.

Compte tenu de la compétence de la COCOM pour légiférer dans les matières communautaires à l'égard des personnes ainsi qu'à l'égard des institutions qui, en raison de leur organisation, ne relèvent pas exclusivement de l'une des deux Communautés, on ne voit pas d'obstacle de principe à ce qu'elle institue une assurance autonomie bruxelloise, pour autant bien sûr qu'elle ne le fasse pas en visant des institutions unicommunautaires flamandes ou francophones, telles, par exemple, les caisses d'assurances soins agréées par le gouvernement flamand.

1.2. La COCOM est-elle competente pour instituer une assurance autonomie obligatoire?

La véritable difficulté, en réalité, est de savoir si la COCOM peut instituer à Bruxelles une assurance autonomie revêtant un caractère obligatoire, c'est-à-dire couvrant toute la population de la capitale.

---

[9] Voir aussi l'article 63, al. 1er de la même loi.

[10] Sur les sources et la portée de cette interdiction, voir H. Dumont et S. Van Drooghenbroeck, « L'interdiction des sous-nationalités à Bruxelles », *Administration publique*, 2011, p. 201-226.

[11] Révision de la Constitution par l'insertion d'un ou de plusieurs articles traitant des compétences des conseils des communautés relatives aux matières personnalisables et du champ d'application, rapport fait au nom de la commission de la Révision de la Constitution et de la réforme des institutions par M. de Stexhe et M. Lindemans, *Doc. parl.*, Sénat, 1979-1980, n° 100/27, p. 5.

Pour sa part, le décret de la Communauté flamande portant organisation de l'assurance soins oblige tous les résidents de la région de langue néerlandaise âgés de 26 ans et plus à s'affilier à une « caisse d'assurance soins » (*zorgkas*) agréée par le gouvernement flamand[12].

Pour ce qui concerne le territoire de la région bilingue, les auteurs de la proposition de décret à l'origine de la *zorgverzekering* avaient initialement prévu que tous ses résidents auraient été soumis à la même obligation que ceux de la région de langue néerlandaise. Mais dans son avis, la section de législation du Conseil d'Etat avait rappelé que ce n'est pas possible, compte tenu de ce que, à Bruxelles, la Communauté flamande n'a de compétences qu'à l'égard des institutions uni-communautaires flamandes et ne peut imposer d'obligations directement aux habitants[13]. En vertu du décret finalement adopté, les Bruxellois ont la possibilité mais non l'obligation de s'affilier à une *zorgkas* et de bénéficier de la couverture offerte[14].

Il en résulte que, si elle le voulait, la Commission communautaire française (COCOF), à qui la Communauté française a transféré en 1993, pour ce qui concerne la région bilingue, l'exercice de ses compétences en matière d'aide aux personnes[15], pourrait, elle aussi, créer une assurance autonomie, à laquelle les Bruxellois qui le souhaitent pourraient s'affilier. La COCOF peut en effet, à l'instar de la Communauté flamande, atteindre les Bruxellois par le biais d'institutions uni-communautaires, francophones dans son cas[16]. Mais il importe d'ajouter que si deux assurances autonomie parallèles voyaient ainsi le jour, l'une flamande, l'autre francophone, on ne pourrait en revanche pas imposer aux Bruxellois de choisir celui des deux systèmes auquel ils souhaiteraient être rattachés, en raison de la prohibition des sous-nationalités à Bruxelles. Les constitutionnalistes, francophones et néerlandophones, qui se sont exprimés sur la question semblent s'accorder pour considérer que, juridiquement, l'absence de sous-nationalités à Bruxelles emporte le droit de s'adresser à une institution francophone ou à une institution flamande, et le droit de changer d'avis, mais aussi le droit d'éventuellement ne pas se rattacher à une institution uni-communautaire, pour ne pas être « catalogué » comme francophone ou comme flamand[17].

---

[12] Décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, art. 4, §1er, al. 1er ; remplacé, à la date qui sera déterminée par le gouvernement flamand, par le décret de la Communauté flamande du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, art. 29, §1er, al. 1er.

[13] Conseil d'Etat, avis n° L.28.583/3 du 17 décembre 1998 « over een voorstel van decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering », *Doc. parl.*, parlement flamand, 1998-1999, n° 1239/3, p. 11.

[14] Décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, art. 4, §1er, al. 2 ; remplacé, à la date qui sera déterminée par le gouvernement flamand, par le décret de la Communauté flamande du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, art. 29, §1er, al. 2. Pour une discussion sur les difficultés suscitées par la mise en œuvre de la *zorgverzekering* à Bruxelles, voir F. JUDO, « Brussel : zorg(en) verzekerd ? », *Sociaalrechtelijke Kronieken*, 2002, p. 313-318.

[15] Décret II de la Communauté française du 19 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 10 septembre 1993, art. 3, 7° ; décret III de la Commission communautaire française du 22 juillet 1993 attribuant l'exercice de certaines compétences de la Communauté française à la Région wallonne et à la Commission communautaire française, *M.B.*, 10 septembre 1993, art. 3, 7°.

[16] En ce sens, J. VANPRAET, « Vers une sécurité sociale flamande complémentaire dans le cadre actuel de répartition des compétences ? », *Journal des tribunaux*, 2010, n° 9, p. 304.

[17] X. DELGRANGE, avec la collaboration de H. DUMONT, « Bruxelles et l'hypothèse de la défédéralisation de la sécurité sociale », *Autonomie, solidarité et coopération. Quelques enjeux du fédéralisme belge au 21e siècle/Autonomie, solidariteit en samenwerking. Enkele belangen van het Belgisch federalisme in de 21ste eeuw* (dir. P. Cattoir, P. De Bruycker, H. Dumont, H. Tulkens et E. Witte), Bruxelles, Larcier, 2002, p. 261 et 262 ; J.

Pour respecter la prohibition des sous-nationalités, il faut donc nécessairement, si l'on veut que tous les habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale soient couverts par une assurance autonomie, que la COCOM organise à tout le moins un système « tiers », à l'intention des Bruxellois qui ne voudraient opter ni pour le système flamand, ni pour le système francophone[18]. On peut évidemment envisager aussi, ce qui est plus simple, qu'elle crée un système unique à destination de l'ensemble de la population bruxelloise.

Ce dernier scénario suscite toutefois une difficulté importante, qui a trait à l'articulation d'une éventuelle assurance autonomie obligatoire instituée par la COCOM avec les initiatives antérieures des communautés, en l'occurrence la *zorgverzekering* de la Communauté flamande. De quelle manière devrait être organisée et arbitrée la coexistence – inédite – de prestations sociales identiques, ou à tout le moins largement similaires, sur un même territoire ? A supposer ainsi que la COCOM institue une assurance dépendance obligatoire dans la région bilingue, les Bruxellois qui se sont affiliés volontairement à la *zorgverzekering* devront-ils, demain, payer une double cotisation ? Symétriquement, pourront-ils cumuler les prestations auxquelles donnerait droit l'affiliation simultanée au système flamand et au système bruxellois ? Ou, à l'inverse, l'un des deux systèmes devra-t-il refluer face à l'autre ?

En l'état du droit, ces questions restent sans réponse ferme et définitive, compte tenu de l'absence de précédent. En tout état de cause, l'hypothèse de la priorité d'un système par rapport à l'autre paraît contraire à l'absence de règle de primauté dans le système fédéral belge, de sorte que l'on peut *a priori* l'exclure. L'hypothèse inverse, celle du cumul, des cotisations comme des prestations, semble par contre juridiquement envisageable. Politiquement, en revanche, elle ne paraît évidemment pas avoir beaucoup de sens. C'est donc sans doute par la voie négociée qu'il faudra sortir de l'impasse.

Une voie possible pour articuler les initiatives bruxelloise et flamande en matière de prise en charge de la dépendance sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale consisterait à conclure un accord de coopération entre la COCOM, la Communauté flamande et la COCOF, ainsi que cela a du reste déjà été suggéré[19]. À vrai dire, il se pourrait même, au vu de la jurisprudence de la Cour constitutionnelle, que la conclusion préalable d'un tel accord de coopération soit considérée par la Cour, en cas de litige, comme une obligation juridique, dont le non-respect serait susceptible d'entraîner l'annulation d'une éventuelle ordonnance adoptée unilatéralement. La Cour a en effet déjà imposé à plusieurs reprises la conclusion d'un accord de coopération dans des cas de figure qui ne sont pas visés par les §2 à 4*undecies* de l'article 92*bis* de la loi spéciale du 8 août 1980, lesquels énumèrent

---

VELAERS, « Brussel en de hypothese van de defederalisering van de sociale zekerheid », *Autonomie, solidarité et coopération/ Autonomie, solidariteit en samenwerking*, *op. cit.*, p. 293 et p. 296 à 298 ; H. DUMONT et S. VAN DROOGHENBROEK, « L'interdiction des sous-nationalités à Bruxelles », *op. cit.*, p. 214 et 224, et les références aux travaux parlementaires et aux avis de la section de législation du Conseil d'Etat citées par ces auteurs. Voir aussi, par analogie, J. VELAERS, « 'Vlaanderen laat Brussel niet los' : de Vlaamse invulling van de Gemeenschapsautonomie in het tweetalig gebied Brussel-Hoofdstad », *Het statuut van Brussel/Bruxelles et son statut* (dir. E. Witte, A. Alen, H. Dumont et R. Ergec), Bruxelles, Larcier, 1999, p. 602 à 603.

[18] En ce sens, voir, outre les auteurs cités à la note infrapaginale précédente, J. VELAERS, « Sociale zekerheid tussen unionisme en federalisme », *Sociale zekerheid en federalisme* (dir. H. Deleeck), Bruges, die Keure, 1991, p. 228 et 229.

[19] Voir J. VANPRAET, « Vers une sécurité sociale flamande complémentaire dans le cadre actuel de répartition des compétences ? », *op. cit.*, n° 10, p. 305, pour qui « la signature d'un accord de coopération est tout indiquée ».

les différentes questions pour le règlement desquelles le législateur spécial prévoit la conclusion obligatoire d'un accord de coopération[20].

Cette jurisprudence, qui tempère le principe de l'exclusivité des compétences, a été développée à partir de 2004, essentiellement en matière d'infrastructure des communications électroniques. Malgré l'absence de disposition légale expresse en la matière – avant la sixième réforme de l'État du moins –, la Cour a considéré à plusieurs reprises que, dans ce domaine, « les compétences de l'Etat fédéral et des communautés […] sont devenues à ce point imbriquées, par suite de l'évolution technologique, qu'elles ne peuvent plus être exercées qu'en coopération »[21]. Dans la foulée, la Cour a invalidé des normes qui avaient été adoptées par le législateur fédéral ou une communauté seul(e), pour violation de l'exigence de proportionnalité qui s'attache à l'exercice de toute compétence. Ultérieurement, la Cour constitutionnelle a étendu cette jurisprudence à la lutte contre les gaz à effet de serre dans le secteur de l'aviation[22]. Dans ces différentes affaires, la Cour a manifestement été sensible à l'impact des évolutions technologiques, ainsi qu'à l'imposition par le droit européen d'obligations de coordination.

Cette jurisprudence est-elle applicable au cas qui nous occupe ? Dans d'autres affaires que celles déjà évoquées, la Cour constitutionnelle a refusé de requérir la conclusion d'un accord de coopération. Ca été le cas, notamment, dans une affaire en matière de soins de santé, où la Cour a considéré qu'il ne lui était pas démontré en quoi l'élaboration d'un accord serait « indispensable à la mise en œuvre d'une politique de dispensation de soins cohérente »[23]. En l'espèce, il n'était question ni de développements technologiques, ni de contraintes européennes. S'agissant de la prise en charge du risque de perte d'autonomie, les compétences de la COCOM et de la Communauté flamande (et de la COCOF) sont-elles « à ce point imbriquées » qu'elles ne pourraient plus être exercées qu'en coopération, un accord étant alors « indispensable » ? Dit autrement, l'exercice unilatéral par la COCOM de sa compétence en matière d'aide aux personnes à l'égard des Bruxellois pourrait-il être considéré comme étant de nature à rendre exagérément difficile voire impossible l'exercice par la Communauté flamande de sa propre compétence dans la même matière à l'égard, pour ce qui la concerne, des institutions uni-communautaires flamandes de la région bilingue ? Tout dépend sans doute des modalités concrètes qui seront retenues par le législateur bruxellois, aussi bien sous l'angle du financement que des prestations[24]. On notera cependant que, en son temps, ni la section de législation du Conseil d'État ni la Cour constitutionnelle n'ont jugé que la Communauté flamande devait, pour sa propre *zorgverzekering*, conclure un accord de coopération avec la COCOM s'agissant de l'application de cette assurance à Bruxelles. Par analogie, il devrait être possible de soutenir que la

---

[20] Sur cette jurisprudence, voir H. ORBAN, « Les accords de coopération obligatoires : les nouvelles obligations dégagées par la Cour constitutionnelle », *Revue belge de droit constitutionnel*, 2011, p. 3-22 et Y. PEETERS, *De plaats van samenwerkingsakkoorden in het constitutioneel kader*, Bruges, die Keure, coll. « Bibliotheek grondwettelijk recht », 2016, n° 217 à 253, p. 100 à 114, et les références citées.

[21] Cour d'arbitrage, 14 juillet 2004, n° 132/2004, B.6.2 ; Cour d'arbitrage, 13 juillet 2005, n° 128/2005, B.6.2. ; Cour d'arbitrage, 8 novembre 2006, n° 163/2006, B.3.1.

[22] Cour constitutionnelle, 2 mars 2011, n° 33/2011, B.10.2 et Cour constitutionnelle, 14 juin 2012, n° 76/2012, B.11.2.

[23] Voir Cour d'arbitrage, 28 septembre 2005, n° 147/2005, B.8.3.

[24] Dans sa thèse de doctorat consacrée aux accords de coopération, Yannick Peeters note en ce sens: « bij het bepalen of bevoegdheden met elkaar verweven zijn, staan de concrete omstandigheden centraal » (Y. PEETERS, *De plaats van samenwerkingsakkoorden in het constitutioneel kader*, *op. cit.*, n° 249, p. 112).

COCOM n'a pas non plus une telle obligation. A supposer qu'elle se la voie malgré tout imposer, alors ladite obligation s'appliquerait également à la Communauté flamande

En tout état de cause, si la COCOM optait pour – ou se voyait imposer – la conclusion d'un accord de coopération, il lui appartiendrait de déterminer ses préférences et de les confronter à celles du partenaire flamand (et de la COCOF). A cet égard, deux grandes options au moins paraissent envisageables de prime abord : soit les Bruxellois déjà couverts par la *zorgverzekering* (ou par l'assurance qui serait éventuellement mise en place par la COCOF) sont exemptés d'affiliation à l'assurance autonomie bruxelloise ; soit c'est cette dernière qui a la priorité[25]. Pour arrêter sa position, la COCOM gagnerait sans doute à connaître le profil socioéconomique des Bruxellois affiliés à l'assurance soins flamande.

A titre subsidiaire, une autre possibilité pour articuler l'assurance autonomie bruxelloise et la *zorgverzekering* flamande consisterait à prévoir expressément dans les textes adoptés par la COCOM et la Communauté flamande une forme de règle de conflit de lois. C'est ce que fait en réalité déjà en partie le décret flamand portant organisation de l'assurance soins. Il dispose en effet que « conformément aux règles et conditions fixées par le gouvernement flamand, les prises en charge sont refusées ou réduites si l'usager peut prétendre ou a prétendu à une indemnisation pour les mêmes frais pour la prestation d'aide et de services non médicaux en vertu d'autres lois, décrets [ou] ordonnances […] », précisant qu'il incombe alors à l'usager lui-même de « faire valoir sa revendication »[26]. On relèvera que le mot « ordonnances » a été ajouté dans la disposition seulement en 2014[27], sans que les raisons de cet ajout soient clairement explicitées dans les travaux préparatoires[28]. Mais l'arrêté d'exécution du décret ne vise pas l'hypothèse où un affilié résidant à Bruxelles serait également couvert par une assurance autonomie propre à la région bilingue[29].

Sous réserve d'une modification en ce sens de l'arrêté d'exécution du décret portant organisation de l'assurance soins, l'assurance autonomie obligatoire instituée par la COCOM aurait priorité, à l'égard des Bruxellois, par rapport à l'assurance soins flamande, pour autant du moins que la première prenne en charge les mêmes frais que la seconde. Dans ce cas de figure, la mise en place par la COCOM d'une

---

[25] Sven Gatz, ministre en charge de Bruxelles au sein du gouvernement flamand, a pris position pour une variante de la seconde option lors d'un débat au parlement flamand : « Ik ben van mening dat we in de eerste plaats moeten streven naar twee systemen die complementair zijn : het verplichte aanbod van de GGC voor alle Brusselaars naast een complementaire aanbod van Vlaanderen voor die Brusselaars die zich extra willen verzekeren » (parlement flamand, commission de Bruxelles et de la périphérie flamande, 23 septembre 2015, question de Karl Vanlouwe « om uitleg over de zorgverzekering in Brussel », www.vlaamsparlement.be/commissies/commissievergaderingen/1001772/verslag/1003570).

[26] Décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, art. 6, §2 ; remplacé, à la date qui sera déterminée par le gouvernement flamand, par le décret de la Communauté flamande du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, art. 36, al. 1er (disposition reformulée).

[27] Décret de la Communauté flamande du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées, *M.B.*, 28 août 2014, art. 39, 3°.

[28] Projet de décret de la Communauté flamande « houdende de persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap en tot hervorming van de wijze van financiering van de zorg en de ondersteuning voor personen met een handicap », exposé des motifs, *Doc. parl.*, parlement flamand, 2013-2014, n° 2429/1, p. 36 (et 33).

[29] Arrêté du gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, *M.B.*, 9 avril 2010, art. 71 à 74.

assurance autonomie obligatoire aurait clairement pour effet de dissuader les habitants de la région bilingue de s'affilier à la *zorgverzekering*, puisqu'une double affiliation ne donnerait lieu, à supposer toujours que la prestation soit identique, qu'à une seule intervention.

Pareille articulation reste toutefois assez fragile, car elle est exposée à une modification unilatérale des textes dans l'une ou l'autre communauté. La piste de la conclusion d'un accord de coopération paraît donc plus prudente, d'autant plus que, on l'a dit, pareil accord pourrait être imposé par la Cour constitutionnelle en cas de litige.

1.3. Conclusion

En conclusion, la COCOM nous paraît incontestablement fondée à créer par ordonnance une assurance autonomie obligatoire en région bilingue de Bruxelles-Capitale. Mais nous recommandons de faire précéder l'adoption de cette ordonnance par la négociation d'un accord de coopération avec la Communauté flamande (et la COCOF) en vue de régler de commun accord les modalités de l'articulation, dans la région bilingue, de l'assurance autonomie bruxelloise et de la *zorgverzekering* flamande.

2. Le financement de l'assurance autonomie bruxelloise

Plusieurs modalités pourraient, *a priori*, être envisagées pour assurer le financement de l'assurance autonomie bruxelloise et, plus précisément, pour faire en sorte que la COCOM bénéficie de moyens supplémentaires par rapport à ceux dont elle dispose déjà, afin de lui permettre d'organiser cette nouvelle assurance sociale. Il paraît en effet raisonnable de partir du principe que celle-ci ne pourra pas être financée exclusivement à partir des moyens dont dispose actuellement la COCOM.

On examine ci-après l'hypothèse d'un financement complémentaire par le biais de cotisations mises à charge des personnes bénéficiant de l'assurance autonomie bruxelloise (2.1) et, ensuite, celle d'une dotation complémentaire de la Région de Bruxelles-Capitale (2.2).

2.1. Cotisations des personnes assurees

Il faut tout d'abord examiner la possibilité pour la COCOM d'imposer aux personnes affiliées à l'assurance autonomie de contribuer au financement de cette assurance, que ce soit par le biais d'une cotisation forfaitaire – dont le montant tiendrait éventuellement compte du fait que l'assuré est bénéficiaire de l'intervention majorée dans le cadre de l'assurance soins de santé –, ou d'une cotisation proportionnelle, exprimée en un pourcentage fixe des revenus de l'assujetti, ou encore d'une cotisation progressive, dont le taux croîtrait en fonction du niveau de revenu de l'assujetti.

À cet égard, il importe de connaître la nature juridique de la cotisation envisagée et, ce qui est lié, de savoir si la COCOM pourrait, par ordonnance, imposer aux personnes affiliées à l'assurance autonomie le paiement d'une telle cotisation. La compétence de la COCOM pour organiser une assurance

autonomie n'entraîne en effet pas nécessairement sa compétence pour en régler le financement par voie de prélèvements obligatoires[30].

2.1.1. Les différentes formes de prélèvements obligatoires

La Constitution prévoit deux types de prélèvements obligatoires. Il s'agit, d'une part, de l'impôt, dont le régime juridique est défini à l'article 170 de la Constitution, et, d'autre part, de la rétribution, ou redevance, dont le régime juridique, quant à lui, est défini à l'article 173 de la Constitution. Par impôt, on vise « un prélèvement pratiqué par voie d'autorité par l'État [ou une entité fédérée], les provinces ou les communes sur les ressources des personnes, qu'elles soient de droit public ou privé, des sociétés sans personnification civile et des associations de fait ou communautés, existant sur leur territoire, ou y possédant des intérêts, pour être affecté aux services d'utilité générale »[31] (2.1.2.). Par redevance, on entend la « somme d'argent réclamée en contrepartie de l'utilisation d'un service public »[32] (2.1.3.).

À côté de ces deux formes de prélèvement organisées par la Constitution, la Cour constitutionnelle a également reconnu l'existence et la légalité d'autres formes de prélèvements obligatoires. C'est le cas par exemple des cotisations de sécurité sociale au niveau fédéral[33]. Vincent Sepulchre souligne que les cotisations de sécurité sociale se distinguent des impôts par le fait qu'elles sont payées à un organisme distinct de l'État – elles n'entrent donc pas dans le budget général de l'État – et par le fait qu'elles sont destinées à financer des prestations au bénéfice des personnes prélevées elles-mêmes, de manière similaire à une assurance[34]. De même, mais au niveau communautaire, la Cour constitutionnelle a accepté la validité constitutionnelle des cotisations prévues par le décret flamand du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins[35], destinées au financement de la *zorgverzekering* flamande, en tant que modalité organisationnelle de l'exercice par la Communauté flamande de sa compétence en matière d'aide aux personnes[36] (2.1.4.).

---

[30] Pour sa part, Paul Palsterman a écrit que la COCOM ne serait pas compétente pour imposer le paiement de cotisations dans le contexte d'une assurance autonomie (P. PALSTERMAN, « Scission des allocations familiales : aspects bruxellois », *La communautarisation des allocations familiales* (coord. W. Van Eeckhoutte, D. Dumont et R. Carton), Bruges, la Charte, 2013, p. 102). Comme on va le voir, cette affirmation nous semble erronée, ou du moins trop générale.

[31] Cass., 30 novembre 1950, *Pas.*, 1951, I, p. 191 ; Cass., 12 octobre 1954, *Journal des tribunaux*, 1955, p. 194 ; Cass., 20 mars 2003, *Jurisprudence fiscale*, 2003, p. 647.

[32] P. GOFFAUX, *Dictionnaire de droit administratif*, 2ème édition, Bruxelles, Bruylant, 2016, v° « Redevance ».

[33] Voir par exemple Cour constitutionnelle, 10 février 1999, n° 14/99, spécialement B.6.2 ; Cour constitutionnelle, 16 juin 2011, n° 103/2011, B.4.2.

[34] V. SEPULCHRE, « Fiscalité et parafiscalité, impôts, taxes, rétributions, amendes pénales et amendes administratives », *Revue de droit communal*, 2006, p. 42. Voir aussi Cour constitutionnelle, 16 décembre 2010, n° 142/2010, B.3.2 et B.3.3.

[35] Décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, art. 4, §5 ; remplacé, à la date qui sera déterminée par le gouvernement flamand, par le décret de la Communauté flamande du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, art. 30, §1er et 2 (disposition refondue).

[36] Cour d'arbitrage, 13 mars 2001, n° 33/2001, B.3.5. La Cour n'a cependant pas détaillé les motifs de sa conclusion sur ce point, ni expressément qualifié les cotisations mises en place par le législateur flamand (voir aussi Conseil d'Etat, avis n° L.28.583/3 du 17 décembre 1998 « over een voorstel van decreet houdende de organisatie van de zorgverzekering », *Doc. parl.*, parlement flamand, 1998-1999, n° 1239/3, p. 13).

2.1.2. Impôt

En droit constitutionnel belge, le pouvoir de prélever l'impôt est considéré comme une compétence à part entière, dissociée des compétences matérielles dont disposent les différents acteurs de la fédération belge[37]. Or, la COCOM ne dispose pas du pouvoir de lever l'impôt, car elle n'est pas une des autorités visées à l'article 170 de la Constitution[38]. Or, la cotisation envisagée pour financer l'assurance autonomie souhaitée par la COCOM se rapproche, à certains égards, de la notion d'impôt. On pourrait en effet considérer cette cotisation comme étant un prélèvement pratiqué par voie d'autorité par la COCOM sur les ressources des personnes qui doivent obligatoirement être affiliées à l'assurance autonomie.

Toutefois, la cotisation envisagée par la COCOM se distingue de la notion d'impôt sur deux points, à savoir, d'une part, l'affectation particulière que cette cotisation recevrait (le financement de l'assurance autonomie bruxelloise, plutôt que le budget général de la COCOM) et, d'autre part, l'existence d'une contrepartie directe au paiement de cette cotisation pour les personnes affiliées à l'assurance autonomie, soit le fait d'être couvertes par cette assurance[39]. En l'espèce, il nous semble donc possible de soutenir, sur la base de ces deux éléments, que la cotisation envisagée ne doit pas être qualifiée d'impôt, ce qui permettrait de ne pas achopper sur l'absence de pouvoir fiscal de la COCOM.

2.1.3. Redevance

La COCOM n'est pas non plus une des autorités visées à l'article 173 de la Constitution, ce qui pourrait également entraîner l'absence dans son chef du pouvoir d'imposer le paiement de redevances. On notera cependant que l'article 65 de la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des communautés et des régions prévoit que la COCOM dispose de « moyens non fiscaux propres »[40], ce qui pourrait éventuellement fonder son pouvoir d'imposer le paiement de redevances dans des matières relevant de ses compétences[41].

Néanmoins, à supposer même que cette interprétation puisse être acceptée, il paraît en l'espèce difficile de qualifier la cotisation envisagée de redevance, dès lors que le montant d'une redevance doit obligatoirement être établi en fonction du service rendu. Il s'agit en effet d'une forme de

---

[37] E. WILLEMART, *Les limites constitutionnelles du pouvoir fiscal*, Bruxelles, Bruylant, 1999, p. 10.

[38] Voir notamment E. WILLEMART, *Les limites constitutionnelles du pouvoir fiscal*, *op. cit*, p. 26 et 27 ; X. DELGRANGE et M. EL BERHOUMI, « Le découpage des compétences régionales et communautaires à Bruxelles ou la tentation de la transgression », *Le droit bruxellois. Un bilan après 25 ans d'application (1989 - 2014)* (dir. P.-O. de Broux, B. Lombaert et D. Yernault), Bruxelles, Bruylant, p. 94.

[39] Voir, par analogie, la distinction entre impôt et cotisation de sécurité sociale établie par la Cour constitutionnelle, notamment Cour constitutionnelle, 10 février 1999, n° 14/99, spécialement B.6.2. Voir également, Cour constitutionnelle, 16 décembre 2010, n° 142/2010, B.3.2 et B.3.3 ; Cour constitutionnelle, 16 juin 2011, n° 103/2011, spécialement B.4.2.

[40] Loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des communautés et des régions, *M.B.*, 17 janvier 1989, art. 65, §1 et 3.

[41] Rappr. J. LE BRUN et A. NOËL, « Le financement des communautés et des régions », *La Belgique fédérale* (dir. F. Delpérée), Bruxelles, Bruylant 1994, p. 368, note n° 27. Voir aussi Cour constitutionnelle, 29 juillet 2010, n° 89/2010, B.15.2 (« La redevance étant la contrepartie d'un service public fourni, elle est liée à la compétence matérielle de l'autorité concernée »).

contrepartie dont le montant doit être proportionnel au coût, voire à la valeur, du service fourni[42]. Or, il est difficile, voire impossible, dans le cas de l'assurance autonomie, d'établir un rapport de proportionnalité au cas par cas entre chaque affilié et le service auquel il aura (peut-être) droit. De surcroît, le principe même de la redevance paraît contraire à l'idée d'un financement minimalement solidaire[43].

2.1.4. Cotisation

Il devrait, en revanche, être possible de soutenir que la COCOM est compétente, à l'instar de la Communauté flamande dans le cadre de la *zorgverzekering*, pour imposer le paiement de cotisations destinées à financer l'assurance autonomie qu'elle entend mettre en place sur la base de sa compétence en matière d'aide aux personnes. On rappellera que le dispositif flamand a été validé par la Cour constitutionnelle, même si celle-ci n'a guère détaillé les motifs de sa conclusion sur ce point. Dans ces circonstances, le régime juridique de la cotisation envisagée par la COCOM pourrait sans doute utilement s'inspirer de celui prévu pour les cotisations mises en place par la Communauté flamande. À cet égard, deux éléments nous paraissent particulièrement importants : l'affectation des cotisations prélevées à un Fonds flamand d'assurance soins (*Vlaams zorgfonds*) et le lien établi entre le paiement de ces cotisations et le fait d'être couvert par l'assurance autonomie. Ces deux éléments sont, en effet, de nature à diminuer le risque d'une requalification des cotisations envisagées en impôt, pour l'établissement duquel la COCOM ne serait pas compétente – même si ce risque ne peut pas être totalement évacué[44]. En d'autres termes, il pourrait être opportun d'affecter les cotisations qui seraient payées par les personnes affiliées à l'assurance autonomie à une personne juridique distincte de la COCOM, qui se chargerait ensuite d'en répartir le produit en fonction des besoins des personnes affiliées. Cette personne juridique distincte pourrait en outre, de manière complémentaire aux cotisations perçues, être financée par une dotation de la COCOM.

La question de savoir si cette cotisation pourrait être proportionnelle voire progressive plutôt que forfaitaire est ouverte, compte tenu de l'absence de précédent et de la compétence de l'État fédéral en matière de sécurité sociale.

2.2. Dotation de la Region de Bruxelles-Capitale

En ce qui concerne ces financements additionnels, on relèvera également la possibilité dont dispose la Région de Bruxelles-Capitale, selon la loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des communautés et des régions, d'octroyer un financement complémentaire à la COCOM. Depuis la

---

[42] P. Goffaux, *Dictionnaire de droit administratif*, *op. cit.*, v° « Redevance ». Voir aussi C. Mertes, M. Oswald, R. Born, et V. Schmitz, « Le Conseil d'Etat – Chronique de jurisprudence 2011 », *Revue belge de droit constitutionnel*, 2013, p. 181.

[43] Rappr. E. Willemart, *Les limites constitutionnelles du pouvoir fiscal*, *op. cit.*, p. 158.

[44] La Cour constitutionnelle considère en effet que la seule affectation du produit d'un impôt à un fonds budgétaire distinct ne permet pas d'éluder la qualification d'impôt. Voir par exemple Cour constitutionnelle, 13 septembre 1995, n° 64/95, B.13 ; Cour constitutionnelle, 17 avril 1997, n° 21/97, B.4.4.

sixième réforme de l'Etat, la Région de Bruxelles-Capitale peut en effet inscrire à son budget une dotation au profit de la COCOM[45].

Au demeurant, un tel mode de financement permettrait de donner un caractère progressif au financement de l'assurance autonomie bruxelloise. Celle-ci pourrait en effet ainsi être indirectement financée à partir de prélèvements fiscaux opérés par la Région de Bruxelles-Capitale. Eu égard aux incertitudes examinées ci-dessus liées à un financement par le biais de cotisations, il pourrait en outre s'agir du mécanisme de financement de l'assurance autonomie présentant le moins de risques du point de vue de la sécurité juridique. Sur le plan organisationnel, cette option présente également l'avantage non négligeable de pouvoir capitaliser sur l'expertise de l'administration de la fiscalité du SPRB (Bruxelles Fiscalité). En revanche, elle est sans doute plus facilement révisable qu'une cotisation coulée dans une ordonnance de la COCOM – soumise, par définition, à l'exigence de la double majorité. Elle ne garantit pas non plus l'affectation au financement de l'assurance autonomie des moyens supplémentaires qui seraient octroyés par la Région de Bruxelles-Capitale à la COCOM, puisque la dotation régionale serait versée au budget général de cette dernière.

2.3. Conclusion

A notre sens, la voie la plus sûre juridiquement pour assurer le financement de l'assurance autonomie qu'envisage la COCOM est celle d'une dotation de la Région de Bruxelles-Capitale. Politiquement, cette voie implique toutefois de s'assurer que les moyens régionaux ainsi transférés à la COCOM le seraient de manière pérenne et que, au sein de la COCOM, c'est l'assurance autonomie qui en bénéficierait. De façon complémentaire ou alternative, la mise en place d'un dispositif de cotisations payées par les personnes bénéficiant de l'assurance en question peut également être envisagée, par analogie au mode de financement de la *zorgverzekering* flamande. Cette voie est néanmoins plus risquée sur le plan juridique, en l'absence de clarté quant à la nature et au régime exacts des cotisations flamandes, d'une part, et de l'absence de pouvoir fiscal de la COCOM, d'autre part, qui pourrait poser problème en cas de requalification en impôts des cotisations envisagées. Ce risque pourrait toutefois être réduit si la COCOM s'inspire du dispositif mis en place par la Communauté flamande et déjà validé par la Cour constitutionnelle. En termes de politique sociale, une cotisation de nature forfaitaire présente l'inconvénient majeur d'être, par hypothèse, anti-redistributive, mais la discussion de cette question échappe au périmètre de la présente analyse.

3. La délimitation du champ d'application personnel de la prestation au regard des libertés de circulation européennes

Comment délimiter avec précision le cercle des assujettis et des bénéficiaires de la future assurance autonomie bruxelloise, en évitant toute discrimination et toute entrave au regard de la libre circulation des personnes garantie par le droit européen ?

[45] Loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des communautés et des régions, art. 65, §1er, 4°.

Sur ce point encore, le précédent de la *zorgverzekering* est instructif. C'est que la conformité au droit européen du champ d'application du décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins a été examinée tant par la Commission européenne que par la Cour de justice de l'Union européenne. Ces contrôles successifs ont conduit la Communauté flamande à revoir à plusieurs reprises son décret, afin de le rendre compatible avec le droit européen de la libre circulation des personnes (3.1). Un certain nombre d'enseignements doivent être tirés par la COCOM de cette saga, afin de ne pas reproduire les mêmes erreurs que la Communauté flamande (3.2).

3.1. La saga de l'assurance soins flamande

Initialement, le décret *zorgverzekering* visait deux catégories de personnes : celles habitant dans la région linguistique néerlandaise et celles habitant dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale. L'affiliation était obligatoire pour les premières, tandis qu'elle était – et ne pouvait qu'être (voir supra, 1.1.) – seulement facultative pour les secondes. Très vite, s'est posée la question de savoir si cette délimitation était bien conforme au droit européen, et en particulier au règlement de coordination des systèmes de sécurité sociale. Il s'agissait à l'époque du règlement n° 1408/71, remplacé depuis par le règlement n° 883/2004[46]. L'objet de ce règlement est de coordonner les systèmes de sécurité sociale des Etats membres, de manière à éviter que l'exercice par un travailleur – salarié ou non salarié – de son droit à la libre circulation puisse entraîner des conséquences négatives en termes de prestations de sécurité sociale. Le règlement ne vise en revanche pas à harmoniser ni rapprocher les systèmes nationaux de sécurité sociale. Son objet se limite à l'élimination des entraves à la libre circulation des migrants.

Dans cette perspective, le règlement consacre notamment le principe de l'unicité de la législation applicable, aux termes duquel la situation des personnes soumises au règlement ne peut relever de la législation de sécurité sociale que d'un seul Etat membre. Cette exigence vise à éviter les complications qui découleraient d'un assujettissement simultané à plusieurs législations, comme, à l'inverse, l'absence de toute protection qui résulterait de l'impossibilité d'identifier au moins une législation applicable. Pour ce qui concerne les travailleurs, le règlement consacre la *lex loci laboris*, ou principe du pays d'emploi, soit l'exigence que la législation de sécurité sociale applicable soit celle de l'Etat membre sur le territoire duquel est exercée l'activité professionnelle, indépendamment du lieu de résidence du travailleur. Un travailleur migrant doit donc bénéficier, dans l'Etat membre dans lequel il travaille, des mêmes droits que les travailleurs de cet Etat membre.

Sur cette base, on pouvait se demander si l'exclusion, dans le champ d'application initial du décret *zorgverzekering*, des personnes qui travaillent en Flandre (ou à Bruxelles) mais résident dans un autre Etat membre que la Belgique n'était pas problématique, tout comme ne l'était pas aussi, mais en sens

[46] Règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil du 14 juin 1971 relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, *J.O.*, n° L 149 du 5 juillet 1971, p. 2, remplacé depuis par le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale, *J.O.*, n° L 166 du 30 avril 2004, p. 1. Pour des analyses de la question antérieures à l'arrêt de la Cour de justice du 1er avril 2008 dont il sera question plus loin, voir F. Goyens, « Vlaamse zorg in EG-Verordening nr. 1408/71 », *Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 2002, p. 29-69 et L. Van Rompaey et B. Van Buggenhout, « De Vlaamse zorgverzekering : de kwalificatie naar Europees versus Belgisch recht », *Sociaalrechtelijke Kronieken*, 2002, p. 105-115.

inverse, l'affiliation obligatoire des citoyens européens établis en Flandre (ou à Bruxelles) mais travaillant à l'étranger. Dans les deux cas, il était fait échec au jeu de la *lex loci laboris*, soit en ne donnant pas accès à une prestation de sécurité sociale à des personnes travaillant en Belgique, soit en ne permettant pas d'être dispensé de l'affiliation des personnes travaillant à l'étranger et donc déjà, ce titre, soumises à un autre système de sécurité sociale.

Afin d'éliminer les entraves à la libre circulation, le règlement de coordination des systèmes de sécurité sociale consacre également le principe dit de la totalisation des périodes. En vertu de ce principe, les périodes d'assurance, d'emploi ou d'activité non salariée comptabilisées comme telles par la sécurité sociale d'un Etat membre en vue d'ouvrir le droit à des prestations doivent être prises en compte par l'Etat membre d'accueil comme si elles avaient été accomplies en vertu de sa propre législation, afin d'éviter qu'une migration entraîne la perte de tous les droits préalablement constitués dans un autre pays. Ici également, on pouvait se demander si le décret relatif à l'assurance soins dans sa version initiale n'était pas contraire au règlement, dans la mesure où il exigeait que, pour obtenir une intervention en vertu de la *zorgverzekering*, les citoyens européens aient préalablement cotisé à celle-ci pendant au moins cinq ans. Par conséquent, un travailleur migrant qui avait déjà payé, dans un autre Etat membre, des cotisations pour les prestations de santé pendant plus de cinq ans ne pouvait pas faire valoir cette période d'assurance antérieure.

Le législateur décrétal flamand de 1999 ne semblait pas avoir perçu ces difficultés. Peut-être en raison d'un doute à propos de la question de savoir si la *zorgverzekering* entrait bien dans le champ d'application matériel du règlement de coordination. Celui-ci s'applique à toutes les législations relatives aux différentes branches de la sécurité sociale qu'il énumère, sans considération pour le fait que la prestation soit financée ou non par cotisations. Certes, en droit belge, l'assurance soins a été considérée par la Cour constitutionnelle comme ne relevant pas de la sécurité sociale au sens des règles répartitrices de compétences (voir supra, 1.1.), mais il est bien établi dans la jurisprudence de la Cour de justice que la manière dont une prestation est qualifiée en droit national n'est pas pertinente au regard du droit européen. Pouvait en revanche susciter le doute le fait que l'énumération par le règlement de coordination des branches couvertes ne mentionne pas explicitement les prestations de dépendance. Cette énumération comprend en revanche les « prestations de maladie ». Or, là où, en Belgique, l'objet de l'assurance maladie (fédérale) est de prendre en charge le coût des prestations médicales, celui de la *zorgverzekering* (flamande) est d'intervenir dans les soins non médicaux requis par la perte d'autonomie. Mais dans sa jurisprudence, la Cour de justice se montre sensible à la finalité poursuivie par les prestations. C'est dans cette perspective qu'elle avait considéré, en 1998, que la *Pflegeversicherung* allemande, qui est une forme d'équivalent de l'assurance soins flamande, tombe dans le champ du règlement, en tant que prestation de maladie. Dans cette affaire, la Cour avait souligné que la prestation constitue un complément aux remboursements de l'assurance maladie classique[47].

En 2002, la Commission européenne a ouvert une procédure en infraction à l'encontre de l'Etat belge[48]. A son estime, il y avait lieu, l'assurance soins entrant selon elle dans le champ d'application

---

[47] Cour de justice des Communautés européennes, 5 mars 1998, *Molenaar*, C-160/96.

[48] Il y est fait écho dans la proposition de décret « houdende wijziging van het decreet van 30 maart 1999 houdende de organisatie van de zorgverzekering », *Doc. parl.*, parlement flamand, 2003-2004, n° 1970/1, p. 2.

du règlement de coordination, que le décret de la Communauté flamande respecte celui-ci. A la suite de la mise en demeure adressée par la Commission, le législateur flamand a tenté une première fois, en 2004 et 2005, de conformer le décret portant organisation de l'assurance soins aux principes du pays d'emploi et de la totalisation des périodes. A cet effet, son champ d'application a été élargi aux personnes qui n'habitent pas en Belgique mais qui sont soumises à la législation de sécurité sociale belge en raison de ce qu'ils travaillent dans la région de langue néerlandaise ou dans la région bilingue, l'affiliation étant rendue obligatoire pour les premiers, facultative pour les seconds. En sens inverse, ont été soustraites du champ d'application du décret les personnes qui, en vertu du règlement de coordination, relèvent de la législation de sécurité sociale d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, c'est-à-dire, en clair, les personnes qui résident en Flandre ou à Bruxelles mais travaillent à l'étranger[49]. Pour ce qui concerne la totalisation des périodes, le décret a également été adapté, de manière à prévoir que peut prétendre à une prise en charge au titre de la *zorgverzekering* l'usager qui a été assuré social pendant une durée ininterrompue de cinq ans au sein d'autres Etats membres de l'Union européenne[50].

Alors que, à l'issue de ces modifications successives, la Commission européenne avait mis fin à la procédure d'infraction, l'affaire n'en est pas restée là, loin s'en faut. En effet, l'élargissement du champ d'application aux personnes qui travaillent en région de langue néerlandaise ou en région bilingue mais qui n'habitent pas en Belgique avait pour effet incident de continuer à priver de la *zorgverzekering* les Belges qui travaillent en Flandre ou à Bruxelles mais résident en Wallonie, ainsi que les citoyens européens dans la même situation. Le débat a alors été porté devant la Cour constitutionnelle, à l'occasion d'un nouveau recours introduit par les gouvernements wallon et de la Communauté française, cette fois à l'encontre du décret de 2004 modifiant le décret portant organisation de l'assurance soins en vue de le conformer à la *lex loci laboris* européenne.

La Cour a été invitée à trancher la question de savoir si la limitation de l'obligation – ou de la possibilité, à Bruxelles – de s'affilier à une caisse d'assurance soins et de faire valoir ultérieurement le droit à des prestations, d'une part, aux personnes domiciliées sur le territoire de la Communauté flamande et, d'autre part, aux citoyens européens travaillant sur ce territoire mais ayant leur domicile dans un autre Etat membre n'était pas de nature discriminatoire à l'égard des Wallons et des citoyens européens installés en Wallonie qui travaillent en Flandre. Pour pouvoir trancher le litige qui lui était soumis, la Cour constitutionnelle a adressé une série de questions préjudicielles à la Cour de justice de l'Union européenne[51].

La Cour de justice a rendu son verdict en 2008, dans un arrêt rendu en grande chambre[52]. La Cour a raisonné en deux temps, après avoir d'abord qualifié l'assurance soins au regard du droit européen.

---

[49] Décret de la Communauté flamande du 30 avril 2004 modifiant le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, *M.B.*, 9 juin 2004.

[50] Décret de la Communauté flamande du 25 novembre 2005 modifiant le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, *M.B.*, 12 janvier 2006.

[51] Cour d'arbitrage, 19 avril 2006, n° 51/2006. Pour un commentaire, voir F. JUDO, « De Vlaamse zorgverzekering voor het Arbitragehof : nooit vier zonder vijf », *Sociaalrechtelijke Kronieken*, 2007, p. 189-193.

[52] Cour de justice des Communautés européennes (g^de^ chambre), 1er avril 2008, *Gouvernement de la Communauté française et Gouvernement wallon c. Gouvernement flamand*, C-212/06. Sur cet arrêt, voir les analyses d'Y. JORENS, « Arrêt 'Wallonie c. Flandre' : l'accès à une prestation sociale organisée par une collectivité à l'intérieur d'un Etat membre », *Journal de droit européen*, 2008, p. 209-211 ; H. VERSCHUEREN, « De

Sur ce plan préalable, elle a simplement confirmé, dans la ligne de sa jurisprudence antérieure et au terme de développements assez brefs, que l'assurance soins entre bien dans le champ matériel de la coordination des systèmes de sécurité sociale, au titre de prestation de maladie.

La Cour a ensuite abordé le premier des deux cas de figure sur lesquels elle avait à se prononcer, soit celui des Belges travaillant en Communauté flamande mais résidant en Wallonie. A leur égard, la Cour a confirmé, dans la continuité d'une jurisprudence bien établie, que l'application du droit européen en matière de libertés de circulation des personnes ne s'étend pas aux situations dites « purement internes », c'est-à-dire aux situations dont tous les éléments se cantonnent à l'intérieur d'un seul Etat membre. En l'espèce, la situation des ressortissants belges qui exercent une activité professionnelle sur le territoire de la région de langue néerlandaise ou sur celui de la région bilingue de Bruxelles-Capitale mais qui résident dans les régions de langue allemande ou française ne présente, au regard du droit européen, aucun élément d'extranéité susceptible de les faire entrer dans le « radar » de celui-ci, du moins tant et aussi longtemps qu'ils n'ont pas exercé leur liberté de circuler à l'intérieur de l'Union.

Sans pouvoir s'y arrêter, on relèvera que dans ses conclusions précédant l'arrêt, qui sont souvent discutées, l'avocate générale Eleanor Sharpston avait remis en cause cette jurisprudence bien établie. De son point de vue, il est assez paradoxal que, après cinquante ans d'efforts à l'échelle européenne en vue de supprimer les entraves à la liberté de circulation entre les Etats membres, les entités décentralisées de ces mêmes Etats membres, elles, restent libres de réintroduire des entraves au sein de ces Etats. N'est-il pas étrange, demandait l'avocate générale, que la libre circulation soit pleinement garantie entre Dunkerke et La Panne, mais non entre Jodoigne et Hoegaarden ? Dans la foulée, elle avait appelé la Cour à revenir sur sa jurisprudence en matière de situation purement interne, de manière à bannir également les entraves à la libre circulation des personnes à l'intérieur d'un même Etat membre, et ce sur la base du statut de citoyen européen consacré par le traité. On n'y insistera toutefois pas davantage ici, dans la mesure où la Cour n'a pas donné suite à cette proposition. Dans la mesure où la Cour était réunie en grande chambre, on peut même considérer qu'elle a voulu consolider sa jurisprudence antérieure sur les situations purement internes.

Mais la Cour a tout de même conclu son analyse en rappelant, à l'intention de la Cour constitutionnelle belge, que si la différence de traitement litigieuse n'est pas justiciable des contraintes européennes, il revient à la juridiction nationale d'en apprécier la conformité au droit interne belge. Ce faisant, la Cour de justice voulait sans doute faire référence aux principes d'égalité et de non-discrimination consacrés par les articles 10 et 11 de la Constitution. On verra quelle suite la Cour constitutionnelle a donné à cette invitation.

---

regionalisering van de sociale zekerheid in België in het licht van het arrest van het Europese Hof van Justitie inzake de Vlaamse zorgverzekering », *Belgisch Tijdscrhift voor Sociale Zekerheid*, vol. 50, n° 2, 2008, p. 177-231 ; P. VAN ELSUWEGE et S. ADAM, « Situations purement internes, discriminations à rebours et collectivités autonomes après l'arrêt sur l'assurance soins flamande », *Cahiers de droit européen*, 2008, p. 655-711 ; H. STORME, « Vlaamse zorgverzekering : een lange weg naar een geschikte aanknopingsfactor », *Nieuw Juridisch Weekblad*, 2008, p. 614-623 ; C. DAUTRICOURT et S. THOMAS, « Reverse discrimination and free movement of persons under EU law : all for Ulysses, nothing for Penelope ? », *European Law Review*, 2009, p. 433-454 ; T. VANDAMME, « Case C-212/06, *Government of the French Community and the Walloon Government v. Flemish Government*, judgment of the Court of Justice (Grand Chamber) of 1 April 2008 », *Common Market Law Review*, 2009, p. 287-300. *Adde* H. VERSCHUEREN, « Vlaamse zorgverzekering blijft zorgenkind », *Juristenkrant*, n° 167, 2008, p. 7.

Si la Cour de justice a « blanchi », en tout cas au regard du droit européen, l'exclusion du champ de l'assurance soins des Belges travaillant en Flandre ou à Bruxelles mais résidant en Wallonie qui n'ont jamais exercé leur liberté de circulation, elle a par contre considéré, s'agissant du second cas de figure qui était en cause, que le décret flamand était contraire au droit européen. Il s'agit de celui des travailleurs ressortissant d'un autre Etat membre qui exercent leur activité professionnelle en région de langue néerlandaise ou en région bilingue mais qui résident dans une autre partie du territoire national, auxquels la Cour ajoute les Belges qui se trouvent dans une situation similiaire mais ont fait usage par le passé de leur liberté de circulation. Le simple fait d'avoir la nationalité d'un autre Etat membre, sans nécessairement avoir travaillé à l'étranger, ou d'être ressortissant belge mais d'avoir, à un moment donné, exercé son activité économique dans un autre Etat membre que la Belgique suffit à faire relever les personnes concernées du champ d'application du droit européen. Corrélativement, il les fait échapper à la qualification de situation purement interne.

A l'égard de ces deux catégories de personnes, la Cour a jugé contraire au droit européen l'exigence posée par le décret *zorgverzekering* de résider sur le territoire de la Communauté flamande pour pouvoir être affilié à l'assurance soins, ainsi que l'y avait invité l'avocate générale. Il importe de souligner, quant à la base juridique mobilisée, que la Cour ne s'est pas prononcée sous l'angle du règlement de coordination des systèmes de sécurité sociale mais directement au regard des dispositions du droit primaire relatives à la liberté de circulation des travailleurs, salariés et non-salariés, soit les actuels articles 45 et 49 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

La Cour a estimé que la condition de résidence posée par le décret était constitutive d'une entrave à la libre circulation des travailleurs exerçant ou envisageant d'exercer leur activité professionnelle en Flandre ou à Bruxelles, dans la mesure où ces travailleurs étaient susceptibles d'être dissuadés de faire usage de leur liberté de circuler et de quitter leur Etat membre d'origine, en raison du fait que leur installation dans certaines parties du territoire belge plutôt que d'autres pouvait impliquer la perte du bénéfice de certaines prestations sociales. A l'estime de la Cour, l'entrave à la libre circulation des travailleurs, salariés comme non-salariés, découlant du fait que le critère de résidence peut avoir pour effet d'exclure certaines personnes de l'accès à l'assurance soins et, partant, de les dissuader d'exercer leur liberté professionnelle, n'est pas justifiée.

Pour terminer, l'affaire est alors revenue devant la Cour constitutionnelle belge, qui a rendu un nouvel arrêt, le dernier à ce jour à propos de la *zorgverzekering*, en 2009[53]. Le verdict de la Cour de justice l'a conduite à annuler, en raison de sa non-conformité avec le droit européen, la disposition du décret relatif à l'assurance soins qui ne faisait pas entrer dans le champ d'application de celle-ci, d'une part,

---

[53] Cour constitutionnelle, 21 janvier 2009, n° 11/2009. Sur cet arrêt, voir les analyses de S. FEYEN, « Zorgen voor morgen: implicaties van het arrest van het Grondwettelijk Hof over discriminaties in de Vlaamse zorgverzekering. Een juridische veldslag... », *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en Publiekrecht*, 2009, p. 169-174; J. VELAERS et J. VANPRAET, « De materiële en territoriale bevoegdheidsverdeling inzake sociale zekerheid en sociale bijstand (II) », *Tijdschrift voor Bestuurswetenschappen en Publiekrecht*, 2009, p. 195-219; I. BUELENS et F. JUDO, « Rechterlijke dialoog over de zorgverzekering: het Luxemburgse arrest van 1 avril 2008 », *Sociaalrechtelijke Kronieken*, 2009, p. 185-193; E. VAN BRUSTEM, « L'affaire de la *zorgverzekering*: comment concilier la libre circulation des travailleurs et l'organisation fédérale des États? », *Chroniques de droit social*, 2009, p. 193-200; P. VAN ELSUWEGE et S. ADAM, « Belgium. The limits of constitutional dialogue for the prevention of reverse discrimination », *European Constitutional Law Review*, 2009, p. 327-339. *Adde* V. VERDEYEN, « Zorgverzekering », *Nieuw Juridisch Weekblad*, 2009, p. 125-126 et H. STORME, « Vlaamse zorgverzekering: Grondwettelijk Hof beslecht maar lost niet op », *Juristenkrant*, n° 183, 2009, p. 4-5.

les citoyens européens travaillant en Flandre ou à Bruxelles mais vivant en Wallonie et, d'autre part, les Belges travaillant en Flandre ou à Bruxelles mais vivant en Wallonie et qui ont fait usage de leur droit à la libre circulation des travailleurs. L'arrêt de la Cour de justice a ainsi contraint de faire primer le droit de la libre circulation sur le principe de territorialité au fondement du fédéralisme belge.

Pour ce qui concerne, en revanche, les Belges travaillant en Flandre ou à Bruxelles mais vivant en Wallonie et qui n'ont pas fait usage de leur droit à la libre circulation des travailleurs, soit la grande majorité des Belges concernés, la Cour a rejeté le recours introduit par les gouvernements wallon et de la Communauté française. A son estime, la différence de traitement en termes d'accès à la *zorgverzekering* entre ces Belges et les Européens qui entrent dans le champ d'application de la prestation est la simple conséquence de ce que, en Belgique, les compétences sont exclusives et que, s'agissant des matières personnalisables, le critère de rattachement le plus adéquat est le lieu de résidence. La Cour a ajouté que, en tout état de cause, la différence de traitement dont les requérants alléguaient le caractère discriminatoire n'est pas imputable à la Communauté flamande mais découle de l'absence d'un dispositif analogue à celui de la *zorgverzekering* dans les décrets des autres communautés et dans le droit fédéral de la sécurité sociale. Autrement dit, la Cour n'a pas donné suite à la suggestion qui lui avait été faite par la Cour de justice d'éventuellement juger non conforme aux principes d'égalité et de non-discrimination l'exclusion des Belges travaillant en Flandre ou à Bruxelles mais vivant ailleurs sur le territoire national, en donnant la priorité aux règles répartitrices de compétences.

3.2. Tirer les enseignements du precedent de la *zorgverzekering*

A l'occasion de la mise en place de son assurance autonomie obligatoire, la COCOM doit tirer les leçons du précédent de la *zorgverzekering*.

L'analyse de ces incidences n'est du reste pas chose aisée et appellerait une recherche plus approfondie pour pouvoir aboutir à des conclusions précises. La difficulté provient en particulier de ce que, alors que tout le débat relatif à la conformité au droit européen de l'assurance soins flamande avait initialement été mené au regard du droit dérivé de la coordination des systèmes de sécurité sociale, et les premières modifications opérées sous cet angle, la Cour de justice s'est, dans son arrêt du 1er avril 2008, prononcée directement au regard du droit primaire de la libre circulation des travailleurs. Or, le champ d'application personnel des articles 45 et 49 du traité est un peu plus large que celui du règlement de coordination. Il inclut par exemple les fonctionnaires européens, alors que ceux-ci ne sont pas soumis au règlement. Il inclut également le personnel diplomatique et consulaire des autres Etats membres, qui relève, lui, du règlement mais est soumis à une règle de rattachement autre que la *lex loci laboris*.

L'arrêt de la Cour de justice et le dernier arrêt de la Cour constitutionnelle ont conduit le législateur décrétal flamand à revoir une nouvelle fois le champ d'application personnel de son assurance soins, en 2009[54]. Le résultat de cette refonte est d'une lisibilité relative, mais celle-ci s'explique par la

[54] Décret de la Communauté flamande du 30 avril 2009 modifiant le décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, *M.B.*, 28 mai 2009, qui a complètement refondu l'article 4 du décret *zorgverzekering*. Ce

difficulté que l'on vient de pointer. Depuis, le champ d'application combine les règles de rattachement propres au fédéralisme belge (lieu de résidence, pour ce qui concerne les matières personnalisables) et au droit européen de la libre circulation (lieu de travail). Dans cette perspective, le décret s'applique, tantôt obligatoirement tantôt facultativement, aux personnes domiciliées en région de langue néerlandaise ou à Bruxelles, ainsi que, d'une part, aux personnes n'habitant pas en Belgique mais qui sont soumises à la législation de sécurité sociale belge en raison de l'exercice d'une activité professionnelle en Flandre ou à Bruxelles et, d'autre part, aux personnes habitant en région de langue française ou en région de langue allemande mais travaillant en Flandre ou à Bruxelles et ayant fait usage de leur droit à la libre circulation en tant que travailleur salarié ou indépendant. A l'inverse, sont exclues du champ du décret les personnes qui, en vertu du règlement de coordination, relèvent du système de sécurité sociale d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen, c'est-à-dire qui travaillent à l'étranger.

La COCOM n'aura sans doute d'autre choix que de faire sienne cette solution, *mutatis mutandis* bien sûr. Cela signifie que seraient obligatoirement assujettis à l'assurance autonomie bruxelloise, et donc susceptibles d'en bénéficier : premièrement, les habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, à l'exception de ceux qui sont soumis à la législation de sécurité sociale d'un autre Etat membre de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen en vertu du règlement de coordination n° 883/2004 ; deuxièmement, les personnes qui n'habitent pas en Belgique mais sont soumises à la législation de sécurité sociale belge en vertu du règlement de coordination, en raison de ce qu'ils travaillent dans la région bilingue ; troisièmement, les personnes habitant en région de langue néerlandaise, française ou allemande mais soumises à la législation de sécurité sociale belge en raison de l'exercice d'un travail en région bilingue et ayant fait usage du droit à la libre circulation des travailleurs ou de la liberté d'établissement. Autrement dit, tous les citoyens européens ressortissant d'un autre Etat membre qui travaillent à Bruxelles entreraient dans le champ de l'assurance autonomie bruxelloise[55], quel que soit leur lieu de résidence, ce qui représente une masse assez significative. En revanche, les nombreux navetteurs flamands, wallons et germanophones qui travaillent à Bruxelles ne contribueraient pas et, partant, ne seraient pas susceptibles de bénéficier de la prestation, sauf s'ils ont exercé par le passé leur droit à la libre circulation en tant que travailleur salarié ou indépendant, ce qui, quantitativement, doit viser une population assez restreinte.

Sur le plan légistique, une réflexion gagnerait à être entamée quant à la possibilité d'adopter une définition du champ d'application qui soit un peu plus simple dans son libellé que la formulation

---

dernier va être remplacé, à la date qui sera déterminée par le gouvernement flamand, par le décret de la Communauté flamande du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, art. 3, §1er et 2 et art. 29.

[55] A l'exception peut-être des fonctionnaires européens et du personnel diplomatique et consulaire : déterminer leur sort nécessiterait une analyse plus approfondie, dans la mesure où ils ont le statut de travailleur migrant au sens du droit primaire de la libre circulation mais n'entrent pas dans le champ du règlement de coordination (fonctionnaires européens) ou y entrent mais sont soumis à une règle de rattachement dérogatoire (personnel diplomatique et consulaire des autres Etats membres). Au premier abord, le dispositif de l'arrêt de la Cour de justice relatif à la *zorgverzekering* invite à les inclure dans le champ de la future assurance autonomie bruxelloise, compte tenu de la primauté du droit primaire. Il incomberait toutefois également de vérifier s'il n'existe pas de dispositions pertinentes dans les accords de siège conclus entre la Belgique et les différentes institutions européennes et internationales installées sur le territoire bruxellois.

flamande, mais tout en veillant bien sûr à se conformer pleinement aux obligations européennes en matière de libre circulation.

En passant, on soulignera que la solution retenue par le législateur décrétal flamand, et qu'il est suggéré ici à la COCOM de transposer à Bruxelles, entraîne un problème de discrimination à rebours – *reverse discrimination* dans le jargon européen –, dans le sens où les jurisprudences combinées de la Cour de justice et de la Cour constitutionnelle laissent les Etats membres et leurs entités fédérées libres d'imposer à leurs propres ressortissants des règles qu'ils ne peuvent imposer aux citoyens des autres Etats membres, parce qu'elles représenteraient, à l'égard de ces derniers, des entraves à la libre circulation. Dans le cas de l'assurance soins flamande, en l'occurrence, les habitants belges des régions de langue française ou allemande qui travaillent en Flandre ou à Bruxelles sont moins bien traités, sauf s'ils ont eu recours à leur droit à la libre circulation, que les personnes placées exactement dans la même situation qui sont ressortissantes dans un autre Etat membre. Ce problème continue de nourrir un débat assez vif[56], mais il est, en l'état de la jurisprudence et de la combinaison des critères de rattachement propres aux droits européen et belge, une conséquence difficilement évitable.

Pour résoudre structurellement le problème, des accords devraient sans doute être conclus entre les différentes collectivités publiques du pays, de manière à régler de manière concertée les situations intra-belges mais transrégionales ou transcommunautaires, qui échappent au droit européen. Dans cette perspective, les règles posées par le règlement de coordination européen des systèmes de sécurité sociale pourraient servir de source d'inspiration, notamment pour ce qui concerne le principe de l'unicité de la législation applicable : idéalement, chaque situation ne devrait être soumise qu'à une seule législation fédérée, de manière à éviter les conflits de loi tout comme, en sens contraire, les vides juridiques. Un accord devrait être alors être trouvé à propos du ou des critère(s) de rattachement à retenir[57].

3.3. Conclusion

Pour ce qui concerne la délimitation du champ d'application personnel de l'assurance autonomie bruxelloise, la piste la plus prudente consiste sans doute à s'inspirer largement du décret flamand portant organisation de l'assurance soins, tout en procédant bien entendu aux adaptations nécessaires. L'identification précise de ces adaptations nécessiterait une recherche complémentaire, tout comme l'analyse de la possibilité de retenir un libellé qui soit à la fois simple et pleinement conforme au droit européen, primaire et dérivé. Plus largement, la mise en place par les différentes entités fédérées du pays compétentes pour ce faire d'un mécanisme d'assurance autonomie propre

---

[56] F. Van Overmeiren, « Vrij verkeer, gelijkheid van Europese burgers en de bevoegdheidsverdeling in België », *Europese voorschriften en Staatshervorming/Contraintes européennes et réforme de l'Etat* (dir. E. Vandenbossche et S. Van Drooghenbroeck), Bruges, die Keure, coll. « Bibliotheek grondwettelijk recht », 2013, p. 169-206; S. Feyen, « De zesde staatshervorming en het EU-recht », *Het federale België na de zesde staatshervorming* (dir. A. Alen *et al*.), Bruges, die Keure, coll. « Bibliotheek grondwettelijk recht », 2014, n° 32 à 38, p. 95 à 102.

[57] En ce sens, voy. les propositions formulées par G. Van Limberghen, « Sociale zekerheid en zesde staatshervorming: een Europeesrechtelijk persepectief », *Belgisch Tijdschrift voor Sociale Zekerheid*, vol. 55, n° 2, « De impact van de zesde staatshervorming op de sociale zekerheid en de arbeidsmarkt : een kijk van juristen » (dir. D. Dumont), 2015, n° 20 à 23, p. 443 à 450.

pourrait être l'occasion d'organiser une forme de coordination intra-belge quant aux champs d'application respectifs des différentes prestations fédérées.

4. L'assurance autonomie bruxelloise face au droit européen du marché intérieur et à la liberté d'entreprise

Le droit européen du marché intérieur protège les libertés de circulation des opérateurs économiques et comprend des règles de concurrence et en matière d'aides d'État. Ces règles trouvent un écho en droit belge, par le biais notamment de la liberté d'entreprendre et du principe constitutionnel d'égalité et de non-discrimination. L'impact de ces règles et principes sur l'organisation de l'assurance autonomie bruxelloise doit être évalué. On se concentrera ici sur l'impact éventuel de la libre prestation de services et de la liberté d'établissement et des dispositions correspondantes du droit belge, plutôt que celui des règles de concurrence et d'aides d'État. L'impact de ces dernières règles devrait en effet en principe être limité, à la condition que l'assurance autonomie soit organisée selon une logique de solidarité et sous le contrôle de la COCOM.

Dans ce cas, en effet, cette assurance pourrait échapper à la qualification d'activité économique au sens du droit européen de la concurrence et des aides d'État[58]. Un examen plus détaillé de la conformité du mécanisme d'assurance autonomie au regard du droit européen du marché intérieur devrait cependant encore en toute hypothèse être effectué une fois que les orientations politiques auront été arrêtées.

On évalue ci-après le principe même de l'intervention de la COCOM et du caractère obligatoire de l'affiliation à l'assurance autonomie qu'elle mettrait en place (4.1.) et on examine, ensuite, la question des acteurs qui pourraient être associés à la gestion de cette assurance (4.2.).

4.1. Le principe de l'intervention de la COCOM et du caractere obligatoire de l'affiliation

Au regard du droit européen des libertés de circulation, la première question qui se pose est celle de savoir si la COCOM peut mettre en place un dispositif d'assurance autonomie obligatoire. On peut en effet considérer qu'un tel dispositif est de nature à rendre moins attrayant l'exercice par des assureurs et, notamment, par des assureurs étrangers qui souhaiteraient assurer le risque couvert par l'assurance autonomie, d'exercer leurs activités à Bruxelles. Ceci pourrait constituer une entrave à leur liberté d'établissement ou à leur libre prestation de services, qui est protégée par le droit européen[59]. On pourrait, de même, éventuellement soutenir que l'intervention de la COCOM dans le domaine de

[58] Voir par exemple Cour de justice, 22 mai 2003, C-355/00, *Freskot*, point 78.
[59] Rapprocher de Cour de justice, 22 mai 2003, C-355/00, *Freskot*, point 63 ; Cour de justice, 5 mars 2009, C-350/07, *Kattner Stahlbau*, point 68.

l'assurance autonomie restreint les débouchés commerciaux des entreprises d'assurance et, partant, la liberté du commerce et de l'industrie de ces dernières[60].

Cependant, toute restriction aux libertés de circulation n'est pas contraire aux libertés de circulation protégées par le droit européen du marché intérieur. Une restriction peut en effet être justifiée dès lors qu'elle répond à des raisons impérieuses d'intérêt général, pour autant qu'elle soit propre à garantir la réalisation de l'objectif qu'elle poursuit et n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre[61]. De la même manière, la liberté du commerce et de l'industrie garantie par le droit belge n'est pas non plus absolue[62]. Une obligation d'affiliation à une assurance sociale peut, ainsi, être justifiée par l'objectif d'assurer l'équilibre financier d'une branche de la sécurité sociale[63]. Parmi les éléments permettant d'établir le caractère proportionné de cette obligation d'affiliation, figure par ailleurs la possibilité laissée ou non aux personnes qui doivent s'affilier de compléter leur couverture en s'adressant à des assureurs tiers[64].

En l'espèce, eu égard à ce qui précède, il s'agira le cas échéant de justifier les raisons pour lesquelles il serait nécessaire de rendre l'affiliation à l'assurance autonomie organisée par la COCOM obligatoire dans le chef des personnes affiliées, en exposant notamment l'objectif poursuivi par cette mesure et les raisons pour lesquelles celle-ci est apte et nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi.

4.2. L'ORGANISATION DE L'ASSURANCE AUTONOMIE BRUXELLOISE

À ce stade, trois modèles d'organisation distincts semblent être envisagés pour l'assurance autonomie bruxelloise :

- gestion centralisée de l'assurance autonomie par la COCOM ou par un organisme d'intérêt public créé par la COCOM ;
- prélèvement des cotisations et paiement des prestations par des caisses agréées à cette fin par la COCOM, créées par des mutuelles, à l'exclusion d'autres types d'opérateurs, ainsi que par la COCOM elle-même (ou un OIP dépendant de la COCOM), d'une part ; contrôle et financement des caisses par la COCOM (ou un OIP dépendant de la COCOM), d'autre part ;
- prélèvement des cotisations et paiement des prestations par des caisses agréées à cette fin par la COCOM, créées par des mutuelles ou des sociétés d'assurance, ainsi que par la COCOM elle-même (ou un OIP dépendant de la COCOM), d'une part ; contrôle et financement des caisses par la COCOM (ou un OIP dépendant de la COCOM), d'autre part – c'est le modèle flamand ;

---

[60] Rapprocher de Cour constitutionnelle, 18 mars 2010, n° 29/2010, B. 32 à B.35 ; Cour constitutionnelle, 24 novembre 2011, n° 180/2011, B.15.1.
[61] Cour de justice, 5 mars 2009, C-350/07, *Kattner Stahlbau*, point 84.
[62] Cour constitutionnelle, 18 mars 2010, n° 29/2010, B. 33 ; Cour constitutionnelle, 24 novembre 2011, n° 180/2011, B.17.2.
[63] Cour de justice, 5 mars 2009, C-350/07, *Kattner Stahlbau*, point 88. Voir aussi Cour constitutionnelle, 24 novembre 2011, n° 180/2011, B.15.4.
[64] Cour de justice, 22 mai 2003, C-355/00, *Freskot*, point 70 ; Cour de justice, 5 mars 2009, C-350/07, *Kattner Stahlbau*, point 89.

Ces trois modèles posent question, à des degrés distincts, par rapport au droit européen des libertés de circulation, mais aussi par rapport aux principes de droit constitutionnel belge d'égalité et de non-discrimination.

Au regard du droit européen des libertés de circulation, le premier scénario devrait pouvoir être admis. Les autorités publiques peuvent en en effet, au regard de ce droit, librement décider d'exercer leurs compétences en recourant à leurs propres moyens[65]. En outre, dans l'arrêt *Teckal*, la Cour de justice a assimilé à la situation du pouvoir public qui accomplit ses missions en recourant à ses propres moyens, c'est-à-dire en régie, le cas des prestations en quasi-régie[66]. Il y a quasi-régie lorsque le pouvoir public contrôle l'entité prestataire de manière analogue à ses propres services, que le prestataire ne bénéficie pas de capitaux privés et qu'il réalise l'essentiel de ses activités pour le compte du pouvoir public qui le contrôle ou pour des entités « sœurs ».

Les deux autres scénarios soulèvent en revanche certaines questions. La mission de récolter les cotisations des personnes affiliées à l'assurance et de leur payer les prestations en cas de besoin pourrait, en effet, devoir s'analyser comme une prestation de services relevant du champ d'application du droit européen du marché intérieur si on considère qu'elle a un intérêt transfrontalier (libre prestation de services ou liberté d'établissement).

L'accès à cette prestation de services ne pourrait, dans ces conditions, être réservé à certains opérateurs sans justification suffisante. De même, les articles 10 et 11 de la Constitution (principe d'égalité et de non-discrimination) font obstacle, en droit belge, à ce que la COCOM traite différemment, sans justification admissible, des catégories de personnes se trouvant dans des situations comparables.

Pour autant que les conditions d'agrément puissent être justifiées par le bon fonctionnement du système, le troisième scénario pose, *a priori*, moins de difficultés que le deuxième, dès lors qu'il consiste à ouvrir à l'ensemble des opérateurs susceptibles de fournir le service en question la possibilité de le faire, dans le respect des règles financières et de gestion définies par l'agrément. Le deuxième scénario consiste, en revanche, à réserver aux mutualités la possibilité de créer des caisses de prélèvement et de paiement des prestations de l'assurance autonomie, à l'exclusion de sociétés privées d'assurance. Une telle exclusion n'est, à première vue, pas inenvisageable en droit. On relèvera par exemple que la Cour de justice a déjà accepté que le remboursement par les pouvoirs publics de prestations d'assurance sociale à caractère sanitaire soit réservé à des associations sans but lucratif, à l'exclusion de sociétés ayant un tel but[67], ou que la fourniture de services de transport sanitaire d'urgence et d'extrême urgence soit confiée de manière privilégiée à des organismes de bénévolat conventionnés[68]. Ce scénario suppose néanmoins que puissent être mises en évidence les raisons pour

---

[65] Voir Cour de justice, 13 octobre 2005, C-458/03, *Parking Brixen*, point 61.

[66] Cour de justice, 18 novembre 1999, C-107/98, *Teckal*, point 50. Voir aussi Cour de justice, 13 octobre 2005, C-458/03, *Parking Brixen*, points 61 et 62.

[67] Cour de justice, 17 juin 1997, C-70/95, *Sodemare*, point 35.

[68] Cour de justice, 11 décembre 2014, C-113/13, *Azienda sanitaria locale n. 5 « Spezzino »*. Voir aussi Cour de justice, 28 janvier 2016, C-50/14, *Consorzio Artigiano Servizio Taxi e Autonoleggio*.

lesquelles les sociétés d'assurance devraient être exclues de toute participation à la gestion de l'assurance autonomie envisagée par la COCOM, à la différence, par hypothèse, des mutualités.

4.3. Conclusion

Du point de vue du respect du droit européen des libertés de circulation, des articles 10 et 11 de la Constitution et de la liberté du commerce et de l'industrie, il nous semble important que la COCOM veille à motiver (1) son choix de rendre obligatoire l'affiliation à l'assurance autonomie qu'elle entend mettre en place et (2) son choix, le cas échéant, de limiter à certaines catégories d'opérateurs (comme les mutuelles) la possibilité de participer à la gestion de l'assurance autonomie en question et de réglementer leur activité.

5. L'obligation pour la COCOM de respecter les droits sociaux fondamentaux

Dans le cadre de la construction de l'assurance autonomie bruxelloise, il faudra tenir compte de la situation des bénéficiaires de l'APA s'ils devaient voir leurs prestations modifiées. Dans ce contexte, la COCOM devra particulièrement avoir égard à l'effet dit de standstill (5.1.) et aux obligations internationales de l'Etat belge en matière d'aide aux personnes handicapées (5.2.).

5.1. L'obligation de standstill

Il existe juridiquement ce qu'on appelle un effet de standstill qui est déduit par la jurisprudence et la doctrine, conformément à la volonté du constituant, de la proclamation par celui-ci d'un droit fondamental à la sécurité sociale dans l'article 23 de notre Constitution[69]. Si la mise en œuvre et la matérialisation du droit à la sécurité sociale constituent une prérogative du législateur, à qui il revient

---

[69] Sur la portée juridique du droit à la sécurité sociale (au sens large) consacré par l'article 23, al. 3, 2° de la Constitution, voir M. Dispersyn, « Le droit à la sécurité sociale dans l'article 23 de la Constitution », *Les droits économiques, sociaux et culturels dans la Constitution* (dir. R. Ergec), Bruxelles, Bruylant, coll. « Faculté de droit de l'Université libre de Bruxelles », 1995, p. 193-230 ; M. Jamoulle, « L'article 23 de la Constitution belge dans ses relations avec les droits sociaux fondamentaux, le droit du travail et la sécurité sociale », *Sociale grondrechten als bakens voor een vernieuwd sociaal recht. Liber amicorum Professor Maxime Stroobant* (dir. G. Van Limberghen et K. Salomez), Gand, Mys & Breesch, 2001, p. 121-147; A. Van Looveren, « Sociale grondrechten en minimarechten », *Actuele problemen van het socialezekerheidsrecht* (dir. R. Janvier, A. Van Regenmortel et V. Vervliet), Bruges, La Charte, coll. « Recht en sociale zekerheid », 2003, p. 241-300 ; S. Van Drooghenbroek, « La sécurité sociale est-elle un droit de l'homme ? La logique du 'tiers' au service de l'effectivité de l'article 23, al. 3, 2° de la Constitution », *Quel modèle de sécurité sociale pour la Belgique de demain ?*, XIXèmes journées juridiques Jean Dabin, Louvain-la-Neuve, U.C.L., 2005, 12 p., non publié ; J.-F. Leclercq, « Sociale zekerheid : honderdduizend of niets, stop je of ga je verder ? », *J.T.T.*, 2007, p. 317-331, spéc. n° 2 à 12, p. 317 à 321 ; D. Pieters et P. Schoukens, « Belgium », *Security : A General Principle of Social Security Law in Europe* (dir. U. Becker, D. Pieters, F. Ross et P. Schoukens), Groningen, Europa Law Publishing, 2010, p. 21-66 ; J.-F. Neven, E. Dermine, S. Palate et S. Gilson, « Les droits à la sécurité sociale et à l'aide sociale, médicale et juridique », *Les droits constitutionnels en Belgique. Les enseignements jurisprudentiels de la Cour constitutionnelle, du Conseil d'Etat et de la Cour de cassation* (dir. M. Verdussen et N. Bonbled), préface de F. Tulkens, vol. 2, Bruxelles, Bruylant, 2011, p. 1323-1382.

d'opérer les choix et les arbitrages nécessaires, l'inscription de ce droit dans notre charte fondamentale emporte à tout le moins une obligation pour ce même législateur de ne pas diminuer le niveau des prestations déjà garanties, du moins pas sans justifications.

Cependant, le principe de standstill n'est pas absolu mais relatif[70]. Autrement dit, il s'accommode de restrictions, afin de préserver le pouvoir d'appréciation du législateur. Toutefois – et c'est capital –, ces restrictions ne sont acceptables que pour autant qu'elles soient dûment justifiées et acceptables sous l'angle de la proportionnalité[71]. A ce titre, il s'impose de vérifier que le recul opéré obéit à un motif d'intérêt général, qu'il est approprié et même nécessaire au regard de ce motif, et qu'il n'emporte pas des conséquences disproportionnées pour la substance du droit atteint. Pour que les juridictions puissent exercer leur contrôle sur la validité des restrictions opérées, pèse sur le pouvoir législatif une obligation de nature procédurale, ou formelle : il appartient aux auteurs de la norme de s'expliquer soigneusement sur les raisons qui motivent la régression. Comme l'écrit I. Hachez, le législateur ne peut pas « réduire le montant des prestations sociales sans expliquer les raisons qui [le] poussent à changer de politique »[72].

Dans le domaine des allocations pour personnes handicapées, on ne manquera pas de rappeler que le Conseil d'Etat a, en 2011, dans un arrêt *Cleo Angelo*, annulé un arrêté du Collège de la COCOF par lequel celui-ci avait sensiblement diminué le niveau de protection en vigueur en matière d'aides individuelles à l'intégration sociale des personnes handicapées[73]. Dans son arrêt, le Conseil d'Etat a jugé contraire à l'obligation de standstill qui assortit le droit constitutionnel à l'aide sociale, la suppression d'un certain nombre de possibilités d'interventions en faveur de la mobilité sans que soit invoqué par les auteurs de la norme le moindre motif d'intérêt général susceptible de légitimer, le cas échéant, la régression opérée.

Partant, il serait *a priori* inconstitutionnel de, par exemple, supprimer purement et simplement l'APA des personnes résidant en maison de repos au motif que le législateur souhaite privilégier le maintien à domicile. Par contre, l'APA pourrait éventuellement être remplacée par des prestations en nature si cela permettait d'assurer une protection équivalente à la personne âgée.

5.2. Les engagements internationaux de l'Etat belge a l'egard des personnes handicapees

La COCOM doit également respecter les obligations internationales de l'Etat belge à l'égard des personnes handicapées. En l'occurrence, on pense particulièrement à l'article 19 de la Convention internationale de l'Organisation des nations unies relative aux droits des personnes handicapées, qui

---

[70] Voir à ce sujet : I. Hachez, *Le principe de standstill dans le droit des droits fondamentaux : une irréversibilité relative*, Bruxelles/Athènes/Baden-Baden, Bruylant/Sakkoulas/Nomos Verlagsgesellschaft, coll. « Droits fondamentaux », 2008.

[71] Au sujet des différentes étapes à franchir pour jauger la constitutionnalité d'un recul au regard de l'obligation de standstill, voir le vade-mecum didactique proposé dans la première partie de I. Hachez et B. Jadot, « Environnement, développement durable et standstill : vrais ou faux amis ? », *Aménagement*, 2009, p. 5-25, et les nombreuses références jurisprudentielles et législprudentielles citées.

[72] I. Hachez, « Le principe de standstill dans le droit des droits fondamentaux : une irréversibilité relative », *Revue belge de droit constitutionnel*, 2007, p. 80.

[73] C.E. (6ème ch.), 23 juillet 2011, *Cleon Angelo, ABP et ABMM c/ Commission communautaire française*, n° 215.309, *Administration publique*, 2011, p. 414, avec le rapport conforme de l'auditeur B. Jadot.

est relatif à l'autonomie et l'inclusion dans la société de la personne handicapée. Le législateur doit également avoir égard à la Charte sociale européenne, plus précisément à son article 15, §3, qui prévoit qu'en vue de garantir aux personnes handicapées l'exercice effectif du droit à l'autonomie, à l'intégration sociale et à la participation à la vie de la communauté, les Etats parties doivent « favoriser leur pleine intégration et participation à la vie sociale, notamment par des mesures, y compris des aides techniques, visant à surmonter des obstacles à la communication et à la mobilité et à leur permettre d'accéder aux transports, au logement, aux activités culturelles et aux loisirs ». Dans cette perspective, on notera que, dans sa décision n° 75/2011 *Fédération internationale des ligues des droits de l'Homme (FIDH) c. Belgique*, le Comité européen des droits sociaux a conclu que l'Etat belge n'a pas créé en nombre suffisant de centres d'accueil et d'hébergement afin d'éviter l'exclusion de nombreuses personnes handicapées des services adaptés à leurs besoins spécifiques. Le Comité a également considéré qu'il n'existe pas, dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, d'institutions donnant des conseils et des aides personnelles aux personnes handicapées.

5.3. Conclusion

Quel que soit le *design* de l'assurance autonomie, il faudra veiller au fait que les personnes bénéficiant de l'APA, ou étant susceptibles de bénéficier à l'avenir de l'APA, accèdent au moins à une protection sociale d'un niveau similaire que par le passé, et ce en vertu de l'obligation de standstill. Par ailleurs, la COCOM devra s'assurer du respect des dispositions de la Convention internationale de l'Organisation des nations unies relative aux droits des personnes handicapées et de la Charte sociale européenne qui viennent préciser les contours des droits de la personne handicapée.

II. Groupes de discussion et littérature

Dans cette partie, nous présentons les principales conclusions, basées sur la littérature, d'une part, et les groupes de discussion, d'autre part[74]. Pour commencer (1. Introduction), nous esquissons la méthodologie utilisée et nous nous attardons brièvement sur les raisons d'une assurance autonomie bruxelloise. Nous commentons diverses évolutions démographiques et sociales à Bruxelles et nous nous arrêtons sur quelques modifications institutionnelles.

Ensuite (2. Analyse), nous abordons les aspects pertinents d'une assurance autonomie. Dans ce cadre, nous nous arrêtons sur la littérature disponible et nous établissons le lien entre celle-ci et les arguments que nous avons isolés dans les discussions avec les stakeholders bruxellois. Durant les groupes de discussion, les arguments pour et contre relatifs aux thèmes relevés ont chaque fois été listés et illustrés à l'aide de déclarations littérales des stakeholders interrogés.

1. Introduction

1.1. Méthodologie

Les quatre groupes de discussion ont eu lieu les 14, 18 et 21 mars ainsi que le 21 avril 2016. Le 25 avril 2016, un entretien s'est déroulé avec le Conseil économique et social. Les groupes de discussion ont été enregistrés et les propos tenus ont ensuite été retranscrits de manière littérale. L'analyse thématique des groupes de discussion a été réalisée et rapportée par trois chercheurs.

Les discussions de groupe ont été organisées sur base d'une liste qui nous a été fournie par l'Observatoire de la santé et du social, reprenant une bonne soixantaine de stakeholders bruxellois. Cette liste comprenait des membres des syndicats, des membres des mutuelles, des membres des fédérations sectorielles en lien avec la thématique, différents membres du conseil économique et social, des membres d'associations de médecins et des représentants d'hôpitaux. Nous avons également contacté des responsables des CPAS, ainsi que certaines associations de personnes âgées et d'aidant-proche. Au total, l'invitation a été envoyée à une septantaine de personnes. 35 personnes ont répondu positivement à l'invitation. 22 personnes ont finalement participé aux discussions, dont voici la liste ci-dessous :

[74] Toutes les citations suivies d'un numéro de page sont issues de la littérature, les autres citations sont tirées de discussions de groupe

14 mars:	
Marc Glorieux	Woonzorg Brussel
Herman Mennekens	mutualité libre du brabant
Michel De Volder	FAMGB
Robbie Dumoulin	expertisecentrum dementie
Fanny Dubois	espace seniors
Emilie De Smet	Eneo
Emmanuel Bawin	CSD
18 mars:	
Axel De Roover	aidants-proches
Lawrence Cuvelier	GBO
Christian Dejaer	CBI - hôpitaux
JM Rombeaux	assoc. ville et commune RBC
Sebastien Alexandre	fedito toxicomanie
Mahdi Amranijai	chargé de mission CES
Paul Palsterman	président du GT Affaires Sociales - CES
Amandine Pradé	mutualité libre
Caterine Doetsch	constellation
21-mars	
GEORGIN Christine FSB	fed. services bruxellois aide à domicile
Kempeneers Thérèse	asbl inclusion
Pierre Cools	Solidaris - secrétaire général adjoint
Alain Conrath	CM
25 avril:	
Ph Andrianne	Eneo
Marieken Engelen	pilier socialiste VFG
Lambert Virginie	LUSS
Jonathan Bouvy	MC

Le guide d'entretien a été élaboré sur la base d'une première revue de littérature et des échanges préalables avec les commanditaires de l'étude. Il comprenait les questions suivantes :

1. Qu'est, selon vous, une assurance autonomie qui doit soutenir le choix de rester habiter au lieu de vie choisi en Région bruxelloise?
   - À quelles exigences doit satisfaire cette assurance?
   - Quelles sont les opportunités en la matière pour la Région bruxelloise?
   - Quelles sont les difficultés potentielles pour la Région bruxelloise?

2. De quelle manière doit être récolté le financement de l'assurance?
   - Qui récolte l'argent? Qui le gère?
   - Quelle doit être la hauteur du montant récolté?
   - Comment rétribuer les responsables de ce service?

3. Régulation du secteur
   - En nature ou en espèce? Quid des titres-services?
   - De quelle manière cette assurance doit-elle être payée? Par qui (p.ex. mutualités, CPAS...)?
   - Exemples de l'étranger

4. Quels services, quels types de soins et quels types d'aide doivent être pris en compte par cette assurance?
   - Liste des différents services d'aide et de soin (y compris les titres-services)
   - Faut-il inclure les soins médicaux (kiné, medecins,..)?
   - Faut-il inclure les maisons de repos (MR, MRS)?
   - Comment organise-t-on les preuves des services, des soins ou de l'aide rendus? Qui s'en occupe?

5. Comment les besoins de soin et d'aide doivent-ils être détectés?
   - De quelle manière (BelRAI, Katz,..)? Qui fait le screening?
   - Quels critères doivent être retenus pour décider des droits? p.ex. âge, lieu (maisons de repos, maisons de court séjour, accueil de nuit,..), autre

6. Faut-il appliquer des corrections sociales lors du prélèvement ou de la rétribution ? Lesquelles?

7. Quels sont les liens entre cette assurance autonomie bruxelloise et la sécurité sociale flamande et l'assurance autonomie wallonne?
   - Quelle réglementation cette assurance autonomie bruxelloise doit-elle prévoir pour les personnes habitant dans une Région, mais bénéficiant de soins dans une autre Région?
   - Quid en cas de déménagement d'une Région à une autre?

8. Y-a-t-il d'autres aspects qui doivent également être pris en compte?

Les quatre focus groups menés ont été retranscrits dans leur intégralité. Les moyens techniques disponibles pour cette recherche exploratoire n'ont toutefois pas permis une retranscription qui rende compte de l'identité des différents participants. Une analyse transversale thématique a donc été réalisée sur la base des questions abordées avec les participants pour faire émerger les arguments en faveur et en défaveur des différentes alternatives en matière d'organisation de l'assurance autonomie :

- Définition et objectifs de l'assurance autonomie
- Mode de financement l'assurance autonomie
- Panier de services
- Critère d'éligibilité/admissibilité
- Régulation du secteur
- Quels acteurs ?
- Articulation bruxelloise, avec la Flandre et la Wallonie
- Discussion parallèle "nouveau modèle de soin"
- Politiques d'emploi

Ces thématiques sont tirées du guide d'entretien mais aussi des aspects abordés spontanément par les participants eux-mêmes. De façon systématique, les extraits d'entretien ont été rassemblés par thématique, analysés puis confrontés à la littérature pour produire les résultats détaillés ci-dessous.

1.2. Pourquoi une assurance autonomie bruxelloise ?

Bruxelles est confrontée au défi de trouver une réponse adéquate aux demandes sans cesse changeantes en matière de soins et d'aide. Ainsi, il apparaît qu'en Belgique, 27 % de la population souffrent d'au moins une maladie chronique. Bien que la probabilité d'avoir besoin d'aide ou de soins augmente avec l'âge, le besoin temporaire ou de courte durée de soins ou d'aide ne concerne pas les seules personnes âgées.

Néanmoins, le vieillissement de plus en plus marqué de la population a un impact important sur l'augmentation et la modification de la demande en matière de soins et d'aide. Bruxelles a pendant longtemps été la région qui possédait la pyramide des âges la plus vieille. En raison du rajeunissement constant de la région, la proportion des catégories d'âges entre les régions s'est inversée depuis les années 2000. Bruxelles est aujourd'hui la région « la plus verte », avec une part de personnes âgées en baisse et une part de jeunes en hausse par rapport à l'ensemble de la population bruxelloise. En 2010, Bruxelles comptait environ 152.000 habitants de plus de 65 ans, sur une population totale de 1.090.000 personnes et les seniors représentaient ainsi 14 % de la population bruxelloise. La Région de Bruxelles-Capitale représente cependant la région où le vieillissement de la population est le plus intense. Le rapport entre les personnes de plus de 80 ans et la population totale de personnes âgées est de 1 sur 3. Elles forment aujourd'hui un groupe de 50.000 personnes pour lesquelles le risque de vulnérabilité et de dépendance aux soins est très grand. En effet, la grande majorité d'entre elles vit chez elle jusqu'à l'âge de 80 ans en bonne santé. Bon nombre de ces personnes rencontrent peu de limitations dans leur vie quotidienne. La part de personnes âgées vivant dans une institution résidentielle passe très vite de 25 % à partir de 85 ans (catégorie d'âge jusqu'à 89 ans) à 80 % pour les personnes âgées de plus de 95 ans, avec un palier à 45 % (entre 90 et 95 ans).

Depuis 2012, le nombre de personnes âgées a connu une réelle augmentation et, selon les prévisions démographiques du Bureau fédéral du Plan, continuera d'augmenter à l'avenir. Si nous examinons les chiffres absolus, nous constatons une augmentation quasi constante pour les personnes de plus de 60 ans, dont le nombre passera d'environ 200.000 en 2010 à environ 290.000 en 2040, soit une augmentation attendue de 43,5 %. Ce nombre croissant de personnes âgées donne une indication du

besoin concret en institutions adéquates. En effet, une diminution du nombre de personnes âgées ne signifie pas nécessairement un recul du besoin en institutions. Selon les communes, nous observons des différences marquées en termes d'augmentation du nombre de personnes âgées. Les communes où vivent actuellement peu de personnes âgées (et où il y a aussi moins d'institutions) connaîtront la plus forte augmentation à l'avenir.

La part de personnes âgées disposant d'un très petit revenu augmente parallèlement au nombre absolu de personnes âgées. En 2010, 9 % des personnes de plus de 65 ans bénéficiaient d'une Garantie de Revenus aux Personnes âgées. 22,1 % des personnes âgées disposaient d'un revenu mensuel de moins de 1.000 euros pour l'ensemble du ménage. Un Bruxellois de plus de 75 ans sur neuf déclare reporter des dépenses de santé en raison de difficultés financières (contre une moyenne belge de 3,9 %)[75]. Plus de 15 % estiment que les soins à domicile sont financièrement inabordables. Néanmoins, les personnes de statut socio-économique faible souffrent plus souvent et plus tôt de problèmes de santé ainsi que de limitations fonctionnelles et sont donc exposées à un risque plus élevé de devoir faire appel à un service de soins à domicile.

En ce qui concerne l'abordabilité financière des services, deux scénarios ont été examinés dans l'étude de programmation. La première étude s'est penchée sur le coût de « vivre à vie à domicile en ayant besoin de soins » et de vivre dans une maison de repos. Les analyses montrent très clairement que continuer de vivre à domicile pour les personnes qui ont besoin de soins et qui « achètent » donc leurs soins se révèle vite très coûteux pour le client[76]. Les personnes seules et les locataires sur le marché privé, en particulier, éprouvent des difficultés à continuer à vivre chez elles. Mais les propriétaires et les locataires en couple d'un logement social disposent eux aussi de peu de marge financière. La deuxième étude, qui porte sur la contribution de l'utilisateur dans les soins à domicile, montre clairement de grandes inégalités : le coût pour l'usager de soins diffère fortement selon le pouvoir subsidiant et l'endroit où vit la personne concernée. Dans de très nombreux cas, il est plus avantageux pour l'utilisateur, d'un point de vue financier, de recourir, pour l'aide-ménagère, aux titres-services fiscalement déductibles.

Le risque est réel que parallèlement aux personnes âgées autonomes, un groupe de personnes âgées vulnérables apparaisse, qui remplacera les personnes âgées « traditionnelles » et qui se contentera (ou devra se contenter) des institutions bon marché classiques. La garantie d'une offre de services et de soins disponible et accessible, tant physiquement que financièrement, est incontestablement un des principaux défis en matière de soins aux personnes âgées.

En outre, les évolutions démographiques ont pour conséquence que le nombre de maladies chroniques et de personnes ayant besoin d'aide et de soins augmentera. Il en découlera logiquement un déplacement des moyens de « cure » vers le « care ». Cela signifie que les moyens investis pour dispenser des soins ne seront plus seulement axés sur la guérison, mais aussi sur la mise à disposition d'une aide et d'un accompagnement dans le cadre des soins permettant aux personnes ayant besoin de soins et d'aide à long terme de vivre une vie de qualité.

---

[75] Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2010). *Baromètre social : rapport bruxellois sur l'état de la pauvreté* Bruxelles : Commission communautaire commune

[76] Compte tenu de la façon dont les soins à domicile sont organisés actuellement et en comparaison avec les prix actuels des maisons de repos

Or le système de protection sociale, développé aux XIX et XXème siècles, a été pensé en majeure partie dans un contexte de prépondérance des maladies aigues. Ce système s'avère donc partiellement inapproprié pour répondre aux besoins d'une population vieillissante, potentiellement en perte d'autonomie et nécessitant des soins long terme[77]. Si le besoin d'aide et de soins constitue en effet bien un risque social universel, il est à bien des égards distinct du risque maladie[78].

De ce point de vue, il est intéressant de noter que les pays germaniques, où la sécurité sociale est traditionnellement organisée de façon très carrée, ont créé une assurance autonomie il y a déjà quelque temps, afin de combler les trous de l'assurance maladie qui ne finançait pas les soins de long terme. Les pays précurseurs sont ainsi les Pays-Bas (1968), l'Autriche (1993) et l'Allemagne (1994). Étant donné qu'en Belgique certains soins de longue durée sont pris en charge par le système d'assurance maladie (cf. section « panier de service »), la mise en place d'une assurance autonomie s'est fait sentir moins rapidement.

En Belgique, la plupart des moyens dans le cadre des soins de santé se situent au niveau fédéral (INAMI), tandis que les compétences bruxelloises se situent plutôt au niveau « care ». Par conséquent, le défi consiste à harmoniser les domaines « cure » et « care », ce qui rend une concertation entre les différents niveaux de pouvoir indispensable.

La manière dont les soins peuvent être organisés au mieux à l'avenir dépend de l'intensification du vieillissement de la population, mais les caractéristiques des générations actuelle et future sont aussi en pleine évolution. Nous observons ainsi une augmentation du nombre de personnes âgées vivant seules. Une préoccupation supplémentaire à Bruxelles concerne l'augmentation de la diversité et peut-être aussi la dualisation de la population des personnes âgées. L'Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale a calculé qu'en 2007, les seniors possédant un contexte culturel différent composaient déjà un tiers de la population bruxelloise de personnes âgées[79]. Selon les prévisions, cette part continuera d'augmenter pour atteindre, d'ici 2020, la moitié des personnes âgées à Bruxelles. Il s'agit principalement d'un groupe de personnes âgées vulnérables, peu scolarisées, encore trop peu familiarisées avec notre système de soins. En outre, aucune attention n'est actuellement accordée à la réglementation relative à la problématique de la diversité.

Non seulement les évolutions démographiques mettent la société bruxelloise au défi de repenser les soins et l'aide, mais de nombreuses personnes souhaitent, plus qu'autrefois, conserver la direction de leur vie et de leurs soins. En outre, il s'avère qu'elles ont aujourd'hui des préférences différentes en termes de logement et de soins. Ainsi, les personnes âgées n'envisagent généralement plus de vivre chez leurs enfants comme alternative de soins (4 % des personnes âgées), tandis que le recours à des maisons de repos et de soins classiques n'enthousiasme que fort peu les personnes de plus de 65 ans. Les personnes âgées souhaitent manifestement rester autonomes le plus longtemps possible.

Un autre facteur à ne pas négliger consiste dans les transformations économiques et familiales, qui redéfinissent la future de l'aidant proche. Le modèle qui faisait reposer la prise en charge des

---

[77] Hébert, R. (2012). L'assurance autonomie: Une innovation essentielle pour répondre aux défis du vieillissement. *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, *31*(01), 1-11, p.68

[78] Ledoux, C. (2015). L'assurance dépendance allemande, une copie de l'assurance maladie ? *Revue française des affaires sociales(4),* p.90

[79] Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale. (2007). *Vivre chez soi après 65 ans : Atlas des besoins et des acteurs à Bruxelles.* Bruxelles: Commission communautaire commune.

personnes dépendantes par le « femme au foyer » a subi de profondes transformations liées aux évolutions économiques et familiales. L'augmentation de la participation des femmes au marché du travail, ainsi que la tendance à la mobilité accrue des familles, provoque un déficit d'aidants informels, qui provoque l'externalisation d'une partie des tâches qui avaient traditionnellement lieu au sein de la sphère domestique, dont fait partie le fait de s'occuper de ses parents.

Cette externalisation n'est toutefois que partielle, et l'aidant-proche se trouve souvent sollicité pour effectuer ce « travail informel », ce qui impacte négativement sur sa vie sociale et professionnelle. De ce point de vue, la mise en place d'une assurance autonomie devrait permettre de mieux concilier vie « privée » et vie professionnelle, en soulageant les aidants-proches.

Toutefois, si la création d'une assurance autonomie peut être vue comme répondant à une nécessité de mieux prendre en compte le travail, souvent invisible, de prise en charge des personnes dépendantes, notons que certains intervenants ont pointé le risque inverse, à savoir que la désinstitutionalisation visée par la mise en place de l'assurance autonomie n'aille de pair avec une sollicitation accrue de l'aide informel (cf. section « aidant-proche ») : *« les associations d'aidant proche ont quand même réagit assez fortement à cette politique de vouloir maintenir à domicile par ce que ça, allé, c'est vraiment le plan ''on ne pourra pas répondre à la demande en institution donc on va essayer d'envisager un maintien à domicile le plus longtemps possible'', et je sais que du côté des aidants proches ça pose question parce que c'est le risque aussi de vouloir utiliser l'aide informel d'avantage que ce que ça ne l'est maintenant ».*

Rester le plus longtemps possible chez soi est appelé *ageing in place* dans la littérature de langue anglaise. D'une part, nous constatons que ce concept est devenu un idéal politique ces derniers temps. Il met l'accent sur le maintien des personnes âgées le plus longtemps possible à domicile. Bien qu'un tel idéal soit souvent motivé par des considérations financières, *ageing in place* est ce que souhaitent généralement les personnes âgées elles-mêmes. La plupart veulent en effet continuer à vivre le plus longtemps possible chez elles ou dans leur cadre de vie familier.

Ageing in place décrit donc non seulement le souhait de continuer à vivre le plus longtemps possible à domicile pour les personnes qui vont bien, mais aussi pour les personnes qui vont moins bien et qui ont besoin de l'aide de services de soins à domicile ou de soins infirmiers à domicile, par exemple. Même lorsque les personnes âgées sont très dépendantes des soins, connaissent des difficultés économiques ou vivent dans un logement inadapté ou dans une région reculée, elles préfèrent, dans la plupart des cas, rester chez elles. Pour ces personnes âgées, cette situation revient à veiller à « bien vieillir à domicile » et à le garantir.

Le concept d'*ageing in place* est étroitement lié à ce que le Strategische adviesraad Welzijn, Gezondheid en Gezin décrit dans sa note de vision de 2012 comme une « socialisation des soins » : « Un glissement dans le cadre des soins, qui vise à faire prendre une place à part entière dans la société aux personnes atteintes de limitations ou de maladies chroniques, aux personnes âgées vulnérables, aux jeunes connaissant des problèmes comportementaux et émotionnels, aux personnes qui vivent dans la pauvreté, etc., avec toutes leurs possibilités et leurs vulnérabilités, à les soutenir si nécessaire et à faire en sorte que leurs soins soient intégrés au mieux dans la société. Les concepts qui interviennent ici sont notamment ceux de (...) community care, empowerment, travail axé sur les forces et le contexte, gestion de la demande et répit. »

Outre ces transitions démographiques et sociales que nous venons d'exposer, il faut aussi noter que la sixième réforme de l'État transfère pour la première fois de grands paquets de compétences à la Sécurité sociale.

Ces modifications budgétaires et institutionnelles importantes contraignent les entités fédérées à revoir l'organisation et le financement de certains aspects de la prestation d'aide et de soins.

Le but de la sixième réforme de l'État était de parvenir à des compétences plus homogènes. Celle-ci a transféré d'importants éléments aux entités fédérées dans les domaines des soins et de la santé. Ainsi, la rééducation fonctionnelle intense et le « long term care » relèvent principalement des entités fédérées, tandis que le « cure » reste essentiellement fédéral.

Dans ce cadre, le Collège réuni formule l'objectif d'organiser une assurance autonomie pour les Bruxellois, à la lumière des évolutions décrites ci-dessus.

2. Analyse des groupes de discussion et de la littérature

Dans cette partie, nous expliciterons les différents thèmes pertinents relatifs à l'organisation d'une éventuelle assurance autonomie bruxelloise. Dans la mesure du possible, les informations appropriées issues de la littérature ont été ajoutées à l'analyse thématique des groupes de discussion. Les thèmes suivants seront abordés successivement :

1. Quels sont les objectifs de l'assurance autonomie?
2. Quel mode de financement adopter?
3. Quel panier de services l'assurance autonomie doit-elle fournir?
4. Quels seront les critères d'éligibilité/ d'admissibilité applicables?
5. Comment réguler le secteur?
6. Quels acteurs seront impliqués?
7. Comment articuler Bruxelles avec la Flandre et la Wallonie

2.1. Quel sont les objectifs de l'assurance autonomie ?

La *zorgverzekering* flamande obligatoire, qui a vu le jour en 2001, est facultative à Bruxelles et a pour but de mieux indemniser le coût des soins non médicaux.

Il s'agit ici d'une sorte d'assurance populaire : une assurance obligatoire de droit public (= assurance sociale), pour toutes les personnes physiques résidentes légales. Un non-résident qui a droit aux prestations, en vertu de la réglementation européenne, est également assuré dans le cadre de l'assurance populaire. Les personnes assurées paient une cotisation (gouvernement flamand).

De nombreux stakeholders pensent que l'organisation d'une assurance autonomie bruxelloise doit être une priorité absolue et qu'il est préférable d'en poser les fondements au plus vite, pour l'affiner éventuellement plus tard : « C'est une opportunité aussi actuellement de démarrer un système, qui

n’est pas encore complet. Mais essayer qu’il soit complet pour pouvoir l’adapter par la suite, une fois qu’il sera mis en place. C’est quand même une branche de la sécurité sociale finalement, c’est un mécanisme. Dans certains pays c’est une assurance vieillesse. Et donc voilà c’est une opportunité politique […] ». Divers stakeholders indiquent que l'assurance autonomie doit être simple d'utilisation pour l'utilisateur final (le citoyen) : « Il faut que pour le citoyen ce soit le plus simple possible ».

Néanmoins, tout le monde ne pense pas que la création d'une assurance autonomie soit une bonne chose et certains estiment qu'il est préférable de réfléchir à d'autres formes de financement des soins et de l'aide. De plus, certains soulignent que la *zorgverzekering* flamande intervient également à Bruxelles. Pourtant, un champ d'application large est plébiscité pour l'assurance autonomie éventuelle et il est demandé d'y inclure aussi les besoins et les nécessités des sans-abris et des toxicomanes. D'autres déclarent qu'une assurance autonomie n'est pas nécessaire si on augmente le revenu des personnes : « Moi je ne suis pas dans l’idée qu’il faille à Bruxelles créer un bidule intitulé assurance autonomie, je pense qu’il faut réfléchir attentivement au financement et à tout ce qu’on a déjà évoqué donc : guichets uniques, gare de triages, etc. Je crois que jusqu’à la prochaine réforme de l’Etat on ne coupera pas au fait que les différents risques qu’on peut ranger sous le label « assurance autonomie » vont être éclatés entre plusieurs institutions sans compter l’aspect que la zorgverzekering flamande intervient à Bruxelles aussi. Même sans compter cet aspect-là donc vous n’aurez pas un machin à mon avis. Je ne m’attends pas que l’étude permette de désigner un endroit que ce soit la région ou la COCOF où on va pouvoir tout régler, mais je trouve qu’au stade de l’étude où on est, ce serait dommage de partir d’une définition trop théorique ou trop limitative du risque pour dans l’esprit de faire un bidule et puis que finalement on laissera de côté des choses essentielles. »

« Mais au fait il faut parler aussi des besoins d’aide des toxicomanes ou des sans-abris, je trouve que c’est une bonne idée. »

« La piste a déjà été évoquée de longue date, c’est mettre une assurance autonomie flambant neuve et cela va être un truc super compliqué ou ne faut-il pas plutôt relever les plafonds de revenus de manière à ce que progressivement tout le monde s’y retrouve ? C’est peut-être pas très grisant, mais c’est une voie possible. »

Durant les groupes de discussion, le point de départ de l'assurance autonomie (cf. *zorgverzekering*), à savoir permettre aux personnes de vivre le plus longtemps possible chez elles même si elles sont fortement dépendantes des soins, s'est avéré ne pas être partagé par tous. Différents stakeholders ont indiqué que le but ne doit pas être de reporter les soins sur les aidants proches en raison d’un encadrement des soins insuffisant. « Les associations d’aidants proches ont quand même réagi assez fortement à cette politique de vouloir maintenir à domicile. Parce que ça, allez, c’est vraiment le plan : on ne pourra pas répondre à la demande en institution, donc on va essayer d’envisager un maintien à domicile le plus longtemps possible. Et je sais que du côté des aidants proches, ça pose question aussi, parce que c’est le risque aussi de vouloir utiliser l’aide informelle davantage que ce que ça ne l’est maintenant. Donc eux ils envisagent, à côté de ces grilles objectives et très médicalisées effectivement, un plan social, qui rentrera aussi en compte dans l’octroi des services comme l’accès à l’assurance autonomie ». En outre, certains stakeholders déclarent que le but de l'assurance autonomie ne peut pas être de maintenir à tout prix les personnes à domicile, mais qu'elle doit viser à donner aux personnes la possibilité de mener une vie digne, même si elles ont des besoins en termes de soins et d'aide : « il faut voir le but de l’assurance autonomie. Le but est de garder les gens à domicile

dans le temps, je ne pense pas que cela soit un bon but. Le but est de garder une vie digne jusqu'au bout mais pas forcément de les maintenir à domicile, car si on les garde à domicile et que ce n'est pas ce qu'ils ont besoin, on fait pire que mieux. » Ainsi, un répondant a fait remarquer qu'il serait préférable de remplacer l'expression « vivre le plus longtemps possible à domicile » par la description « vivre et être accompagné le plus longtemps possible dans la forme de résidence de son choix »

Aujourd'hui, nous parlons donc plutôt d'« offrir un accompagnement dans la forme de résidence choisie », plutôt que d'un « accompagnement à domicile ».

Différents stakeholders demandent que l'on s'intéresse aux définitions des termes « dépendance », d'une part, et « autonomie », d'autre part. L'autonomie renvoie plutôt aux possibilités de libre choix d'un individu, tandis que la dépendance recèle plutôt une connotation physique et peut rapidement orienter une assurance autonomie d'un point de vue médicalisé. « […] comme on l'a fait en Wallonie, […] il faut faire attention au terme autonomie qui n'est pas identique à celui de dépendance et indépendance. Donc voilà pour nous c'est très important. Sachant que l'autonomie est la capacité de la personne à pouvoir émettre des choix. Tandis que la dépendance, elle, a une [connotation] physique […] Donc voilà la notion me paraît importante. »

Contrairement aux stakeholders qui trouvent que l'assurance autonomie doit également être destinée aux personnes qui résident dans une institution, certains l'envisagent surtout en fonction de l'accompagnement des personnes à domicile. « Il est important que les ainés de la région Bruxelloise puissent disposer de moyens suffisants et de services suffisants pour assurer l'accompagnement à domicile. Alors pour nous (…) c'est l'accompagnement à domicile qui est fort important parce qu' on sait que - toutes les études le prouvent- il sera impossible de créer suffisamment de maisons de repos pour le nombre de personnes âgées qui vont arriver dans les années qui viennent, que avec l'âge - bien sûr on vit de plus en plus vieux en meilleur santé - mais il y a quand même une série de pertes d'autonomie. Et ses pertes d'autonomie doivent quand même être compensées par un accompagnement à domicile. Et cet accompagnement à domicile doit pouvoir être financé pour que tout le monde puisse en disposer. »

En outre, les stakeholders soulignent que la portée de l'assurance autonomie doit être la plus large possible afin de pouvoir couvrir tous les risques possibles et d'éviter les circuits alternatifs tels que le travail au noir et les mariages pour des raisons de soins : « Moi je trouve que l'apport de l'étude que vous avez entamée, si vous pouviez aller le plus loin possible dans l'inventaire des risques qui doivent être couverts sans parti pris. Sans partir d'une définition trop théorique d'une assurance autonomie et dire : « voilà il y a tel besoin qui existe, mais qui est insuffisamment couvert ». Il y a quelques risques qui sont couverts par du travail au noir d'aidants venant de Pologne ou autre. »

Un objectif important de l'assurance autonomie bruxelloise doit être de permettre l'inclusion de Bruxellois de différentes cultures dans les institutions de soins et d'assistance : « … grande ville, et un grand anonymat, mais aussi une très grande interculturalité et je trouve que c'est, selon moi, un défi pour la future *zorgverzekering* ou assurance autonomie ou quel que soit le nom qu'on lui donne de mettre en place une sorte d'approche selon les formes, toutes les situations où il est très difficile de parvenir, depuis le contexte culturel, jusqu'aux éléments tels que les soins à domicile et que les externes ne connaissent pas et cela me semble une dimension qui doit être intégrée quelque part. » « C'est une opportunité de les orienter […], plutôt une opportunité pour avoir accès à des groupes qui sont difficilement accessibles maintenant. Qu'on n'atteint pas avec nos structures classiques. »

2.2. Modes de financement de l'assurance autonomie

Cette section envisage les différents modes de financement qui peuvent être envisagés pour l'assurance autonomie.

2.2.1. Financement privé

Il existe un consensus général chez les économistes autour du fait que les risques liés à la dépendance ne peuvent être couverts de manière satisfaisante par des assurances privées facultatives[80]. D'une part, l'assurance privée fonctionne bien pour des risques individuels indépendants les uns des autres, ce qui n'est pas le cas pour le risque de perte de dépendance, qui évolue collectivement en fonction des évolutions sociodémographiques, économiques et familiales. D'autre part, l'assurance privée fonctionne bien lorsque les problèmes de sélection adverse et d'aléa moral sont peu présents. Or, pour les problèmes de dépendance, les personnes présentant de mauvais risques pourront facilement le cacher vis-à-vis de leur assureur (asymétrie d'information), avec pour conséquence de cette sélection adverse (réelle ou soupçonnée) des prix plus élevés et une plus faible couverture du risque. Par ailleurs, le fait d'être assuré peut affecter le recours éventuel à des services couverts par les compensations (aléa moral).

Notons que le problème de sélection adverse disparait à partir du moment où la participation devient obligatoire, comme le suggère l'un des participants aux focus groups: *« obligatoire, sinon ça ne fonctionnera pas »*. L'aléa moral reste toujours présent, même si certains modes de régulation permettent de le diminuer (cf. section régulation). Au final, l'étroitesse du marché, ainsi que les incertitudes qui l'entourent conduisent à des prix élevés des assurances (privées) qui donnent droit à de maigres contreparties, et les rend donc peu attractives. Ainsi, comme l'ont fait remarquer certains participants des discussions de groupe, le secteur privé s'est peu à peu retiré de la Zorgverzekering.

Par ailleurs, l'objectif de cette assurance autonomie est-il compatible avec la logique individualiste d'assurance privée? « *On n'est pas dans une logique assurantielle, donc je ne m'assure pas contre un risque ; on essaye de mutualiser les risques sur l'ensemble de la population* » « *Dans le terme, c'est vrai c'est une assurance ou est-ce que on parle d'un système de solidarité? […] Il faut changer de nom ça n'est plus une assurance* ».

Au final, il semble que la perte d'autonomie ne soit pas un risque intéressant à couvrir pour les assureurs privés. Il semble également que cela n'est pas souhaitable si l'on désire s'inscrire dans une logique de solidarité.

---

[80] Pestieau, P. & Ponthière, G. (2012). Long-term care insurance Puzzle. In *Financing long-term care in Europe* (pp. 41-52). Palgrave Macmillan UK; Barr, N. (2010), Long-term Care: A Suitable Case for Social Insurance. Social Policy & Administration, 44: 359–374. doi:10.1111/j.1467-9515.2010.00718.x

2.2.2. Financement par cotisations

« Je pense qu'un impôt affecté -qui sur le plan de l'assiette de l'impôt opère un impôt additionnel à celui des personnes physiques- c'est à mon avis la meilleure piste. Comme base taxable les revenus soumis à l'IPP, moi je ne sais pas vous dire l'instance qui peut prélever ça. Est-ce-que c'est la Région ou la Cocom ? C'est une étude juridique qui doit être effectuée. »

L'analyse juridique semble assez claire sur ce point: la COCOM n'a pas la compétence de lever l'impôt. Il semble donc que le prélèvement devra passer par le canal des cotisations. La question principale qui se pose ici concerne le montant du financement, ainsi que les éventuelles corrections sociales qui peuvent y être apportées.

Les cotisations peuvent être forfaitaires (identiques pour tous) ou progressives. Si l'option choisie est celle des cotisations forfaitaires auxquelles devrait participer l'ensemble de la population, Les cotisations forfaitaires, celles-ci devraient être maintenues à un niveau très bas. En l'absence de financement complémentaire, les recettes issues de ce régime d'assurance resteront limitées et empêcheront d'aboutir à une protection sociale suffisante.

De nombreux participants ont exprimé leur préférence pour une contribution progressive:

« Nous on préfèrerait que ça soit financé par l'impôt de telle manière que la contribution soit progressive en fonction des richesses de chacun, ça serait nettement plus une solidarité ».

Comment introduire cette progressivité des cotisations ? Certains expriment des réticences à l'égard de la solution retenue en Flandre (et sans doute en Wallonie), qui est d'une cotisation 25 euros pour les bénéficiaires du BIM, et de 50 euros pour les non-bénéficiaires : *« Je ne suis pas partisan du tout du système qui est mis en place en Wallonie car je ne le trouve pas efficace. Et alors quand on prend l'argument que les mutuelles ne connaissent pas les revenus : on est quand même dans un monde informatisé, oui cela va coûter cher, mais bon. Ce n'est pas des questions de vie privée mais des questions de coûts informatiques. C'est un élément qui me semble important*. »

D'après un mutualiste, la raison de cette distinction BIM/non-BIM est que la *« proportionnalité ou la progressivité liée à l'impôt est beaucoup plus compliquée, et les mutuelles n'ont jamais obtenu les données fiscales […] BIM/non-BIM est à la fois praticable et tient compte de certaines situations, malgré un gros effet de seuil. Mais la redistribution des revenus doit se faire par le biais de l'impôt, pas par le biais de cotisations différentielles ».*

Certains balayent ces arguments au motif qu'ils ne seraient pas liés au respect de la vie privée mais bien à un investissement en moyens d'information adéquats : « *(…) quand on prend l'argument « oui les mutuelles ne connaissent pas les revenus ». On est quand même dans un monde informatisé. Mais oui, cela va coûter cher mais bon… ce n'est pas des questions de vie privée mais des questions de coûts informatiques. »*

D'autres participants ont font remarquer que dans le contexte de grande précarité vécu par certains Bruxellois, 25 euros représentent une somme trop importante: *« des cotisations de 25 euros pour les BIM, pour une certaine catégorie de Bruxellois, c'est beaucoup, et donc pour beaucoup les CPAS devront prendre en charge».*

D'après le dernier rapport pauvreté de l'Observatoire de la Santé et du Social[81], le seuil de risque de pauvreté pour une famille monoparentale de deux enfants est de 1.605 euros, alors que le revenu d'intégration du CPAS n'est que de 1.089 euros, en plus d'éventuelles allocations familiales d'un montant de 336 euros pour deux enfants. L'allocation de chômage est insuffisante pour dépasser le seuil de risque de pauvreté. Pourtant, près de 20 % de la population bruxelloise doivent se contenter d'une telle allocation. Par ailleurs, il existe de très nombreuses situations d'emploi précaire, associé à un salaire peu élevé et/ou un travail à temps partiel (pp. 15-22). *« Bien souvent, aucune épargne n'est possible pour la majorité des femmes en situations de précarité [...] impliquant qu'au moindre paiement ou événement imprévu (comme une facture supplémentaire, une augmentation des charges ou de frais scolaires…), la situation peut s'aggraver et basculer »* (p. 26)

Pour les citoyens qui se trouvent dans une situation de pauvreté, une cotisation de 25 ou 50 euros pour une assurance autonomie est un coût important. Une possibilité consiste à créer une troisième catégorie, par exemple pour les bénéficiaires du revenu d'intégration et les sans-abri, en plus de celle des personnes bénéficiant d'une intervention majorée (BIM) et de celle des personnes ne bénéficiant pas d'une intervention majorée. La cotisation due par les personnes de cette troisième catégorie serait de 0 euro. Toutefois, la question se pose alors de savoir qui prendra en charge ces cotisations.

2.2.3. Financement supplémentaire (impôt et dotations)

Au-delà des cotisations obligatoires en Flandre, les dotations supplémentaires représentent 2/3 de la ZVZ, et 90% de la VSB. En Wallonie, il est également envisagé de réintégrer le budget de l'APA dans l'assurance wallonne. Il semble donc évident que le fond de l'assurance autonomie devra être alimenté par des dotations supplémentaires. Ce point vise à identifier les différentes sources de financement supplémentaires envisageables. La question qui se pose *in fine* est bien celle de savoir si *« l'échelle du million de bruxellois des 19 communes est suffisante pour mettre en place une assurance dépendance viable ? »*

« *J'ai l'impression que si les dépenses continuent d'augmenter, comme elles augmentaient quand c'était géré par l'INAMI, moi je m'attends que la dotation qui vient du fédéral ne va pas suivre la dépense totale. Je ne sais pas à quel délai, mais j'imagine que pour ce type de soins des financements complémentaires vont devoir être nécessaires. Que ces financements soient sous un drapeau bidule « assurance autonomie » ou pas ça m'est égal et il faut que ça suive.* »

Un premier point important concerne l'APA, qui a été communautarisée avec la sixième Réforme de l'État. Comme le pointait un participant, cela va très vite poser un *« problème très pratique, étant donné que la Flandre et la Wallonie reprennent l'APA en main, il n'y aura bientôt plus personne au fédéral pour continuer à faire fonctionner l'APA sur Bruxelles ».*

Un deuxième point, bien que limité, concerne le budget assistance personnelle (BAP): « *Il y a aussi le BAP. Qui en Wallonie va intégrer l'AA ? À Bruxelles cela concerne 9 personnes, financées par la COCOM. Que va devenir ce budget (100 000 euros) ?* ».

[81] Rapport sur l'état de la pauvreté en Région de Bruxelles-Capitale (2014): « Femmes, précarités et pauvreté en Région bruxelloise »

Un troisième point concerne le dispositif “titres-services” qui lui, s'agissant d'une politique d'emploi, a été régionalisé. Bien que ne relevant pas directement des compétences de la COCOM, il faut tenir compte des évolutions de ce dispositif, étant donné que de nombreuses personnes dépendantes y ont recours.

Dans certains cas, le recours aux titres-services s’avère financièrement plus intéressant que l’offre traditionnelle d’aide à domicile[82]. En témoigne le nombre élevé d’utilisateurs âgés de titres-services (23% des 90 000 utilisateurs ont plus de 65 ans[83]. Ensuite, même si les exigences de formation sont différentes, les contours des métiers dans les faits deviennent de plus en plus flous[84]. Enfin, les services ménagers doivent être considérés non pas comme un service mineur, mais bien comme un service préventif.

Le problème pointé par les participants est que le dispositif titres-services confond la logique domestique (emplois ménagers) et la logique d'action sociale (accompagnement dans le maintien de l'autonomie des personnes dépendantes): *« Le système des titres services tel qu’il existe pour le moment est une caricature. L’état subventionne les titres services plus que l’occupation des personnes handicapées dans des lieux protégés donc plus que l’intervention de la mutuelle dans les soins, c’est au-delà de 75 pourcent qui sont couverts par l’État pour aller nettoyer chez les gens et faire du repassage sans aucune sélectivité par rapport à l’usager ou par rapport au travailleur : c’est une caricature. Cela ne peut pas servir de modèle, la question qui peut éventuellement se poser [...] l’argent que la région a reçu à ce titre-là peut être recyclé pour en faire quelque chose d’un peu plus crédible. »*

En Wallonie, un accord a été conclu fin 2015 entre le cabinet “Action sociale et Santé” et le cabinet “Emploi et Formation” afin de permettre à 1000 ménagères titres-services de suivre une formation et de devenir aide-ménagère sociale, ce qui permet une meilleure prise en charge des personnes dépendantes: « *les gens qui recourent (parfois pour raisons financières si aide à domicile trop cher) aux titres-services, une fois que la pathologie a évolué, ils retournent vers l'aide à domicile, mais n'ont pas été pris en charge correctement (titres-services ne sont pas formés), et donc le temps de maintien à domicile avec le personnel adéquat est très court, car ils évoluent très vite vers les maisons de repos, donc pas financer titres-services avec l'AA, sauf si titres-services formés* » (cf. section politiques d'emploi et panier de services).

Enfin, s'est posée la question d’autres sources de financement supplémentaires, étant donné les besoins financiers importants: *“Ben je ne sais pas, quand la sécurité sociale quand elle était fédérale c’était quand même des cotisations sociales qui venaient, le principe de la sécurité sociale c’était quand même la solidarité entre ceux qui possédaient les moyens de production, donc les patrons et les travailleurs … maintenant ici il n’y a plus du tout cette question-là donc c’est vrai qu’on aurait peut-être pu imaginer des financements alternatifs qui ne viennent pas que de la poche des gens quoi, mais bon.”*

---

[82] De Donder, L., Verte, E., Teugels, H., Glorieux, M., Bernard, M., Vanmechelen, O., Smetcoren, A.-S. & Verte, D. (2013). Programmatie-studie Brussel: Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen, Zelzate: University Press.

[83] Gerard, M., Romainville, J.-F. & Valsamis, D. (2013). Evaluation du régime des titres-services pour les services et emplois de proximité 2011. *Consult, Idea*, p.16

[84] Nassaut, S., Nyssens, M., Vermer, M.-C. et al. (2008). Les effets d’une coexistence de différents modes de régulation, suite à la création d’un quasi-marché dans le secteur belge de l’aide à domicile : le cas des services agréés d’aide aux familles et aux personnes âgées. *Economies et Sociétés*, 9(2), p.266.

2.3. Quel panier de services l'assurance autonomie doit-elle fournir ?

L'une des thématiques proposées aux participants des focus groups les invitait à s'exprimer sur le contenu du panier de services auxquels l'assurance autonomie devrait donner accès.

2.3.1. Quatre garanties structurantes

Nous avons identifié dans les propos des participants cinq éléments structurant la manière dont ils conçoivent le contenu du panier de soins, cinq garanties attendues dans le cadre de son élaboration que nous reformulerons comme suit :

Qualité : Les participants insistent sur la nécessité de recourir à des personnels formés aux spécificités de l'accompagnement de l'autonomie « *afin qu'ils soient qualifiés pour faire face aux situations rencontrées* » et de mettre en œuvre des dispositifs de contrôle de la qualité des services fournis : *« ce qui me paraît aussi important c'est donc de pouvoir d'être en mesure d'évaluer correctement ce qui se fait déjà pour que les services soient en quantité suffisante et de qualité au moins égale à ce qui se fait maintenant »*

Proportionnalité : Pour les participants, le panier des services offerts doit être adapté au degré de dépendance de la personne : « *un système qui intervient plus pour ceux avec un niveau de dépendance plus élevé* ». Outre les variations interindividuelles, ce panier doit aussi tenir compte des évolutions temporelles de ce degré de dépendance chez la même personne, et prendre en considération notamment les pertes momentanées d'autonomie : « *au niveau de la perte d'autonomie elle peut être aussi momentanée avec un accompagnement à domicile qui va devoir être encore plus développé puisque il y a une volonté de diminuer les durées d'hospitalisations* ».

Pluralisme : Les participants soulignent enfin leur souci de maintenir une certaine diversité institutionnelle, notamment par l'inclusion des petites associations parmi les prestataires reconnus dans le cadre de l'assurance-autonomie, aux côtés d'acteurs plus grands tels que les mutuelles : « *[Ce] ne serait peut-être pas forcément des services qui sont dans le prolongement des mut's*[85]*, mais ouvrir le champ à d'autres types de service qui sont pas forcément dans le prolongement des mut's. […] Il y a un foisonnement d'associations qui peuvent venir en soutien aux personnes en perte d'autonomie. Je trouve intéressant d'aller utiliser cette ressource-là. Et je pense que structurer les choses au départ des mut's, vraiment pour Bruxelles, c'est peut-être passer à côté de cette opportunité* ».

Cet accès à une diversité d'intervenants potentiels ne doit pas être fonction de la localisation selon certains de nos participants : « *[Il est souhaitable] que la personne ne soit pas limitée à être obligée de travailler avec une seule société ou un seul organisme.*

C'est ce qui risque d'arriver, c'est ce qui arrive dans certaines régions en tout cas, en certaines parties de Wallonie. Et donc pour Bruxelles la question est identique, en fonction de la zone ou du quartier où on habite ben malheureusement on n'a pas le libre choix. »

[85] Diminutif pour « mutuelles »

Perspective globale : De nombreux participants insistent sur l'importance d'adopter une approche globale des besoins de la personne et donc sur la nécessité d'intégrer des éléments tels que « *l'accompagnement pédagogique, l'éducation, le relationnel* ». Ils invitent à tirer parti des expériences antérieures (APA, assurance-autonomie wallonne, limites des Titres-services) afin d'ouvrir la voie à des services qui ne soient « *pas uniquement limités aux actes de la vie journalière. [Il est nécessaire] d'aller au-delà du projet wallon, qui évoque uniquement l'aide à s'habiller, à manger etc., mais pas vraiment d'aide à l'autonomie en matière d'acquis, à l'insertion sociale etc.* ». « *Dans l'APA wallonne, on dit que les aides familiales, les services, etc. peuvent se rendre au domicile des gens, mais on ne dit pas qu'ils peuvent aider les gens à sortir de chez eux* ».

Cette « approche globale » constitue par ailleurs une tendance généralisée en Europe à développer des partenariats entre les deux secteurs complémentaires que sont le médical et le social, malgré une fragmentation des secteurs d'action publique[86].

Accessibilité : La problématique de l'accessibilité financière, physique et sociale est également importante pour déterminer ce qui doit être compris dans le panier de services : « *c'est important de donner accès à une série de services et pas donner un package d'argent sans que l'accès soit assuré derrière sinon il y en a qui auront le petit chèque mais qui seront chez eux, isolés, sans accès aux soins infirmiers* »

Ces éléments transversaux structurent les débats entre participants. Ceux-ci ont également été polarisés par différents débats portant sur : l'inclusion ou non des soins de santé dans le panier de services ; l'inclusion ou non des Maisons de repos et Maisons de repos et de soins (MR et MRS); une logique d'innovation versus une logique de renforcement de l'accessibilité des services existants ; l'inclusion ou non des services de coordination et d'orientation ; le soutien ou non des aidants-proches.

2.3.2. Inclusion versus non inclusion des services de soins de santé

En référence à la perspective globale évoquée ci-dessus, l'un des intervenants souligne que la prise en charge des personnes dépendantes comprend au moins deux versants : « *moi je pense que dans la perte d'autonomie il y a deux aspects qu'on confond toujours et qui sont troublants en français, et surtout en flamand, il y a* genezen *en* verzorgen*. C'est à dire que en anglais c'est* cure *and* care*.* ».

L'argument principal en faveur d'une intégration de ces deux éléments dans le panier de l'assurance-autonomie – et donc en particulier l'inclusion des services de soins de santé – est qu'un tel dispositif serait plus cohérent pour l'usager et ses proches : « *il faut que ce soit cohérent, on va pas se poser la question si c'est un soin ou un service. Là, [les aidants proches] feront pas la différence et donc c'est difficile de comprendre qu'on a droit à cela mais pas à ça car ce n'est pas la même compétence, il faut pouvoir l'expliquer aux gens.* ». Les participants en escomptent également une simplification du paysage institutionnel et une diminution des coûts : « *diminution du clivage aide et soins. Puisque le care est de plus en plus global, le rêve serait de s'adresser à un organisme qui allie les deux, plutôt que*

[86] Martin, C., Le Bihan, B., Joël, M. E. & Colombini, A. (2002). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suede. Une étude de cas-types. *Etudes et résultats*, (176), p.3.

d'avoir des financements qui proviennent de sources différentes. Cee serait plus simple, moins cher, plus logique ».

A contrario certains participants des focus groups estiment que cette intégration des soins de santé dans le panier de services de l'assurance autonomie n'est pas possible à cause de la répartition des compétences entre autorités fédérales et fédérées : « *Donc j'ai déjà entendu qu'on disait que l'assurance à Bruxelles, il s'agit de fournir des services et pas des soins, mais les soins, c'est encore fédéral* ».

2.3.3. Inclusion versus non inclusion des MR et des MRS

L'une des questions les plus fréquemment évoquées dans les débats au sein des focus groups a trait à l'inclusion ou non des Maisons des repos et des Maisons de repos et de soins dans le panier des services pris en charge par l'assurance-autonomie. A l'actif de leur intégration, les logiques d'action suivantes ont été citées :

- Prévenir le manque de financement futur des soins dans les MR et MRS : « *Si on dit maintenant que les soins ne doivent pas s'y retrouver, moi je veux bien, mais j'attire l'attention sur le fait que les soins, les soins en maison de repos trouveront des financements complémentaires par rapport à je ne sais pas quel terme, je ne sais pas dès les années qui viennent ou si c'est à terme un peu plus long.* »
- Favoriser un continuum entre milieux de vie, les MR étant considérées comme un lieu dans lequel l'autonomie peut être maintenue : « *conserver cette idée que, en maison de repos, des personnes autonomes peuvent éventuellement y vivre pour créer aussi des solidarités informelles au sein de la maison de repos, pour ne pas être dans cette logique de cette création de micro mouroir » ; « ne pas briser le lien entre le domicile et les résidences (maison de repos), parce que en Wallonie on sait que la question s'est posée ».* Dans cet esprit, l'intégration des Centres de jour dans le panier de soins est également considérée comme logique.
- Sauvegarder un principe d'équité et de non-discrimination entre des publics qui n'ont pas la maîtrise de leur formule d'hébergement et de prise en charge : « *Cela doit valoir quel que soit le milieu de vie. Le maintien à domicile, c'est clair car les ¾ des personnes sont à domicile, mais il y a des structures qui sont des maisons de repos et la majorité des gens qui y vont n'ont pas d'autres choix et donc c'est un élément dont il faut tenir compte.* […] *Dans cette logique assurantielle, tous ceux qui cotisent y ont droit, et on n'est pas dans une discrimination justement à l'égard de certaines personnes qui vivent en maison de repos* ». L'argument éthique se double ici d'une dimension juridique : « *C'est toute la question de « c'est quoi le domicile de la personne ? ». Parce que, le domicile, ça peut être une maison de repos, où les personnes sont domiciliées. Donc là il y a une difficulté plutôt technique.* ». La possible disparition de l'APA, dont ne pourraient plus bénéficier les personnes inscrites en MR et MRS, est également évoquée comme une source potentielle de discrimination : « *Tous ces bénéficiaires de l'APA vont d'une certaine manière être discriminés, ils vont perdre leurs droits*. »

A contrario, les arguments suivants sont développés pour exclure les MR et MRS du panier de services :

- Prévoir un système de financement des MR et MRS soutenable, à côté de l'assurance-autonomie : *« que ça soit l'assurance autonomie ou un autre système, il faut que la maison de repos reste payable. Alors, qu'on ait un système assurance autonomie qui est plus sur l'accompagnement à domicile et que, à côté de ça, on revisite le système de subvention des maisons de repos et des maisons de repos et de soins, ça nous gêne pas qu'il y ait deux systèmes différents. L'objectif doit être commun : c'est que ça reste faisable* »
- Mettre la priorité sur les services favorisant le maintien à domicile, les publics des MR et MRS étant considérés comme non autonomes : « *si c'est un maintien à domicile mais dès que je suis institutionnalisé je me sors de ça* » ; « *Il y a entre les deux des structures intermédiaires encore trop peu développées qui font du maintien à domicile. On s'occupe d'une assurance autonomie, c'est par définition pour rester autonome. Quand on est dans une maison de repos, on ne l'est plus. Je ne vois pas pourquoi on octroierait un chèque, enfin une assurance autonomie, à quelqu'un qui est en maison de repos : on n'est déjà plus dans la catégorie d'autonomie* ».
  Selon d'autres, l'assurance autonomie doit avoir pour but de lutter contre la perte d'autonomie, afin que l'hospitalisation et l'admission dans une maison de repos et de soins puissent être reportées ou évitées. *«Moi je voulais rester sur un terme plus général, quand on parle d'assurance d'indépendance, je pensais permettre aux personnes de ne pas être institutionnalisées et que l'assurance couvre des soins ou des prises en soins à la carte. Les personnes ne sont pas directement mis en institution car il y a un déficit de place et avec un budget pour aller voir un kiné et rester chez soi. »*

Notons toutefois que pour effectivement retarder l'institutionnalisation des personnes dépendantes, il faut s'assurer que l'offre corresponde à la hauteur des besoins. En Espagne et Italie, par exemple, le plafonnement du nombre d'heures d'aide à domicile rend difficile le maintien à domicile des personnes âgées très dépendantes[87].

2.3.4. Logique d'innovation versus logique de renforcement de l'accessibilité

Deux logiques s'affrontent dans les propos des participants : la première consiste à mobiliser l'opportunité que représente l'assurance-autonomie pour favoriser l'innovation et combler les carences éventuelles en matière de financement de l'accompagnement à domicile. Elle repose sur une certaine souplesse dans la définition du panier de services à intégrer dans l'assurance-autonomie. Cette approche se veut en effet centrée sur l'identification des besoins de la personne et sur la « demande » de soins : « *On part du besoin de la personne, simplement on organise les prestations au*

[87] Martin, C., Le Bihan, B., Joël, M. E. & Colombini, A. (2002). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en Allemagne, Espagne, France, Italie, Royaume-Uni et Suède. Une étude de cas-types. *Etudes et résultats*, (176), p.7.

travers de services. Alors il y a des services existants, il y en aura d'autres à créer en fonction des besoins que l'on découvre. […] Nous par exemple, on a imaginé un service de brico dépanneur, on a imaginé des maisons communautaires d'accueil pour briser l'isolement, donc il y a une série d'asbl qui naissent tous les jours et qui à l'occasion d'un besoin identifié tentent de faire reconnaitre leur job. Donc il ne s'agit pas de partir de manière rigide des services existants pour déterminer quels services on va pouvoir mettre en place, c'est de dire : il y a une analyse des besoins, cette analyse des besoins elle va se faire évidemment par des services qui sont agréés pour ce faire ».

Différents services sont ainsi évoqués :

- Prise en charge des coûts de transports (des intervenants et des destinataires) : « *[Nous avons] besoin d'intégrer une participation pour les déplacements, la mobilité ([c'est une] grosse lacune à Bruxelles*) » « *Dans le package de l'assurance autonomie, c'est important d'être chez soi, mais il ne faut pas devoir rester coincé chez soi. Pour pouvoir sortir de chez soi, avoir une vie sociale, notamment tout ce qui est service de transports*. »
- Télécoaching (suivi à distance des patients par des professionnels de santé via des moyens technologiques appropriés) :« *C'est vrai qu'il y a tout une gamme de services qui n'existent pas et que l'on ne pense pas encore, mais qui permettrait du maintien à domicile. Au Danemark par exemple ils font, quand une personne sort de l'hôpital ils font ce que l'on appel du télé-coaching. Ils lui donnent un ordinateur ou une tablette et tous les jours ils appellent pour voir comment il/elle prend ses médicaments, si c'est bien pris ou pas. Ils assurent un suivi. […] On constate qu'il y a moins de retour à l'hôpital suite à ça et quand il y a un retour à l'hôpital il est plus restreint. Ça, pour maintenir l'autonomie d'une personne, c'est le genre de services qui est important et qui n'existe pas encore pour le moment, mais si on fait une assurance autonomie il faut permettre à ce genre de services de pouvoir s'intégrer très facilement dans le dispositif pour que la situation d'une personne ne soit pas celle d'une autre personne*. »
- Prévention : « *les objectifs de ce que pourrait être l'assurance autonomie sur Bruxelles, ce n'est pas seulement de couvrir la perte d'autonomie et l'indépendance mais aussi de mettre des moyens dans la prévention pour éviter […] la perte d'autonomie* ».

  Equipement (calibré en fonction des besoins de la personne) et aménagement de l'habitation ; « pensez au matériel pour l'incontinence, aux médicaments, au coût du docteur et à d'autres choses. »

  « *Si on introduit un financement pour du matériel, il faut alors bien calibrer pour que la personne vienne à se dire : « il vaut mieux que je m'achète un robot et un ordinateur plutôt que de me faire aider par un être humain ». Donc il faut que les modalités de financement soient bien calibrées pour que l'on puisse toujours déterminer pour telle personne quel est le meilleur dispositif*. »« *Le grand problème pour garder des gens à domicile c'est l'habitation. […] C'est le plus difficile à changer. […] L'aménagement du domicile est ce qui peut permettre aussi de retarder l'entrée dans une maison de repos.*

[…] C'est quelque chose d'important aussi pour prévenir aussi une perte d'autonomie encore plus grande du fait d'un environnement, d'un bâtiment inadapté à la personne. »

- Gardes à domicile de nuit ;
- Repos des aidants : « *besoin d'une aide pour financer plus facilement les zones de repos (séjour à la mer, court séjour en maison de repos, si enfants en vacances)* » ;

Cependant cette logique centrée sur la demande et l'innovation coexiste dans les propos des participants avec une logique davantage centrée sur l'« offre » existante dont il s'agirait plutôt de renforcer l'accessibilité financière, sociale et physique au travers de l'assurance-autonomie : « *Ce serait un petit peu bête si c'était pour couvrir des nouveaux trucs et pas vraiment ce qui est nécessaire. […] Donc pour moi l'assurance autonomie doit être un levier pour une meilleure accessibilité ou à l'accès tout court à certaines choses qui existent* ». D'aucuns soulignent en effet que les moyens dégagés par l'assurance-autonomie ne permettront pas de financer tous les besoins identifiés ci-dessus : « *Avoir une garde à domicile la nuit conseillée par la mutuelle […] c'est 100 euros et ce n'est pas remboursé, c'est rien et c'est énorme. Ça c'est juste la nuit, c'est impayable. On ne peut pas aller dans des montants impayables, c'est impossible*. […] *Moi la difficulté c'est de se dire au niveau budgétaire, plus on met des choses au moins on aura des effets au niveau de l'accessibilité.* »

Parmi les pistes évoquées pour renforcer l'accessibilité des services existants, citons l'organisation par quartier pour favoriser l'accessibilité physique : « *Si on veut des soins proches qui relèvent un peu les difficultés et où les gens peuvent dire : « cette personne-là est en difficulté » et je pense qu'on sera beaucoup plus proactif quand il/elle arrive à l'hôpital. Au lieu du schéma classique où c'est un peu une moulinette et où le patient va en gériatrie et il y a quelques interlocuteurs et le patient est passé, sans que ce soit la bonne solution parce que c'est trop tard.* ». L'accessibilité sociale est par ailleurs au cœur de l'argument en faveur du développement des services de coordination et d'orientation dont il est question dans le paragraphe suivant.

2.3.5. Inclusion versus non inclusion des services de coordination et d'orientation

Devant la complexité institutionnelle et le foisonnement de l'offre de services, certains participants mettent en effet l'accent sur l'intérêt qu'il y aurait à mobiliser les moyens dégagés par l'assurance-autonomie pour faciliter l'orientation des usagers et même celle des intervenants : « *A court terme, on ne dépassera pas le fait que à Bruxelles il coexistera des instances qui se chargeront de différents éléments de ce qui peut relever d'une assurance autonomie. Une prestation du système pourrait être de coordonner ou d'orienter les gens dans le labyrinthe. […] Pour quelqu'un qui devra gérer cela comme nous, mais [aussi] pour les usagers : qu'il y ait une prise en charge ou une personne qui puisse dire : « dans votre situation c'est mieux de faire cela » [qui puisse] provoquer les interventions dont les gens ont besoin.* » Dans cette optique, des participants préconisent que l'assurance autonomie prenne en charge l'élaboration d'un plan d'aide pour l'usager.

Le désir des participants de développer les services de coordination et d'orientation au travers de l'assurance-autonomie est cependant tempéré par leur volonté d'éviter que des acteurs intermédiaires absorbent une partie importante des moyens disponibles au détriment des services

d'accompagnement à l'autonomie proprement dits. Par ailleurs, dans la perspective d'un financement de ces services d'orientation, les participants soulignent le manque d'indépendance qui risquerait de résulter d'une trop grande proximité institutionnelle entre acteurs de l'orientation/coordination et prestataires de services d'accompagnement.

2.3.6. Cibler ou non les aidants-proches

Le panier de soins intégré dans l'assurance-autonomie doit-il inclure les prestations fournies par les aidants-proches ? Les participants aux focus groups ont délivré des avis nuancés sur cette question : faut-il soutenir le répit de l'aidant ? Ses prestations ? Les moyens disponibles doivent-ils être réservés aux besoins directs de la personne dépendante elle-même ou également « *soutenir ceux qui soutiennent* » ? Dans la dernière option, ces moyens doivent-ils prendre la forme de services ou de revenus ?

Cette question s'inscrit dans un débat plus large concernant le rôle que la famille[88] devrait occuper au sein de la sécurité sociale. Un concept intéressant ici est celui de défamilialisation. De manière analogue au concept de démarchandisation, qui indique dans quelle mesure le système de protection sociale permet de s'affranchir du marché, le concept de défamilialisation indique la capacité variable selon les systèmes de protection sociale d'externaliser ou de collectiviser le travail de *care*, permettant ainsi aux aidants-proches (qui rappelons-le sont principalement des femmes), de s'affranchir de la famille et éventuellement d'accéder au travail salarié. On constate toutefois que même quand il y a externalisation du travail du *care*, le rôle de l'aidant-proche ne disparaît pas, mais qu'il se redéfinit (pour se consacrer davantage aux tâches administratives, à la logistique et à l'organisation de l'arrangement d'aide)[89].

D'après Sarceno[90], on peut distinguer un familialisme par défaut, en l'absence d'intervention publique ; un familialisme soutenu, lorsque les dispositifs publics visent à faciliter l'investissement des aidants familiaux ; et la défamilialisation, lorsque l'introduction de certains droits sociaux entraîne une diminution des responsabilités familiales.

Notons enfin que ce concept de « défamilialisation » peut s'entendre du point-de-vue de la personne dépendante (son degré d'autonomie vis-à-vis de la famille) ou du prestataire de care professionnel (salaire permettant ou pas de vivre une vie autonome).

Concernant ce débat, d'aucuns ont souligné l'état d'épuisement dans lequel certains aidants-proches se trouvent, faute de bénéficier d'un soutien adéquat : « *au niveau de l'aidant proche je pense que c'est important de le prendre en considération. Et je prends les situations vécues, du genre : il y a dans une famille la fille qui est célibataire et qui doit s'occuper d'un parent et qui le fait avec un dévouement incroyable et 7 jours sur 7. Il y a un moment où elle fait un burn-out et elle décompense totalement et*

---

[88] Concept que certains auteurs remettent en question, car lorsque l'on parle de la « famille », l'on parle en fait souvent des femmes au sein de la famille

[89] Da Roit, B., & Le Bihan, B. (2009). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. familialisation ou défamilialisation du care ? *Lien social et Politiques(62),* p.48

[90] citée par Le Bihan, B. (2013). La politique en matière de dépendance. En France et en Europe : des enjeux multiples. *Gérontologie et société(2*), p20.

si on n'a pas prévu pour elle que « maintenant vous partez et c'est payé et quelqu'un va s'occuper de la personne en question », eh bien on va arriver à la catastrophe alors qu'elle a tout fait bien, mais elle a craqué. ». Dans cette logique, certains plaident pour un financement de « zones de repos » pour les aidants : « *[on a] « besoin d'une aide pour financer plus facilement les zones de repos (séjour à la mer, court séjour en maison de repos, si les enfants sont en vacances* » pour « *permettre à l'aidant-proche de souffler, de partir une semaine, sans être angoissé* ». Ce soutien aux aidants-proches pourrait aussi prendre la forme de subventions aux structures d'aidants-proches afin par exemple d' « *avoir une offre de formation de l'aidant-proche (pour éviter la maltraitance par ignorance)* ».

Certains vont plus loin en proposant d'octroyer un réel statut aux aidants proches et de lui reconnaître des droits. Afin de trouver des solutions au vieillissement de la population dans un contexte de réduction de l'aide informelle et de fermeture du marché de l'emploi, cette option pourrait aller d'après certains participants jusqu'à offrir un revenu à ces aidants : « *[il y a un] enjeu au niveau des aidants proches - qui sont un maillon essentiel des dispositifs existant jusqu'à maintenant. Mais vu l'état démographique des prévisions pour l'avenir, le stock d'aide informel qui diminue, les limitations sur le marché du travail, forcément c'est un public aussi qui pourrait être considéré comme quelque part bénéficiaire de cette assurance autonomie* ». Cette rétribution permettrait également de pallier la perte de revenu qui résulte de la nécessité dans laquelle certains aidants se trouvent de diminuer voire de supprimer leur temps de travail pour pouvoir s'occuper de leur proche dépendant.

Cette proposition ne récolte cependant pas tous les suffrages dans la mesure où une partie des participants estime qu'il est préférable pour l'aidant de poursuivre une vie sociale et professionnelle en-dehors des périodes où ils s'occupent de leur proche : « *est-ce mieux pour papa-maman de rester à la maison et d'être payé pour s'occuper de son fils ou est-ce mieux de devoir payer qqn pour s'en occuper ?* ».

L'aide directe à l'aidant – qu'elle prenne la forme d'un revenu ou d'un service (zone de répit, formation ou autre) – soulève par ailleurs des questions (notamment juridiques) relatives à la cible à privilégier dans le cadre de l'assurance-autonomie (personne dépendante ou aidant) : « *au départ c'est l'aidé qui est visé et l'aidant proche ne se sent pas pris en considération. Il ne se rend pas compte qu'on le fait pour lui. Dans la manière dont les choses sont amenées dans l'assurance autonomie, on fournit des services à l'aidé mais aussi à l'aidant proche et ça juridiquement c'est compliqué car ce n'est pas l'aidant qui a donné l'argent. L'aidant habite en Wallonie, sa maman habite à Bruxelles et pourtant il a besoin de services aussi.* »

Enfin, certains participants estiment que tous les aidants n'offrent pas le même degré de soutien à leurs proches – ce qui pourrait soulever un problème d'équité entre bénéficiaires si ces aidants étaient financés directement – et que la mise à disposition de sommes d'argent accessibles aux aidants pourrait pervertir les relations qu'ils ont avec leurs proches : « *Alors il y a deux types d'aidant, des aidants qui sont d'un dévouement énorme et des aidants qui sont intéressés. Alors le problème c'est que si on commence à intervenir avec de l'argent c'est terriblement délicat.* » Ce dernier argument pousse un autre participant à préconiser un soutien en nature (service) plutôt que sous forme d'un revenu : « *C'est pour ça que dans ce cas-là je suis plus favorable au développement des services ou alors un budget [que l'aidant] peut utiliser pour des services, vraiment pour soutenir ceux qui soutiennent mais sans leur donner de l'argent*. » Un dernier argument en faveur d'un soutien aux aidants sous forme de services plutôt que sous forme monétaire a trait au fait que les montants

disponibles par personne grâce à l'assurance-autonomie seront forcément limités : « *on préfèrerait avoir des mesures directes vers les aidants-proches plutôt que une dringuelle. Parce que, soyons clair, ça n'est pas un revenu qu'on est en capacité de payer avec le* zorgverzekering *par exemple. Et donc ça c'est vraiment quelque chose à quoi nous sommes attentifs, c'est de garder cette capacité d'autonomie pour l'aidant-proche* ».

L'Allemagne, par exemple, offre l'exemple d'un pays avec une forte tradition familialiste. Ainsi, la cotisation est majorée pour les personnes qui n'ont pas d'enfant, ce qui indique clairement que les enfants sont considérés comme des ressources par la *Pflegeversicherung*, car ils sont supposés s'occuper de leurs parents. Cependant, et entre autres pour remédier au manque de main d'œuvre, le *care* semi-formel a été institué, et à partir d'une aide de 14h/semaine, les *Pflegepersonen* sont reconnues par la loi, et bénéficient de droits sociaux (formation, retraite[91], accident de travail[92], vacances...) malgré le fait qu'ils (ou plutôt elles) ne soient pas considérés comme des professionnels salariés[93].

2.4. Critère d'éligibilité / admissibilité

Cette partie traite des critères et des instruments de mesure nécessaires pour sélectionner les citoyens en fonction de leurs droits à un accompagnement dans le cadre de l'assurance autonomie. Par conséquent, une constatation du besoin de soins et d'accompagnement est toujours nécessaire en vue de l'octroi de droits à l'assurance autonomie.

Une tendance généralisée en Europe consiste à évaluer les besoins de façon individualisée. Les politiques s'organisent autour de la gestion par cas. Les dispositifs mis en place visent à identifier les besoins de la personne dépendante, en repérant les capacités et incapacités à accomplir différents actes de la vie quotidienne, et en tenant compte de l'environnement social et familial. Les démarches d'évaluation varient toutefois selon les outils utilisés, la dimension - médicale ou sociale – privilégiée et le type de professionnels impliqués. On peut opposer les deux figures opposées de l'Allemagne (système très formalisé et balisé) et la Suède (évaluation plus informelle, fondée d'avantage sur l'expérience et l'appréciation du *care manager*. La qualification diffère également : "degré de dépendance", "niveau de besoin", "degré d'autonomie".

L'instrument d'évaluation au profit de l'assurance autonomie doit de préférence être modularisé de manière à offrir une évaluation objective au citoyen (client), afin que celui-ci puisse faire usage de son droit, mais aussi de manière à fournir aux case managers des informations utilisables en vue de l'établissement d'un plan de traitement centré sur le client, à permettre l'agrégation des données au niveau de l'organisation pour les organismes de soins (action de monitoring) et à générer des informations statiques agrégées au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale, en fonction du suivi et de l'ajustement de la politique.

---

[91] pris en charge par l'assurance dépendance

[92] pris en charge par les *Länder*

[93] Ledoux, C. (2015). L'assurance dépendance allemande, une copie de l'assurance maladie ? *Revue française des affaires sociales(4),* p.96.

Avoir accès à l'accompagnement dans le cadre de l'assurance autonomie suppose que la perte d'autonomie puisse être définie clairement. La perte d'autonomie doit donc de préférence être approchée sous un angle plus large. Ainsi, il est important de développer et d'utiliser un instrument global d'évaluation, qui mesure les aspects médico-cliniques, sociaux et psychiques. En outre, l'instrument (tout au moins le tronc) doit être utilisable dans divers contextes de soins et d'accompagnement (à domicile, maison de repos et de soins, hôpital, soins palliatifs, centre de rééducation fonctionnelle, etc.).

Les stakeholders des groupes de discussion ont souligné que l'autonomie et la perte d'autonomie concernent non seulement des éléments physiques du fonctionnement, mais aussi des aspects psychiques, sociaux et contextuels. Ainsi, pour les différents stakeholders, l'autonomie doit aussi tenir compte de l'*empowerment* et de l'inclusion sociale. Certains participants aux focus groups préconisent ainsi une *« définition large de l'éventuelle perte d'autonomie, qu'elle soit physique, psychique ou sociale, en allant dans le social jusqu'à lutter contre l'isolement social*». Par conséquent, les instruments de mesure destinés à indiquer si un citoyen est pris en considération en vue d'un accompagnement dans le cadre de l'assurance autonomie doivent intégrer tous les aspects, mais aussi permettre de déterminer objectivement différents niveaux de dépendance.

La définition qui sera retenue de la notion de “dépendance” est donc très importante. En Allemagne, par exemple, la dépendance était à l’origine définie comme *« un besoin d’aide très important, lié à une maladie ou à un handicap physique, mental ou psychique, pour une durée prévisible de plus de six mois et auquel correspondent les soins du corps, une intervention pour l’alimentation, la mobilité ou l’entretien du ménage ».* Cette définition a dû être revue par la suite, car se focalisant trop sur les problèmes somatiques, elle n'intégrait pas suffisamment les problèmes psychiques, comme par exemple la démence. Par ailleurs, la notion de dépendance ne recouvre pas la notion de handicap, qui est défini par rapport à la participation à la vie en société, tandis que la dépendance est renvoyée uniquement aux besoins relatifs à la vie quotidienne. Or cette distinction entre une dépendance fonctionnelle et un handicap social a été fortement critiquée dans les discussions de groupes (cf. infra).

2.4.1. BelRAI

Chacun s'accorde à dire qu'un instrument de mesure simple et rapide à compléter doit être utilisé afin d'évaluer la perte d'autonomie : *« ça va passer par une échelle, et on est dans une logique de « a droit » ou « a pas droit ».* Néanmoins, la plupart des stakeholders nuancent ce point de vue en déclarant que l'échelle utilisée (instrument de mesure) doit aussi pouvoir être employée afin de déterminer divers degrés dans la perte d'autonomie. Actuellement, différentes échelles de mesure sont utilisées dans différents secteurs afin d'objectiver l'ADL, l'IADL ou la perte d'autonomie. L'échelle de Katz, l'échelle d'Edmonton, la photo BEL, le BelRAI et le BelRAI Screener sont souvent cités comme instruments possibles.

Quel que soit le choix qui sera fait, il est nécessaire, pour les stakeholders, d'établir des tableaux de conversion afin, au cours d'une phase de transition, de convertir les différentes échelles en une échelle uniforme unique pour toutes les régions. *« [il y a une] nécessité de prévoir des tables de conversion des échelles, la mise en place du BelRAI prendra du temps »*

« coexistence de plusieurs échelles pendant un certain temps »

Selon certains répondants, le BelRAI et le BelRai Screener sont actuellement testés et il faudra encore attendre plusieurs années avant que cet instrument puisse être déployé partout. Dès lors, différentes échelles devront probablement encore être utilisées en parallèle pendant un certain temps. *« Oui mais l'expérience de la Wallonie dit quand même que l'échelle BelRAI mettra 5 à 10 ans avant d'être effective et donc pour réaliser la réévaluation les pouvoirs politique ont estimé que ça ne serait que dans 5 à 10 ans que nous pourrons effectivement utiliser l'échelle BelRAI et donc en attendant on va utiliser les autres échelles, il faut quand même que ça soit un peu harmonisé également par rapport à cette multiplicité d'échelles qui existent».*

Néanmoins, selon la majorité des stakeholders, il est préférable de choisir un seul instrument dès le lancement de l'assurance autonomie : *« on pourrait déjà implémenter le nouvel outil si on sait qu'on va le choisir ».* Selon un répondant, l'échelle de Katz donne plutôt une estimation de la charge de travail du soignant, mais peu d'informations sur le degré d'autonomie du citoyen. Par conséquent, il n'est pas opportun d'utiliser l'échelle de Katz comme instrument d'évaluation.

2.4.2. Une coordination entre les différentes Régions

L'idéal serait d'utiliser une telle échelle d'évaluation de manière uniforme dans toutes les régions et de pouvoir l'utiliser aussi dans les différents secteurs des soins et du bien-être. Les différentes échelles d'évaluation utilisées lors de la détermination du degré de dépendance dans les maisons de soins et repos, des personnes handicapées et de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA/THAB) sont citées à cet égard. *« Il serait bien d'arriver à une échelle de dépendance commune entre les trois régions/communautés »*

« Nous vous encourageons à ne pas vous limiter à un secteur, mais enfin cela a déjà été dit, par exemple les personnes âgés ou le secteur institutionnel versus le « rester à domicile »

La plupart des répondants indique qu'il existerait un accord politique afin d'utiliser le BelRAI dans toutes les régions, comme instrument de mesure assurant le suivi du citoyen dans un trajet intégré de soins et d'accompagnement : *« moi je constate qu'il y a un accord politique pour dire qu'à terme on veut utiliser le BelRAI partout. Il y a un accord politique.»*

« Il faut en effet chercher une grille qui permet lorsqu'une personne transfère son dispositif d'une région à l'autre qu'on n'ait pas besoin de recommencer les mêmes examens médicaux».

Néanmoins, tout le monde n'est pas entièrement satisfait du choix du BelRAI. Il est pourtant grand temps de faire un choix. De plus, l'instrument doit être testé au niveau de sa facilité d'utilisation, de sa flexibilité, de sa validité et de son exhaustivité. *«Moi je constate qu'il y a un accord sur le BelRAI, c'est le fruit de longues discussions. Donc l'outil il n'est pas parfait, mais je pense qu'il a des qualités. Par ailleurs moi je ne suis pas fétichiste on aurait mis quelque chose d'autre je ne suis ni pro ni contra, mais je pense que à un moment dans ces discussions là il faut atterrir. Le modèle idéal n'existe pas mais à un moment il faut se dire : « qu'est-ce qu'on peut employer qui est à la fois le plus complet et donc qui permet de mieux mesurer ou évaluer, mais qui soit en même temps praticable ? »*

2.4.3. L'oubli du social ?

De nombreux répondants soulignent l'absence de paramètres sociaux dans le BelRAI. L'utilisation du BelRAI ne soulève aucune objection, à condition que des paramètres sondant l'inclusion sociale, les aspects psychologiques et les aspects émotionnels soient inclus lors de l'évaluation de l'autonomie. *« recherche d'une échelle qui mesure aussi l'autonomie des personnes au niveau psychique et au niveau émotionnel, qui complète les échelles habituelles »*

« nécessité de choisir une échelle qui permette de prendre en compte les situations de dépendance sociale »

« C'est tout le social qui n'est pas impliqué dans le BelRAI. »

Néanmoins, plusieurs répondants mettent en garde contre l'ajout incontrôlé de variables à l'instrument de mesure. Le BelRAI est en effet validé et robuste, de sorte que de nouveaux ajouts pourraient mettre en péril la validité de l'instrument et donc ses possibilités d'utilisation. « *Mais alors je pense que la difficulté c'est qu'on a utilisé le BelRAI comme outil validé et robuste. Si on commence à rajouter des choses on va encore plus rendre cela difficile*. »

Ainsi, par exemple, la grille d'évaluation utilisée en France (grille AGGIR) ne permet pas de prendre en compte les aspects sociaux de la dépendance : "les besoins en temps relationnel ne sont pas ou très peu intégrés dans l'évaluation par l'outil AGGIR" (MESSAOUDI 2012, p.94). Or cet oubli s'avère symptomatique de la non-prise en compte d'un aspect important du travail de prise en charge des personnes dépendantes (cf. section « travail du care ».

2.4.4. Opérationnalisation

La question relative à la maniabilité du BelRAI se pose également. De nombreuses interrogations ont surgi en ce qui concerne les possibilités d'extension de l'instrument, de sorte que la réalisation d'une évaluation nécessiterait trop de temps. Les médecins interrogés sont, tout particulièrement, plutôt réticents à l'utilisation du BelRAI. *«Les réticences du côté médical pour le BELRAI… je constate qu'il y a une volonté politique et donc j'ai envie de dire qu'il faudra y passer. Ne faudrait-il pas une version plus simple? »*

« Je peux dire en tant que médecin que c'est extrêmement impopulaire chez les généralistes car cela mettra un temps fou à remplir et donc on peut faire toutes les grilles qu'on veut possibles et imaginables. Ce qui est le plus gênant, c'est qu'on vous demande de faire quelque chose indépendamment des frais. Quand tu fais comme ça, il y a beaucoup de dérives : « docteur je n'ai qu'un papier à remplir » non seulement on ne fait pas de la médecine mais du papier et on est aussi dans la question du « est ce qu'il est vraiment dépendant ou pas ? »

« Par rapport à cette question cela dépend aussi de l'outil que vous employez car si vous avez un outil BelRAI, alors il faudra plusieurs personnes qui interviennent, si vous avez un outil Katz l'infirmière suffira. »

Pourtant, l'évaluation peut être réalisée par différents professionnels, ce qui rend une formation nécessaire. *« l'expertise sur le terrain existe, par exemple dans les mutuelles et les CPAS, etc., ces gens ont été formés pour cela, car il faut une formation spécifique pour pouvoir réaliser ces évaluations. Et*

je reviens sur ce que M. a dit, je pense que les généralistes et les infirmières ne vont pas arriver à faire des examens aussi détaillés, il faut une certaine formation au dossier et un suivi pour cela. »

«je veux dire d'avoir plusieurs personnes, catégories de fonction qui pourrait remplir cette grille en fonction de la situation de la personne, c'est vrai que l'échelle BELRAI me semble intéressant à condition d'adapter aussi pour le social, prise en compte aussi des facteurs et d'environnement social de la personne, mais en fonction de la situation ça peut être un médecin, tout comme ça peut être un assistant social, ça dépend aussi des besoins de la personne évidemment. Si on est vraiment dans une situation médicale il y aura certainement peut être un médecin généraliste, peut être un médecin spécialiste qui devra attester de la perte d'autonomie de la personne. Parce que la perte d'autonomie est peut être liée à une maladie ou un état de santé mais je pense que il n'y a pas que ses cas là et donc je pense que les profils types assistants sociaux ont leur intérêt aussi par ce que la perte d'autonomie peut être causé par différents facteurs».

«*Donc il faut aussi soit alors si le public peut être diversifié, mettre en place un système de formation à l'utilisation de l'échelle ou alors limiter les personnes qui peuvent utiliser et évaluer dans le cadre de l'assurance autonomie*»

2.4.5. Dépendance passagère

L'instrument d'évaluation (BelRAI) doit également pouvoir être utilisé en cas de perte temporaire de l'autonomie et, par conséquent, la durée attendue de la situation doit pouvoir être communiquée lors de l'évaluation de la perte d'autonomie. *«Et puis on peut très bien imaginer qu'il y a une perte d'autonomie passagère, puis ça se remet, effectivement que ça soit le vrai médecin ou quelqu'un d'autre qui atteste ben voilà maintenant je demande pour cette personnes six semaines d'aide et puis on revoit la situation et que à partir un peu sur le principe que on a avec les médecins conseils des mutuelle, qu'après un certain temps eh bien il y a un organisme supra au-dessus qui doit [dire] : « attendez.. je vais un peu voir maintenant si on octroie au bout de six mois ou au-delà de six mois ou définitivement, oui/non c'est définitif ». Je pense qu'à un moment donné il y a quand même un minimum de contrôle à organiser mais je pense que, effectivement, le droit d'accès au départ [décider] qui rentre, si on prend le volet santé ben ça peut être toute une série de structures santé, si on prend le volet social ça peut être toute une série de structures qui ne sont pas santé mais qui ont le pouvoir de délivrer une demande et puis hop on envoie leur dossier, mais après un certain temps ok on est là, on passe au niveau de contrôle autre »*

2.4.6. Contrôle

Enfin, de très nombreux répondants indiquent que des mécanismes de contrôle doivent aussi être élaborés, afin de lutter contre les abus possibles lors de l'évaluation et de l'octroi des droits. *« Moi je trouve que c'est intéressant de créer des intersections et des frontières claires, que la personne qui évalue soit pas la personne qui va donner, qui va être responsable de l'argent qui va être donné, et donc je trouve que par rapport aux mutualités que c'est intéressant».*

2.4.7. Lieu de domicile

En ce qui concerne le lieu de domicile des ayants droit à l'assurance autonomie, les avis sont partagés. Faut-il inclure, ou non, les (résidents des) Maisons des repos et (des) Maisons de repos et de soins dans le panier des services pris en charge par l'assurance-autonomie.

Les arguments avancés par les participants à ce propos sont développés dans le point 2.3 plus haut.

2.4.8. Limite d'âge

Tous les stakeholders estiment qu'il ne peut pas y avoir de limite d'âge et que l'assurance autonomie doit être accessible à tous les âges : « [il faut une] *définition qui reprend des personnes de tout âge, les enfants doivent pouvoir y avoir accès* » « *En Flandre et Wallonie les enfants sont pris en compte* »

« *Et un autre élément dont on n'a pas parlé dans les critères d'éligibilité c'est l'âge, qui n'est pas justement le critère d'âge, que ça soit peu importe l'âge, du moment qu'il y a une perte d'autonomie de la personne, l'assurance autonomie (…) s'adresse aussi bien aux enfants que aux personnes âgées*»

« La *position aussi chez nous c'est assez clair, donc c'est tout public à dépendance et ça n'est pas une question d'âge*»

Cette question qui vise à savoir s'il existe de l'aide et des soins qui soient par nature spécifiques à l'âge des patients a été longuement débattue en Allemagne, lors de la mise en place de la *Pflegeversicherung.* La réponse apportée dans le rapport de la *Kuratorium Deutsche Altershilfe* a été que la dépendance ne peut être définie par un critère d'âge, même si elle touche d'avantage les populations les plus âgées[94].

En lien avec une éventuelle limite d'âge, une intervenante a rappelé la condamnation récente (2013) de l'État belge par le Comité Européen des Droits Sociaux suite à l'insuffisance du nombre de places dans des centres d'accueil et d'hébergement pour les personnes handicapées adultes de grande dépendance (PHGD). *« Les places existantes dans les centres d'accueil de jour et d'hébergement en nuit, institutions les mieux adaptées aux besoins des PHGD, sont inférieures à la demande, ce qui entraîne des exclusions de nombreuses personnes de cette méthode de service social. [Cette exclusion], qui contraint ces personnes à avoir recours à des formes de services sociaux qui risquent d'être moins adaptés, voire insuffisants, par rapport à leurs besoins concrets, a pour conséquence de plonger les PHGD et leurs familles dans un état de précarisation voire de privation de ressources matérielles, d'appauvrissement, d'exclusion sociale et d'accès au travail [...] Cette condamnation pourrait ouvrir la voie, dans les trois Régions du pays, à des actions individuelles en justice de personnes handicapées et/ou de leur familles, éventuellement accompagnées de demandes d'astreintes financières, par rapport à leurs difficultés d'accès aux solutions d'accueil qu'elles réclament. »*[95].

---

[94] Ledoux, C. (2015). L'assurance dépendance allemande, une copie de l'assurance maladie ? *Revue française des affaires sociales(4),* pp.89-91.

[95] Extrait de la Synthèse de la décision du Comité Européen de Droits Sociaux, disponible sur le site de la ligue des droits de l'homme : http://www.liguedh.be/les-documents-des-commissions-thematiques/1791-condamnation-de-letat-belge-concernant-le-manque-de-solutions-daccueil-des-personnes-handicapees-de-grande-dependance-synthese-de-la-decision-du-comite-europeen-de-droits-sociaux

2.4.9. Les désaffiliés

«*Au-delà de la personne âgée et la personne handicapée je pense qu'on pourrait éventuellement prendre en compte la personne désaffiliée et dans un état précaire, je pense aux personnes à la rue, nous on travaille beaucoup avec ce public-là. Ce sont des personnes pour lesquelles on fera beaucoup, ce sont des personnes qui ne peuvent pas être autonomes. Je pense qu'il faut aussi penser à ce public là et aux institutions qui travaillent avec eux.* »

L'assurance autonomie devrait être accessible à tous les Bruxellois, y compris aux Bruxellois qui vivent dans la pauvreté, sont sans-abri, etc.

En outre, il existe un système selon lequel un délai de carence est imposé aux Bruxellois qui souscrivent la *zorgverzekering* flamande. Une amende est par ailleurs infligée aux personnes qui ne paient pas leurs cotisations. La question se pose donc de savoir comment réagir face aux non-payeurs (structurels ou occasionnels) et aux personnes qui ont besoin d'une intervention pendant leur délai de carence. Il faudrait pouvoir vérifier dans quelle mesure un système de traitement des personnes qui ne paient pas/qui sont dans leur délai de carence est financièrement intéressant et/ou s'il est judicieux d'imposer une amende aux personnes qui ne paient pas.

« si vous ne payez pas, vous êtes exclu, mais des exceptions sont prévues parce que la personne fait son entrée avant le financement et il y a des exceptions pour les personnes qui n'ont pas payé et qui devraient quand même avoir droit, aussi les personnes qui vivent à Bruxelles peuvent entrer tous les deux ans sans devoir payer d'amende. »

2.4.10. Corrections sociale/ degré d'éligibilité

« […] *Moi je plaiderais pour une certaine modulation de l'intervention en fonction des revenus, je sais qu'on reste dans une logique d'assistance [mais avec une] logique d'assurance je crains qu'on manque l'objectif. Je pense aussi que les budgets qui sont ou seront sur la table pourraient être sélectifs* »

Le degré d'universalité/sélectivité souhaité dans la nouvelle assurance autonomie se pose avec d'autant plus de pertinence que le contexte budgétaire est assez serré. On parlera d'allocation universelle si l'indicateur de dépendance est le seul à être pris en compte. A contrario, on parlera d'allocation sélective si des indicateurs supplémentaires sont pris en compte (parmi lesquels l'indicateur de revenu)[96]. La question de la **sélectivité** traite des conditions qui ouvrent le droit aux allocations, une fois la dépendance établie. Il s'agit d'une problématique proche mais distincte de celle qui traite du **degré de prise en compte** (la hauteur des allocations), ou encore du **degré de contribution** (la hauteur de la contribution, cf. section financement).

Le débat sélectivité/universalité peut être résumé de la sorte[97]. D'un côté, l'argument consiste à affirmer qu'une politique sociale ne peut combattre la pauvreté de manière effective et efficace (c'est-

---

[96] On distingue donc ici une sélectivité liée au revenu (*income selectivity*) d'une sélectivité liée à d'autres critères (*categorical selectivity*). Ces deux types de sélectivité peuvent bien entendu se renforcer l'une l'autre (cf. Marx, I., Salanauskaite, L., & Verbist, G. (2013). The paradox of redistribution revisited: and that it may rest in peace?, *discussion paper IZA DP. n°7414, p.9).*

[97] Marx, I., Salanauskaite, L., & Verbist, G. (2013). The paradox of redistribution revisited: and that it may rest in peace?, *discussion paper IZA DP. n°7414.*

à-dire à moindre coût) qu'en se concentrant sur ceux qui en ont le plus besoin, en insistant sur le fait qu'une politique bénéficiant à l'ensemble de la population tendra à être moins redistributive. Cet argument est cependant souvent critiqué pour deux raisons : d'une part, des considérations techniques insistent sur les dysfonctionnements de la prise en compte d'indicateurs de revenus. Parmi ceux-ci on retrouve les coûts administratifs élevés que les contrôles peuvent engendrer, les problèmes de stigmatisation (et donc parfois de non-participation) induits par la nécessité d'être considéré comme pauvre et les problèmes de "trappe à l'emploi", qui font qu'il est parfois plus avantageux financièrement de rester bénéficiaire du programme d'aide que de retourner sur le marché de l'emploi. D'autre part, des considérations statégico-politiques insistent sur le fait que les ressources disponibles pour les programmes d'aide fortement ciblés sont en général assez faibles, suite au support politique plus faible dont ces programmes bénéficient. Pour le dire autrement, un programme fortement sélectif entraine un conflit d'intérêt entre la classe la plus pauvre, seule bénéficiaire du programme, et les classes plus aisées, qui financent le programme sans pouvoir en bénéficier. "Ben moi je dis que ça dépend de quelle système on fait, parce que si tout le monde cotise …, parce que voilà si moi on me dit « vous avez cotisé mais parce que vous avez tel revenu vous n'avez pas droit à l'assurance autonomie » …, c'est quelque chose, un élément à prendre en question"

Dans ce sens, dans un article datant de 1998, Korpi et Palme[98] concluent que les systèmes les plus sélectifs sont en général moins importants, et ont donc paradoxalement un impact redistributif moindre que les systèmes universels. Ce travail est aujourd'hui fort contesté, tant du point de vue de ses méthodes de recherche[99], que du point de vue empirique. D'après Marx et al. (2013)[100] la relation causale négative entre le degré de sélectivité et le degré de redistribution n'est pas pertinente. Selon eux, « targetting tends to be associated with higher levels of redistributive impact, especially when overall effort in terms of spending is high » (p.34).

L'universalisme progressif semble donc avoir le vent en poupe: "*j'aurai plutôt tendance à dire que tout le monde y a droit une fois que on a cotisé, et en plus en pourcent de son revenu, je ne sais pas, ça c'est le principe assurantiel*".

Le PGB (persoonsgebonden budget) aux Pays-Bas se situe à mi-chemin entre un système sélectif et universel, dans la mesure où il n'y a pas de seuil de revenus, mais le bénéficiaire doit s'acquitter d'un ticket modérateur, modulé en fonction de son revenu imposable[101].

Au Royaume-Uni, on se situe par contre clairement dans une perspective sélective, dans la mesure où l'aide se concentre sur la partie la plus dépendante et la plus pauvre de la population, et est donc à la fois "needs" et "means-tested". Les chiffres sont assez éclairants : suite aux financements insuffisants,

---

[98] Korpi, W. & Palme, J. (1998). The paradox of redistribution and strategies of equality: Welfare state institutions, inequality, and poverty in the Western countries. *American sociological review*, 661-687.

[99] Les auteurs y font en effet abstraction des changements marginaux de comportement qui subviendraient dans le cas de l'abolition des programmes sociaux, ils aggrégent différents programmes sociaux ne présentant pas les mêmes critères d'universalité/sélectivité et enfin le degré de sélectivité est calculé d'après les résultats, et pas d'après les intentions, or l'*income selectivity* peut être renforcée par la *categorical selectivity.*

[100] *ibid. 97*

[101] Waterplas, L., & Samoy, E. (2005). L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique. *Revue française des affaires sociales*, (2), p.90.

les autorités locales ont centré leurs efforts sur les seuls individus présentant des besoins ”substantiels” ou ”critiques”.

Le nombre de familles bénéficiant d’aide a ainsi fortement chuté dans les années ‘90, mais le nombre moyen d’heures d’aide reçues a quant à lui fortement augmenté. Notons par ailleurs que la présence ou pas d’aidants-proches constitue un critère pris en compte lors de l’évaluation des besoins. À ce propos-là, une participante insistait sur le fait que *« l’exemple d’un aidant proche pourrait être considéré comme un revenu, mais alors dans ce cas-là l’aidant proche on le pénalise alors qu’il faut justement le soutenir »* Il est donc important de bien réfléchir à la définition du « revenu », et aux différents paramètres qui y seront inclus.

En Flandre, les bénéficiaires de la *Zorgverzekering* reçoivent un montant forfaitaire de 130 euros par mois, avec comme conséquence que 40% d’entre eux reçoit plus que ce qu’il n’a besoin, tandis que pour l’autre grosse moitié, ils dépensent plus que l’aide reçue[102]. Soulignons néanmoins la possibilité de recevoir la THAB (APA) et l'existence d’un MF (maximum facturer) en ce qui concerne les soins à domicile.

2.4.11. Une individualisation des droits afin de ne pas entraver les formes de logement innovantes

Les habitats groupés et/ou communautaires constituent une piste intéressante face à l’alternative ”seul chez soi” ou en MRPA[103]. Les allocations distribuées par l’ONEM, l’INAMI ou les CPAS dépendent toutefois du statut (chef de ménage, célibataire ou cohabitant), et les personnes vivant dans une ”communauté” bénéficient en général d’une allocation moins élevée. Les critères ne sont cependant pas les mêmes pour les différentes institutions, ce qui entraine une forte insécurité juridique pour les personnes habitant dans une communauté de logement ou en groupe, et peut rendre difficile le choix pour un habitat groupé (pp.92 et 98).

Il est important, si l'on veut promouvoir les formes de logement innovantes, de veiller à ce que les critères retenus pour moduler l'allocation à laquelle l'usager aura droit ne pénalisent pas les personnes qui auraient fait le choix d'un habitat groupé, plutôt que de rester habiter seules chez elles.

2.5. Regulation du secteur

Cette section traite des différentes manières d’aborder l'aide aux personnes dépendantes, qui correspondent à différents modes de régulation, ou différents « régimes de *care ».*

Issue de la littérature anglo-saxonne, la notion de *care* est difficilement traduisible. Bien que ce concept comporte des dimensions éthiques et philosophiques importantes, nous nous limiterons ici à considérer les activités concrètes de *care,* qui consistent à apporter de l'aide aux personnes dépendantes, et retenons donc la définition suivante “*les activités et les relations qui visent à satisfaire les besoins physiques et émotionnels des enfants et des adultes dépendants, ainsi que les cadres*

---

[102] Cantillon, B. (2004). L’indispensable réorientation de l’assurance-dépendance flamande, *Revue belge de sécurité sociale.*

[103] Makay, I., & Lampaert, L. (2012). Wonen zonder zorg(en): 10 woonvormen om over na te denken. *Kenniscentrum woonzorg brussel vzw.*

normatifs, économiques et sociaux dans lesquels ces activités et relations sont définies et réalisées"[104]. On distingue différentes formes de *care*[105]: le *care* formel, informel et semi-formel. Le *care* est **formel** s'il y a un contrat explicite et reconnu dans la sphère publique entre le dispensateur de soin et la personne dépendante; le *care* est **informel** s'il ne fait l'objet d'aucun contrat explicite; le *care* a est **semi-formel** lorsque l'aidant-proche, dans le cas de l'aide aux personnes dépendantes, reconnu dans la catégorie de *care* informel, reçoit une compensation monétaire.

Ces pratiques concrètes de *care* sont en grande partie conditionnées par le « régime de *care* » en vigueur. Ces "régimes de *care*", peuvent être conceptualisés comme les « *arrangements institutionnels et spatiaux assurant l'allocation et la provision de* care »[106]. Dans la mesure où ce concept inclut l'ensemble des mesures développées par les autorités publiques afin de « produire » du *care,* il nous semble particulièrement approprié pour aborder la régulation du secteur[107].

On distingue habituellement quatre grands types de régulation pour les services de proximité, et notamment l'aide aux personnes âgées: la régulation tutélaire, la régulation quasi-marchande, la régulation conventionnée et la régulation d'insertion.

La régulation d'insertion, qui consiste à obtenir un financement via la création d'emploi, sera traitée dans les points de discussion. Relevant des politiques d'emploi, cette modalité de financement s'écarte en effet du champ des compétences de la COCOM. Étant donné son importance pour le secteur, il nous semble néanmoins primordial de ne pas la négliger. Nous abordons donc à tour de rôle la régulation tutélaire, la régulation quasi-marchande et la régulation conventionnée. Mais avant cela, il nous semble important de rappeler les caractéristiques du travail de prise en charge des personnes dépendantes, et plus particulièrement du secteur d'aide à domicile.

2.5.1. Particularités du travail du care[108]

Historiquement, le travail de *care* était pris en charge de manière non rémunérée, et était assimilé à la sphère privée. Il s'agissait d'une tâche relevant de la sphère domestique, même dans le cadre des associations d'aide à domicile[109]. Il était de la sorte largement invisibilisé par rapport au travail salarié accomplit dans la sphère publique par l'homme (*male breadwinner model*). Ce modèle est aujourd'hui révolu, avec la promotion du modèle du "*travailleur adulte autonome*" et une forte externalisation des tâches de *care*.

---

[104] Daly, M. & Lewis, J. (2000). The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states. *The British journal of sociology*, 51(2), p.285.
[105] Degavre, F. & Nyssens, M. (2012). Care regimes on the move: Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy. *Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, Université Catholique de Louvain*, p.123.
[106] Kofman et Raghurma (2009), p.4, citée en *ibid.*
[107] cf. *ibid. 105,* p.7
[108] Cette partie n'a été que peu abordée dans les discussions de groupe, les matériaux proviennent donc majoritairement de la littérature.
[109] Puissant, E. (2012). Le travail et l'organisation du travail dans les associations d'aide à domicile, entre industrialisation et résistances. In F. Petrella & L. Fraisse (Eds.), Aide à domicile et services à la personne, les associations dans la tourmente (pp. 101–115). *Presses universitaires de Rennes*.

Ce mouvement de “formalisation” du *care* doit toutefois être nuancé: d'une part, l'externalisation du *care* -ou la *défamilialisation*- n'a été que partielle[110], et les soins aux personnes dépendantes continuent à relever essentiellement de la responsabilité des femmes dans l'espace domestique. D'où l'importance de prendre en compte les effets de la mise en place de l'assurance autonomie en terme de genre (cf. section “aidants-proches”).

D'autre part, il convient de distinguer salarisation et professionnalisation[111]. La salarisation se manifeste prioritairement dans l'ordre matériel de la rémunération, tout en étant, certes, indissociable d'une inscription dans une “*hiérarchie de l'estime sociale*”, via la qualification. La professionnalisation désigne “*le processus de construction sociale de la reconnaissance accordée à un groupe, qui devient par là même* professionnel *[…] La reconnaissance professionnelle s'institutionnalise à travers la réglementation et le financement par les organismes de protection sociale ou les services de l'État, notamment par les qualifications, les titres professionnels, les agréments ou encore l'encadrement du marché*” (p.43), auxquels on pourrait ajouter les formations et la reconnaissance des risques de travail. Cette distinction permet de mettre en avant le fait que salarisation ne va pas automatiquement de pair avec professionnalisation, mais également le fait que “*la professionnalisation de l'activité ne va pas toujours de pair avec les professionnalisations des salariées”* (p.48).

Des risques liés à l'invisibilisation

Ainsi, différents facteurs concourent au fait que, même “externalisé”, ce travail demeure largement invisible, ce qui empêche sa reconnaissance sociale, et par là sa professionnalisation. Ces facteurs d'invisibilité sont également liés aux risques spécifiques du métier[112].

Un premier facteur concerne le fait que l'intervention a lieu sur le lieu du domicile. D'une part, cela implique des déplacements fréquents, ce qui n'est pas une chose aisée dans une ville comme Bruxelles. La mobilité a en effet été pointée comme problème majeur dans les discussions de groupes: “*Oui ça doit s’inscrire certainement dans le plan santé Bruxellois ça c’est clair, il y a toute une série de chose, et là (…) c’est très bien de faire une assurance assistance dépendance à domicile mais, dans la situation à Bruxelles, si vous ne facilitez pas et si on ne fait pas quelque chose pour que les gestionnaires de soins, les prestataires de soins aillent à domicile et arrivent au domicile mais vous en aurez plus un seul qui bougera plus de chez lui. Le kiné ne bougera pas de chez lui, le médecin ne bougera plus de chez lui, et toutes les structures de soins qui vont s’arranger ne bougeront plus. Ca devient infernal, ça fait bien sur partie d’un plan global sauf sur Bruxelles mais j’en ai encore discuté avec un responsable secteur infirmier mais le piétonnier je n’y vais plus, qu’est-ce que vous allez faire sur ses 40 hectares avec tous les gens qui sont là, qui n’auront pas droit à votre truc parce qu’on ne sait plus y aller. Donc effectivement, la région doit un tout petit peu penser global*”.

---

[110] Notons qu'avec la crise économique, l'on assiste même à un mouvement de refamilialisation, notamment dans les pays méditerranéens.

[111] Dussuet, A. & Flahault, E. (2010). Entre professionnalisation et salarisation, quelle reconnaissance du travail dans le monde associatif ? *Formation emploi. Revue française de sciences sociales(111)*, 35–50

[112] Dussuet, A. (2012). Un modèle associatif d’organisation du travail dans l’aide à domicile comme outil de prévention des risques de santé. In F. Petrella & L. Fraisse (Eds.), Aide à domicile et services à la personne, les associations dans la tourmente (pp.117-134). *Presses universitaires de Rennes*.

Par ailleurs, le fait que l'espace de travail des salariées soit le domicile privé des bénéficiaires rend presque plus compliqué l'application des règles concernant la sécurité sur le lieu de travail. Si un des objectifs de l'assurance autonomie est de maintenir à domicile les personnes parfois très lourdement dépendantes, il faut prévoir “les aménagements nécessaires pour assurer des conditions de travail ménageant la santé des salariées”. Ces considérations renvoient à la capacité des organisations prestataires à “imposer à l'utilisateur l'importation de règles extérieures, d'ordre public, dans son espace privé [voire intime] (p.121).

Un second facteur provient de la “banalité des gestes effectués par les intervenantes à domicile: elles n'utilisent pas de techniques ou d'outils sophistiqués qui les différencieraient des tâches domestiques effectuées quotidiennement par la plupart des femmes”. Or, dans ce métier, les accidents de travail se manifestent surtout sous la forme de la fatigue et de l'usure que la répétition de ces tâches entraine. Il est donc important de visibiliser ce travail, afin qu'il puisse faire l'objet de dispositifs de prévention.

L'importance du travail émotionnel constitue un troisième facteur d'invisibilisation de ce qui est réellement “produit”: “une composante essentielle de [ce] travail consiste à 'gérer les sentiments', les leurs et ceux de la personne aidée (p.124)”. La signification des tâches à effectuer va donc bien au-delà de leur simple aspect matériel: réchauffer un plat au micro-onde constitue ainsi l'occasion de prendre des nouvelles de la personne aidée, ce qui permet éventuellement de mettre à jour de nouveaux besoins etc.

Cette analyse montre que “les risques encourus par les intervenantes à domicile au cours de leur travail […] sont liés à l'invisibilité et aux non-dits entourant le travail effectué; elle souligne a contrario la nécessité, dans une perspective de prévention, d'une définition explicite du service d'aide, ainsi que d'une énonciation des règles à observer” (p.125).

Quelle professionnalisation pour des services co-construits ?

Puissant (2012)[113] analyse dans quelle mesure “ces processus favorisant la reconnaissance et la clarification des activités et des métiers de l'aide à domicile” (p.101) sont toutefois possible.

En adoptant la perspective des usagers, elle note que ceux-ci sont à la fois bénéficiaires du service, tout en participant à sa définition: “Le strict entretien du foyer pourrait être effectué par une entreprise de nettoyage, alors que la relation d'aide à domicile centrée autour de l'usager implique d'utiliser les tâches domestiques d'entretien du foyer comme l'occasion de nouer un contact étroit et d'installer une relation entre la professionnelle et l'usager”. Cette co-construction du service s'avère d'autant plus importante dans la mesure où une des missions est la prévention de la dépendance: “en associant les usagers à leurs activités, les aides à domiciles contribuent à reculer le moment où les usagers perdent leur autonomie”. De ce point de vue, il convient de ne pas trop réduire la marge de manœuvre des salariées, afin non seulement de leur permettre de s'adapter aux besoins exprimés par l'usager, mais également de partager un “temps social”. Il faut donc leur permettre de dégager du temps “pour ne pas seulement faire, mais pour 'faire avec'” (p.108).

---

[113] Puissant, E. (2012). Le travail et l’organisation du travail dans les associations d’aide à domicile, entre industrialisation et résistances. In F. Petrella & L. Fraisse (Eds.), Aide à domicile et services à la personne, les associations dans la tourmente (pp. 101–115). *Presses universitaires de Rennes*.

"Un quart d'heure d'intervention prévu [pour réchauffer un plat au micro-onde], s'il est suffisant pour monter les escaliers jusqu'à la porte d'entrée de la personne, entrer, prendre le plat, le mettre dans le micro-onde, attendre qu'il soit chaud, puis le mettre sur la table avec les couverts, il n'est en revanche pas suffisant pour prendre des nouvelles de la personne, s'entretenir avec elle et ne pas se contenter d'entrer dans son domicile, dans son intimité, et se précipiter à la cuisine. De plus, ce temps n'est pas suffisant pour gérer les imprévus (une personne déprimée et isolée qui attendait sa seule visite de la journée pour discuter un peu de ce qui se passe à l'extérieur etc.)" (p.111)

Or cette importance de la co-construction du service semble négligée par une tendance généralisée actuellement à l'industrialisation, dans le sens où l'accent est mis sur la performance technique, la recherche de gains de productivité ou encore la recherche de normes productives (p.ex. décider le temps que doit prendre le nettoyage d'une surface donnée). Si ces processus de rationalisation constituent bien une modalité possible de professionnalisation, ils semblent incompatibles avec la nature des services à rendre. Messaoudi (2012)[114] aboutit également à la conclusion que "*le modèle industriel de pure mise à disposition des compétences sans inclure la dimension interactive serait alors socialement sous-optimal et faiblement désiré par une grande partie des personnes âgées*" (p.91). Or, "*ces compétences [relationnelles] souffrent d'un manque de reconnaissance institutionnelle et donc salariale"* (p.100).

Comme nous le confiait une responsable d'une association d'aide à domicile, ce manque de temps, qui est lié à un manque de financement, est synonyme d'un surcroit de stress pour les salariées, ainsi que d'une baisse sensible de l'intérêt qu'elles éprouvent pour leur travail, et *in fine*, d'une augmentation des arrêts maladies.

Les activités d'aide aux publics fragiles nécessitent donc d'une part "*des tâches* a priori *déterminées et quantifiables, notamment ménagères, mais aussi [d'autre part] une activité plus sociale, non quantifiable, non définissable* a priori *(ni en terme de contenu, ni en terme de temps)"* (p.113).

2.5.2. Régulation tutélaire (ou prestation en nature)

Les pouvoirs publics, qui agissent comme "tuteur" responsable, financent et encadrent la production des services, assurés soit par les pouvoirs publics eux-mêmes, soit par le secteur associatif. Les prestataires sont subventionnés sur base de critères de qualité prédéfinis. La personne dépendante s'adresse aux services structurés *ex ante* par les pouvoirs publics. Ce type de régulation s'est particulièrement développé avec la construction des États-providences. Il s'agit du modèle vers lequel s'orienterait l'assurance autonomie wallonne: *« en Wallonie, ce qui se dessine, c'est un financement des services qui vont prester au domicile du patient ».*

Avantages

"*Nous nous sommes plutôt pour un système qui reconnaît les services de telle manière à assurer une qualité et une formation des personnes, éviter que certains ne recourent à du travail au noir avec des situations parfois d'accompagnement très difficiles ou conflictuelles, d'autre part faire en sorte qu'on*

[114] Messaoudi, D. (2012). L'adaptation de la qualité aux attentes des personnes âgées : quelle innovation du modèle associatif ? In F. Petrella & L. Fraisse (Eds.), Aide à domicile et services à la personne, les associations dans la tourmente (pp. 83–100). *Presses universitaires de Rennes*.

ait des économies d'échelles au niveau du système et troisièmement faire en sorte qu'on évite deux problèmes qui peuvent être rencontrés : c'est une augmentation des tarifs, avec les législations Européennes on a de plus en plus de difficulté à contrôler les prix, or quand on finance la demande on constate souvent une augmentation du prix et d'autre part dans certaines circonstances éviter des problème intra familiaux".

Quatre points donc:

- importance du statut des travailleurs, de leur formation, de leur encadrement dans une structure ad hoc, ce qui permet également d'assurer la qualité des soins
- possibilités d'économies d'échelle
- permet de faire en sorte que l'assurance autonomie n'engendre pas d'inflation des prix, et donc que les budgets dégagés bénéficient réellement aux personnes qui en ont besoin
- permet d'éviter les conflits intra-familiaux (cf. section aidant-proche)

Mentionnons par ailleurs également que ce mode de régulation permet d'éviter les éventuels effets d'aubaine.

Inconvénients

Dans ce type de régulation, une question importante concerne la sélection des services qui peuvent être inclus: « *Et donc si tu le donnes à des services agréés, l'infirmière indépendante ou la personne indépendante qui vient fournir des services, est ce qu'elle va profiter de l'assurance autonomie ?* »

Le risque de bureaucratisation du secteur est également présent, avec quelques organisations importantes qui pourraient phagocyter les budgets disponibles, au détriment d'associations plus locales, parfois plus proches du terrain et répondant mieux à la demande.

Dans le contexte multiculturel bruxellois se pose aussi la question de la diversité des préférences. Comment faire donc pour augmenter le choix des personnes dépendantes en ce qui concerne l'achat des services?

2.5.3. Régulation quasi-marchande ou prestation monétaire

La régulation quasi-marchande se distingue de la régulation tutélaire par le fait que ce ne sont plus les organismes prestataires qui sont subsidiés (les producteurs), mais directement les « consommateurs». L'État continue d'assumer le financement, mais on observe une séparation entre le bénéficiaire du financement et le producteur des services. On parle alors de prestation monétaire, ou, dans le monde anglo-saxon, de cash-for-care. C'est le modèle utilisé actuellement en Flandre: *« en Flandre, on paye un forfait au bénéficiaire qui est en situation de dépendance ».*

Waterplas et Samoy[115] ont énuméré les caractéristiques de l'idéal-type de l'allocation personnalisée en espèces:

- l'allocation personnalisée est une prestation sociale versée en espèces destinée à permettre aux bénéficiaires de se procurer les aides qu'ils nécessitent pour mener une vie autonome au

[115] Waterplas, L. & Samoy, E. (2005). L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique. *Revue française des affaires sociales*, (2), p.63.

même titre que le reste de la population. Elle compense tous les besoins, y compris ceux dans le domaine de l'intégration sociale

- l'allocation s'inscrit dans une perspective de compensation, et non d'aide sociale. Dans ce sens, elle est universelle
- l'allocataire est un consommateur averti, à même de connaitre et d'exprimer ses propres besoins et d'opérer un choix judicieux parmi les prestataires de services susceptibles d'y répondre. Il est capable de former lui-même des aidants embauchés de gré-à-gré. Il gère son budget et s'acquitte de toutes les formalités inhérentes au dispositif
- entière liberté dans l'affectation de l'allocation
- l'allocataire est seul juge de la qualité du travail, le contrôle externe de la part des autorités publiques se limite au strict minimum
- les aidants sont subalternes au service du bénéficiaire, "ses pieds et ses mains"
- il existe un marché concurrentiel de l'assistance, et les allocataires disposent d'une information exhaustive et transparente sur l'offre disponible

Avantages

Le principal avantage de ce type de régulation réside dans le fait de ne pas imposer un service prédéterminé qui ne conviendrait pas à tout le monde: *« si on finance les personnes qui prennent l'assurance autonomie, si on les finance directement, ça leur permet de couvrir leur besoins réels. Si on finance les services, les gens qui n'ont pas vraiment besoin de ces services-là vont être un peu mis de côté ».* Ainsi, du moins en théorie, **le libre choix** des individus se trouve accru.

Un autre avantage consiste dans le fait que cela permet de **rémunérer l'aidant-proche**: "*Quand je reviens un peu sur ce que vous avez dit quand quelqu'un a besoin de faire quelque courses et sa voisine sait le faire et on peut donner un petit fee pour faire ça, pourquoi pas*". Il convient toutefois de nuancer cet argument (cf. section aidant proche).

L'argument selon lequel faire jouer la concurrence fait baisser les prix n'a été avancé par aucun des participants[116].

Inconvénients

La principale critique faite à l'encontre de ce mode de régulation consiste dans le fait que « *tout le monde ne sait pas le faire, tout le monde ne sait pas* ***être employeur****, organiser, respecter le droit du travail, ...* » À cet égard, il est intéressant de noter que les représentants des personnes handicapées étaient nettement plus favorables au principe de prestation monétaire que les représentants des personnes âgées (*« une partie du secteur des personnes handicapées qui revendique ce modèle »*). Et de fait, la figure emblématique du "jeune adulte handicapé physique faisant des études universitaires grâce à son allocation" n'est pas comparable avec de nombreux autres cas de dépendance. Le bénéficiaire réel ne correspond ainsi pas du tout à l'image de l'usager idéal postulé par la législation.

[116] L'expérience de quasi-marchandisation au Royaume-Uni montre même que l'argument inverse pourrait être avancé. L'introduction des "Personal Budgets" a été de pair avec de nouveaux risques pour les organismes prestataires: non-paiement de la part des usagers, perte d'économies d'échelles et nouveaux coûts de transactions (multitude de clients différents), perte d'employés qui vont travailler en "gré à gré" et turn-over plus important.

Certaines personnes mentionnent toutefois à cet égard qu'« *il y a moyen de mettre en place des associations ou des services qui aident les gens à devenir employeurs et réorganiser le service et avoir une coordination, comme le font les flamands* ».

Par ailleurs, le fait même de pouvoir **faire jouer la concurrence** ne semble pas évident. D'une part, cela nécessite la présence effective de différents prestataires pouvant être mis en concurrence (*« ça ne sert à rien de payer une somme forfaitaire à un bénéficiaire s'il n'y a pas de soutien organisé/structuré possible »*), mais par ailleurs, l'argument du libre choix du consommateur doit être relativisé également pour des raisons liées à la nature du service rendu. Pour de nombreuses personnes un changement de prestataire semble impossible pour des questions affectives ou d'habitude.

Certains intervenants pointent également du doigt le risque de *"**commercialisation des services** des soins à domicile et donc [de] libéralisation du secteur"*. Une conséquence (non-intentionnelle) de la subvention de la demande consiste en effet souvent dans le développement d'un marché privé d'entreprises, ne nécessitant pas d'agrémentation. L'instabilité du personnel dans ces entreprises menace la continuité et la qualité de l'aide apportée.

Le **statut des travailleurs** pose également question dans ce type de régulation, entre autres parce que ces allocations monétaires peuvent dans certains cas favoriser le travail en noir, comme cela est notamment le cas en Italie. Par ailleurs, dans le cas où l'usager est libre d'embaucher à peu près n'importe qui se pose également la question de la qualification professionnelle du travailleur. Dans le cas où l'aidant-proche serait rémunéré, certains interlocuteurs ont évoqué la nécessité d'« *avoir une offre de formation de l'aidant-proche (pour éviter la maltraitance par ignorance)* »

Cet idéal-type est toutefois rarement atteint, les pouvoirs publics se limitant rarement à leur seule mission de solvabilisation de la demande, mais indiquant aussi la plupart du temps les conditionnalités accompagnant la prestation monétaire. En Allemagne, par exemple, les bénéficiaires des prestations en espèces sont contrôlés sur l'adéquation de l'aide délivrée par une équipe de leur caisse d'assurance dépendance. En France, la prestation APA est versée pour financer un plan d'aide précis, défini par une équipe médico-sociale, qui organise également un suivi de la dépendance, afin d'ajuster le plan d'aide si nécessaire, et de s'assurer que les sommes versées sont bien utilisées pour ce plan d'aide[117]. Notons qu'en Flandre, aucun justificatif n'est demandé, et le bénéficiaire est libre d'utiliser l'argent reçu comme il veut.

2.5.4. Une régulation conventionnée ou droit de tirage

« *Oui c'est un droit de tirage, mais vous pouvez faire de manière électronique hein, à partir du moment où la personne a été identifiée comme en situation de perte d'autonomie et puis le centre de coordination lui dit : ben voilà dans votre cas vous pourriez être aidé par tel et tel service* »

Comme on le voit dans cette citation, un modèle intermédiaire a également été évoqué dans les discussions de groupe, celui-ci consiste en un droit de tirage entre divers services, qui ont été sélectionnés auparavant: *« il y a une sorte de porte d'accès qui fait l'évaluation, l'évaluation de la dépendance, et cela peut être le CPAS, cela peut être un centre de coordination, mais en plus, après*

[117] Da Roit, B. & Le Bihan, B. (2009). La prise en charge des personnes âgées dépendantes en France et en Italie. familialisation ou défamilialisation du care ? *Lien social et Politiques(62),* p.44.

l'évaluation, un paquet est lié à l'inventaire des besoins, ce paquet n'est pas limitatif. C'est un paquet qui est formé par les centres de coordination qui ont évalué les besoins mais aussi il y a des possibilités pour les personnes aidées et c'est dans ce paquet avec des prestataires qui sont reconnus que on peut choisir ».

L'avantage de ce système intermédiaire est qu'il permet d'éviter les écueils rencontrés dans la régulation quasi-marchande, en reconnaissant notamment les statuts des travailleurs et en prenant en compte la qualité des services fournis. Par ailleurs, ce type de régulation insiste sur l'importance d'une co-construction entre pouvoirs publics et services, afin de mieux prendre en compte les spécificités et les enjeux du secteur des soins de long terme. Tout en s'éloignant d'une régulation marchande, ce modèle ne retombe pas pour autant dans une régulation tutélaire où les initiatives seraient soumises aux injonctions d'une autorité centrale. La problématique de la gouvernance est ici centrale. (cf. section acteurs).

Ce concept de droits de tirage permet par ailleurs d'envisager une collaboration "back-office" entre les systèmes flamands, wallons et bruxellois (cf. section articulation avec la Flandre et la Wallonie).

L'idée d'un système mixte, comme dans le modèle allemand, a aussi été énoncée: « *système mixte, avec une offre de services, mais aussi un montant forfaitaire permettant aux personnes de faire leurs propres choix* ». De ce point de vue-là, il est intéressant de noter que la Vlaamse Sociale Bescherming (VSB) envisage à présent également de subventionner en partie les prestataires, afin qu'ils puissent stabiliser leur structure. Pour Bruxelles, la question s'est posée de savoir si les budgets seraient suffisants: « *Mais est ce qu'on parle de peu ou vraiment de montants importants ? Quand on dit on va diviser cela en deux que va-t-il en rester ?* »

2.5.5. Quel mode de gouvernance ?

Outre la question du bénéficiaire des allocations (prestataires, usager, …), se pose également la question de la gouvernance du secteur.

De nombreux intervenants ont insisté sur l'importance d'une co-construction des « règles du jeu » entre pouvoirs publics et prestataires, afin de mieux pouvoir prendre en compte les spécificités et les enjeux du secteur des soins de long terme.

La question de l'organe paritaire qui sera mis en place est ici centrale.

La mise en place d'un mode de gouvernance participatif permet de ne pas tomber dans les possibles travers d'une régulation tutélaire où les initiatives seraient soumises aux injonctions d'une autorité centrale, parfois moins bien au courant des réalités du terrain que les acteurs mêmes.

2.6. QUELS ACTEURS ?

Les participants ont été invités à s'exprimer également dans les focus groups sur l'identité et la fonction des différents acteurs qui seraient amenés à mettre en œuvre l'assurance-autonomie. Avant de présenter les fonctions identifiées dans ce cadre, relevons les principes généraux que doit rencontrer ce système d'acteurs selon nos interlocuteurs :

- Réduire la complexité du système pour en améliorer l'accessibilité : « Vous avez dit que se sera inévitablement par plusieurs institutions, mais c'est pas possible. Comme personne handicapée, on est déjà confronté à du régional, du communal, la Cocom et la Cocof : c'est pas possible et on plaide pour une entrée unique ou quelque chose qui ressemblerait à cela. » et pour limiter les frais de gestion : « On peut tout imaginer, mais à un moment, il va falloir mettre ça en place pratiquement, et plus le système sera complexe, plus on va s'orienter vers des frais de gestion. » ;
- Garantir la stabilité et la cohérence : « au niveau de la gestion globale, dans un souci de cohérence, puisque de facto on va avoir des sécurités régionales, pour moi la gestion globale est au niveau de L'OIP. » ;
- Assurer la transparence : « ce qui ne m'intéresse pas, c'est de m'attacher à des fétiches […] Moi ce qui m'intéresse, c'est qu'on détermine quelle est l'instance qui est à même de produire [l'assurance-autonomie]. Est-ce-que c'est la Région proprement dite, est-ce-que c'est la Cocom, les instances communautaires ? Je veux dire : qui est le mieux à même de produire une source de financement qui soit stable, transparente etc. ? ».

Par ailleurs, la mise en œuvre de l'assurance-autonomie suppose que différentes fonctions soient prises en charge, cinq d'entre elles ont été évoquées dans les focus groups :

- récolter les cotisations et payer les prestations ;
- contrôler les dépenses et réguler les tarifs ;
- contrôler la qualité et agréer les prestataires de services ;
- mesurer le degré de dépendance ;
- coordonner l'accompagnement de la personne.

2.6.1. Récolter les cotisations et payer les prestations

En ce qui concerne la récolte des cotisations et le paiement des prestations, les mutualités sont largement plébiscitées au sein des focus groups - notons toutefois que ces dernières étaient très largement représentées dans les groupes. L'expérience des mutuelles dont « *c'est le business de base* » est invoquée. De même, certains participants soulignent que cette solution réduit la complexité institutionnelle pour les concepteurs de l'assurance-autonomie : « *il ne faut pas créer une administration ad nihilo* » comme pour les usagers : « *les mutualités sont déjà impliquées au fédéral (assurance maladie), c'est plus simple pour les gens s'ils doivent s'adresser à la même instance au niveau régional (assurance autonomie)* ».

Dans cette optique l'implication des assurances privées – telle qu'elle s'est faite en Flandre – est présentée comme un modèle-repoussoir : « *moi j'ai une préférence pour que la gestion implique les mutuelles et je ne veux pas d'un modèle flamand.* ». Les « *compagnies d'assurance privées se sont retirées l'une après l'autre de la* Vlaamse Zorgverzekering » parce que c'est « *difficilement rentable, [c'est] difficile de faire du profit, et les produits dérivés sont limités* ».

Pour certains participants, l'idée que les mutuelles remplissent cette fonction de récolte des cotisations et de paiement des prestations est cependant soumise à la condition que celles-ci soient en mesure de pratiquer une forme de progressivité des cotisations – ce qui implique de connaître les

revenus : « *Je ne suis pas partisan du tout du système qui est mis en place en Wallonie car je ne le trouve pas efficace. Et alors quand on prend l'argument que les mutuelles ne connaissent pas les revenus : on est quand même dans un monde informatisé, oui cela va coûter cher, mais bon. Ce n'est pas des questions de vie privée mais des questions de coûts informatiques. C'est un élément qui me semble important*. »

En marge de la solution mutualiste, certains acteurs sont également évoqués :

- L'un des participants propose la création d'une « *entité mutualiste différente des mutualités qui sont opérateurs dans la sécu fédérale* » ;
- La création d'une « caisse résiduaire, « *si je ne veux pas m'affilier, dans l'exemple flamand à une Zorgkas* » est également mentionnée ;
- La nécessité de prévoir un organe qui aurait en charge la « *gestion du contentieux* », qui gérerait la situation quand quelqu'un ne paie pas (amendes, etc.) et assurerait la continuité du droit est rappelée ;
- Dans cette gestion des cotisations et des prestations, les services d'aide familiale et les guichets communaux sont cités, en fonction de la technique d'intervention prévue pour l'assurance-autonomie : « *si c'est un tarif préférentiel, ce sera au niveau même des services d'aide familiale que cela va se passer, si c'est un chèque monétaire cela sera un guichet communal par exemple*. »
- Enfin, un participant fait appel à l'exemple germanophone, un « *modèle qui est plus du côté de l'administration* ».

2.6.2. Contrôler les dépenses et réguler les tarifs

Le contrôle des dépenses et la régulation des tarifs sont identifiés comme des fonctions essentielles auxquelles le système d'acteurs de l'assurance-autonomie doit répondre : « *Alors autre élément c'est la négociation, il faut aussi être attentif au fait qu'on n'ait pas le problème qu'il y a eu en France avec des aides au logement où on a donné de l'argent et le prix du logement a augmenté. En bout de course, cela n'a pas aidé à grand-chose. […] C'est la même chose dans la maison de repos. Si [on vise aussi avec l'assurance autonomie] ceux qui sont en maison de repos, ça risque d'entraîner une augmentation des prix d'hôtellerie réclamé aux résidents.* »

Pour remplir cette fonction, les participants aux focus groups privilégient un organe paritaire : l'«*avantage du modèle de gestion paritaire (comme au fédéral), c'est qu'il y a d'un côté les représentants des patients, de l'autre côté les prestataires des services, et on est dans une logique de négociation des tarifs, il y a un contrôle de l'un sur l'autre* ». L'OIP actuellement en cours de création est régulièrement cité comme le lieu où cette régulation pourrait s'établir. Certains participants insistent toutefois pour que, dans cette optique, on soit attentif au fait que « *les mutuelles ne sont pas les seuls représentants des patients, [il y a aussi] des associations représentatives des patients* ». Prenant l'exemple du secteur des personnes handicapées, un interlocuteur souligne que « *ça veut dire d'inclure les associations représentatives des personnes handicapées dans les organes de gestion, qui*

doivent définir le budget, les orientations etc. […] du côté wallon, on n'y est pas, donc à Bruxelles, il faut être très vigilant ».

2.6.3. Contrôler la qualité et agréer les prestataires de services

La question de la qualité des services a été fréquemment évoquée par les participants (cf. supra). Toutefois, le ou les acteurs qui seraient responsables de faire respecter cette qualité dans le cadre de l'assurance-autonomie, éventuellement via un agrément des services reconnus, n'ont pas été débattus. Tout juste l'un des participants a-t-il souligné qu'en Flandre, il n'y a pas de contrôle qualité associé à la *zorgverzekering*.

2.6.4. Mesurer le degré de dépendance

La mesure du degré de dépendance des personnes souhaitant bénéficier de l'assurance-autonomie est une question d'instrument (cf. supra) mais aussi d'acteur : qui sera chargé d'effectuer la mesure du degré de dépendance des potentiels bénéficiaires ?

Au cœur de cette problématique se trouve la question des conflits d'intérêts potentiels que ce système pourrait générer : « *c'est la même personne qui doit remplir la grille, et la personne qui demande des subsides* ».

Différentes solutions sont évoquées :

- Un évaluateur externe (l'exemple luxembourgeois est cité, mais présenté comme impayable)

- Les services sociaux de la mutualité : « *l'évaluation par les services sociaux [de la mutualité] fonctionne en Flandre et est subventionnée à hauteur de 75 euros par la Vlaamse Gemeenschap (via Zorgkas)* »

- Des associations ;

- Les prestataires de soins eux-mêmes, en équipe : « *à mon avis se sera des prestataires avec un certain élargissement. Moi je pense à quelqu'un qui était en maison de repos, à supposer qu'elle n'ait pas encore son évaluation, moi je pense que c'est à l'équipe de soins de faire cela. Si il y a une infirmière qui intervient à domicile (sous réserve qu'il y a des données médicales aussi à remplir et il faudra travailler en bonne intelligence avec le médecin traitant).* »

Ces alternatives à l'évaluation par un acteur externe sont soutenues par l'exemple relatif aux maisons de repos : « *Maintenant par rapport à ce conflit d'intérêt, ça pose la question de l'organe de contrôle. Au niveau des Katz, je parle des maisons de repos, il y a eu une période avec beaucoup de discussions, de contestations. Et puis on est arrivé à des consensus entre les contrôleurs et les contrôlés. On est arrivé à stabiliser le système.* »

2.6.5. Coordonner l'accompagnement de la personne

Enfin, sous réserve qu'il soit possible de financer ce type de services (cf. chapitre « Panier de soins »), la fonction de coordination des prestataires, ou la rédaction d'un plan d'accompagnement de la personne devrait également être confiée à certains acteurs selon les discussions des focus groups : « *il ne faut pas juste donner de l'argent mais il faut une sorte de suivi des clients, pas un suivi mais une*

sorte d'accompagnement vers les possibilités qui existent […]. Les centres de coordinations sont des services qui, au moment où la personne appelle, non seulement dispatchent la demande mais conseillent aussi la personne sur le type d'aide et de service qui sont à sa disposition ». Le case-management (généraliste et spécialisé) est évoqué comme un mode d'organisation potentiel de cette fonction de coordination : « *les services généralistes existent déjà, vous avez parlé du télé-coaching et moi on m'a parlé du case-management, qui sert de plate-forme pour déterminer mieux les besoins et voir que tout fonctionne. Les services généralistes pourquoi pas, mais [il y a] aussi la nécessité de services spécialisés, pour des personnes handicapées sourdes par exemple ou des personnes avec des troubles mentaux.* »

2.7. Articulation bruxelloise, avec la Flandre et la Wallonie

De nombreux stakeholders sont particulièrement préoccupés par le développement de diverses assurances autonomie en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie. Ils craignent, si aucune synergie n'est trouvée entre les régions, que la situation devienne difficilement gérable pour les Bruxellois. Certains stakeholders déplorent en outre qu'aucune réglementation ne soit possible au niveau fédéral. «*Je dirais que ça fait des années que nous demandons la mise ne place d'une assurance autonomie au départ fédéral mais ça n'a pas été possible, avec la sixième réforme de l'état il est clair que ça doit être intégré au niveau de ses entités fédéré*»

« *À Bruxelles ce sera particulièrement important vu la dispersion des compétences qui seront entre l'OIP et la COCOM, par exemple, il ne faut pas créer un monstre kafkaïen* »

« *comment on va faire des accords de collaboration/coopération* ? »

« [il faut] *régler le problème des Brusselaars, qui cotisent à la Zorgverzekering* »

L'espoir est donc émis que des accords bilatéraux puissent être conclus en ce qui concerne l'assurance autonomie, qui rendent celle-ci claire, facilement utilisable et autant que possible uniforme pour les Bruxellois. Toutefois, cela implique qu'une concertation entre les régions doit être planifiée rapidement, afin de pouvoir intégrer des ponts potentiels dès la phase de conception.

Un premier aspect concerne les gestionnaires de l'assurance autonomie à Bruxelles. Comme c'est le cas en Flandre, il apparaît que les stakeholders, lors des groupes de discussion, préfèrent confier les aspects relatifs à la gestion à des caisses d'assurance-soins. Les informations relatives au débat mené actuellement aussi en Région wallonne au sujet d'une assurance autonomie wallonne vont dans la même direction. Si les caisses d'assurance-soins sont également choisies à Bruxelles, il semble opportun d'étudier dans quelle mesure des accords peuvent être pris entre les différentes régions à cet égard. « *Ni la Wallonie ni la Flamande n'est un modèle crédible à mon avis pour Bruxelles, sauf les mutuelles flamandes, le rôle des mutuelles comme organisme assureur, je crois qu'l n'y aura pas de difficultés de ce côté-là*. »

« *En Wallonie ils vont octroyer des services pour l'assurance autonomie et donc je me demandais et en Wallonie l'opérateur principal sera la mutualité, donc pour tous ce qui est financement, contrôle etc. en tous cas c'est vraiment vers ça que on va et donc je me demandais à Bruxelles est ce que on ne peut pas aller vers une harmonisation aussi, même si à Bruxelles il y a des spécificités aussi*»

Nous nous sommes déjà arrêtés de manière approfondie ci-dessus sur l'importance d'instruments de mesure uniformes tels que le BelRAI Screener et le BelRAI. L'agrégation des données au niveau de la région, obtenue grâce à une évaluation uniforme dans les différentes régions, permettrait non seulement de parvenir à des accords de financement entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Région flamande, d'une part, et entre la Région de Bruxelles-Capitale et la Région wallonne, d'autre part, en ce qui concerne les cotisations et les droits des Bruxellois, mais aussi des Belges qui déménagent d'une région à l'autre au cours de leur vie. « *Il serait bien d'arriver à une échelle de dépendance commune entre les trois régions/communautés* ». Par ailleurs, une évaluation uniforme simplifie, pour les citoyens, l'élaboration d'une réglementation à Bruxelles, qui garantit leurs droits à l'assurance autonomie ou à la *zorgverzekering*.

L'agrégation des données uniformes au niveau des caisses d'assurance-soins permettrait, en outre, de prévoir un financement de gestion davantage propre à la caisse, après une période de dotation forfaitaire pour les frais de gestion. Cet aspect pourrait donc être intégré dans le contrôle qualité et le suivi du budget.

Il convient également de signaler que les caisses d'assurance-soins auront probablement des frais de gestion qui dépasseront les limites de la région. Ce dernier point implique que des accords à ce sujet devront être pris entre les régions et les caisses d'assurance-soins.

Un autre aspect relatif à l'articulation entre l'assurance autonomie bruxelloise et l'assurance autonomie wallonne, d'une part, et la *zorgverzekering* flamande et, en cas d'extension, la *sociale bescherming* flamande, d'autre part, est celui de la surveillance des systèmes en place. Dans la *sociale bescherming* flamande, il est question d'une agence autonomisée interne au sein de l'administration WVG, qui, d'une part, dirigera la *sociale bescherming* flamande, y compris la *zorgverzekering* flamande, et, d'autre part, prévoira le contrôle des caisses d'assurance-soins ainsi que l'interaction avec celles-ci.

Si Bruxelles choisit de confier des fonctions similaires à une agence autonomisée interne ou externe (OIP, par exemple) et si la Région wallonne organise une structure un tant soit peu similaire, il sera probablement opportun et nécessaire que les régions prennent des accords entre elles en la matière.

2.7.1. Cotisation

L'opérationnalisation et l'ordre de grandeur des cotisations des assurances autonomie bruxelloise et wallonne ainsi que de la *zorgverzekering* flamande méritent également une attention particulière.

Actuellement, deux catégories sont utilisées en ce qui concerne les cotisations de la *zorgverzekering* flamande. Les personnes qui peuvent bénéficier d'une intervention majorée doivent payer une cotisation de 25 euros, tandis que toutes les autres paient 50 euros.

Selon nos informations et selon la plupart des stakeholders, les débats à la Région wallonne évolueraient dans le même sens : *« en Wallonie, on s'oriente vers 50/25, BIM/non-BIM »*

2.7.2. Zorgverzekering flamande à Bruxelles

Le choix fait en Région de Bruxelles-Capitale concernant le montant des cotisations aura non seulement des répercussions sur le champ d'action de l'assurance autonomie, mais dépendra aussi de divers accords ou conventions qui devront être conclus entre les régions. Opte-t-on, à Bruxelles, pour plusieurs possibilités de choix pour les Bruxellois ? Les Bruxellois pourront-ils choisir librement à quelle *zorgverzekering* ou assurance autonomie ils s'affilient et, par conséquent, cotisent ? Ou sera-t-il possible de payer pour plusieurs systèmes d'assurance sur le même territoire ? "*C'est le fait d'avoir des accords de coopération et ou voilà de pense autrement du choix du système qu'ils préfèrent*. »

« *Ce qu'il faudra en effet prévoir c'est une forme de traité de prévention de la double imposition pour les gens qui seraient assujettis à des cotisations Bruxelloises et qui vont par ailleurs cotiser à l'assurance flamande. Il faudra donc éviter cette double imposition sauf si il existe des double droits. […]»*

D'autres stakeholders pensent que les cotisations à la *zorgverzekering* flamande payées par les Bruxellois devront être de préférence intégrées dans l'assurance autonomie bruxelloise. « *Le plus simple, c'est d'intégrer les cotisants de la Vlaamse Zorgverzekering dans le système AA bruxellois* »

2.7.3. Portabilité des droits

Des accords doivent également être pris entre les régions en ce qui concerne les droits possibles des Bruxellois en matière d'assurance autonomie. Les Bruxellois doivent-ils choisir entre l'assurance autonomie bruxelloise ou wallonne ou la *zorgverzekering* flamande ou un système attribué de manière territoriale est-il privilégié ? "*La grande question c'est la portabilité du droit, la personne qui a déjà droit au zorgverzekering à Bruxelles, comment est-ce-que cela va se passer ? Est-ce que quand il y aura une offre de la Cocom l'assurance autonomie, comme elle a déjà cotisé elle aura automatiquement droit ou elle devra faire le choix d'arrêter ?* »

En outre, une concertation entre les régions, au sujet du panier de services auquel l'assurance autonomie donne droit, semble nécessaire. Ainsi, il apparaît que non seulement des prix différents sont appliqués pour le même type de services à Bruxelles, en fonction du prestataire, mais aussi qu'il existe actuellement une offre uni-communautaire et une offre bi-communautaire.

Par ailleurs, il existe aussi aujourd'hui des restrictions pour les personnes qui souhaitent obtenir de l'aide dans le cadre d'une des institutions de soins uni-communautaires et il conviendra de clarifier la situation quant à la possibilité de se faire aider par l'assurance autonomie à Bruxelles (uni-communautaire ou bi-communautaire), en Wallonie ou en Flandre. *« Il faut que les Bruxellois qui décident de se faire soigner en Wallonie ou en Flandre puisse le faire et vice versa que les wallons qui veulent se faire soigner à Bruxelles puisse le faire*. » Certains stakeholders plaident pour un accès égal de tous les Bruxellois à l'ensemble de l'offre agréée, mais en réglant l'impact différencié pour les régions via un système convenu de répartition. *« Evidemment, si on est dans le model assurantiel c'est très facile hein, on dit « on a une chambre de compensation entre les compagnies d'assurance », c'est pas tout à fait la même chose si on a des systèmes complètement différents au niveau de la prestation. Si on avait tous un système uniquement financier, on fait une chambre de compensation et puis voilà, la compagnie d'assurance, zorgverzekering flamand elle a une série d'affiliés et puis il y en a quelques-uns qui sont aidés par la Wallonie ben voilà. A mon avis on va déjà devoir le faire pour les allocations familiales aussi, ça dans pas longtemps, mais si on a deux systèmes différents et c'est vers ça que on*

va, ça va être beaucoup plus compliqué de trouver les systèmes de compensation budgétaire. Oui, mais si les services ne sont pas les mêmes, s'il y en a un qui coûte en fait plus cher que l'autre, il va y avoir à un moment donné une difficulté entre les deux systèmes en disant oui mais moi je prends en charge plus que vous donc si on ne veut pas bloquer le système interne il faut déjà penser qui ait une répartition»

Enfin, des accords devront également être pris entre les régions en ce qui concerne la possibilité d'exporter des droits. Ainsi, si les trois régions possèdent une assurance autonomie distincte, il convient de réfléchir aux droits qu'a un Belge lorsqu'il déménage d'une région à une autre. « *Il y a un autre problème qui va se dessiner aussi avec un système d'assurance autonomie d'une sorte en Flandre, d'une deuxième sorte à Bruxelles, d'une troisième sorte en Wallonie et pourquoi pas encore un autre système du coté de Eupen, mais quand un néerlandophone habite en Flandre qui a cotisé toute sa vie dans le système Flamand décide de finir sa vie à Houfalize - il y en a quand même quelques-uns, et quand un Francophone qui a cotisé toute sa vie en Wallonie décide de finir sa vie à Oostende -il y en a aussi quelques-uns, comment on va fonctionner ? Ca se sont des questions qu'il ne faut pas négliger*»

D'autres stakeholders proposent d'octroyer aux habitants qui ont cotisé à l'une ou l'autre assurance autonomie dans une région les droits en vigueur dans la région où ils vivent. *« Je me suis très longtemps occupé des règlements d'assurance européenne et je peux vous dire que, en fait, vous avez deux modèles. Vous avez les pays nordiques de l'Union Européenne qui donnent le principe de l'égalité des droits, donc un Danois qui se déplace en Norvège il trouvera les droits qui existent pour les résidents. C'est possible car la protection sociale est la même. J'espère qu'on restera comme ça en Belgique aussi. Si ce n'est pas le cas il faudra prévoir tout l'arsenal des règlements européens avec effectivement le fait que quelqu'un ait cotisé dans un pays puisse exporter des droits de son pays d'origine vers le pays où il veut aller.* »

2.8. Points de discussions

2.8.1. Discussion parallèle : Un nouveau modèle de soin ?

De nombreux stakeholders pensent que le développement d'une assurance autonomie à Bruxelles ne peut pas être considéré indépendamment d'une réorganisation plus globale d'un modèle de soins bruxellois. « *Oui mais donc ce que je reviens alors c'est l'idée de ce que je disais tout à l'heure, c'est que la mise en place de cette assurance autonomie doit veiller à ce que elle soit dans un contexte plus global de mise en place d'autres mesures*».

Il est en outre souligné qu'une perte d'autonomie répertoriée doit s'accompagner d'un encadrement et d'une guidance vers une offre adéquate d'aide et d'accompagnement.

« Je trouve que cette assurance autonomie doit aussi jouer un rôle vers l'encadrement de cette offre, parce que selon moi, surtout ici, à Bruxelles, c'est le chaînon manquant pour mener les bonnes personnes aux bonnes institutions et oui, plusieurs acteurs peuvent jouer un rôle là, cela peut être le CPAS, le médecin de famille, la mutuelle, l'infirmière, l'aidant à domicile, etc., mais cet aspect de la guidance de la personne vers l'offre, je pense que le contexte bruxellois plus qu'ailleurs demandera encore plus d'attention et qu'il peut y avoir un incentive si l'assurance autonomie peut peut-être jouer un rôle dans la composition d'une offre pour une personne donnée qui bénéficie de cette assurance. »

La plupart des stakeholders plaident donc pour un modèle de soins et un modèle d'accompagnement développés au niveau du quartier, où l'aide et les soins médicaux sont associés à la possibilité d'aide et d'accompagnement sociaux, administratifs ou psychologiques. « *ne pas sous-estimer les réseaux de quartier, toute une série de services qui peuvent se rendre (entre voisins) mais qui doivent être chapeautés/canalisés par une structure (structures d'entre-aide entre voisins*) »

« *C'est l'idée de multiplier, de mieux organiser le modèle des carrefours santé et donc de faire en sorte que dans les quartiers, là où c'est nécessaire, près des gens, se trouvent des cellules, des petits endroits, des locaux ou il y a possibilité « vous avez des problèmes de santé, vous savez pas comment le résoudre, là on va vous aider », avec une multitude d'acteurs, ou ce que on peut tous imaginer, des coordination de soins, que ce soit des CPAS, que ça soit toutes les autres structures de soins à domicile, des psychologues, des diététiciens, tout ce que on veut, ou l'administratif tout simplement. C'est un modèle où on aurait, et que ça soit ces locaux, ces pièces, que ça soit au sein d'un bureau CPAS d'une commune, au sein d'une petite policlinique, au sein d'un groupement de coordination de soins, …*»

«*Bien sur la médecine générale est vraiment fort demandeuse parce que on est beaucoup envahi par toute une série de dossiers patients complexes à traiter et qui ne sont pas médicaux nécessairement, loin de là, et je sais que les infirmières etc. ils ont toute une série de chose et on devrait pouvoir référer ça, un peu sur le modèle de ce que on a fait dans les réseaux multidisciplinaire* »

2.8.2. Politiques d'emploi

Comme mentionné plus haut, un mode de régulation à ne pas négliger consiste dans la régulation d'insertion. La subvention ne passe alors plus par l'usager ou le prestataire, mais est conditionnée à l'embauche des publics fragilisés. Étant donné l'importance de ce mode de régulation dans le secteur des services de proximité, il nous paraît important de prendre en compte dans la création d'une assurance-autonomie le rôle de levier pour les politiques de l'emploi menées en Région bruxelloise que représentent les activités liées à l'accompagnement des personnes dépendantes. Les travailleurs actuellement engagés dans le domaine de l'accompagnement des personnes dépendantes doivent en effet pour partie leur emploi aux politiques menées depuis la fin des années 1990 dans un secteur hétéroclite qui comprend notamment les activités liées à la santé, à l'action sociale, au secteur socioculturel et qui émerge de plus en plus sous le nom de « non marchand ». Selon Philippe Dryon et Estelle Krzeslo[118], le secteur dit non marchand rassemble *« un ensemble d'activités qui ont pour caractéristique commune de remplir des tâches au service de la collectivité, à l'instar des services publics, et étant partiellement ou totalement financés par les pouvoirs publics »*.

Dans une Région bruxelloise caractérisée par un taux de chômage considérable et une proportion non négligeable de groupes à risque sur le marché de l'emploi en raison de leur faible qualification ou des discriminations dont sont victimes les personnes d'origine étrangère, les modes de gouvernances de la réforme envisagée doit, selon nous, aller de pair avec une réflexion sur la façon dont le secteur est mobilisé comme instrument de mise à l'emploi pour des publics fragilisés.

[118] Dryon, Ph. & Krzeslo, E. (2003). Les relations collectives dans le secteur non marchand, *Courrier hebdomadaire du CRISP* 10/2003 (n° 1795), p. 5.

L'assurance-autonomie est susceptible d'introduire des nouvelles formes de régulation du secteur (assurance-qualité, mise en concurrence plus forte des opérateurs, etc.) dont il est nécessaire d'évaluer l'impact sur les capacités d'action de la Région bruxelloise en matière d'emploi et de formation des travailleurs. La question qui se pose est de voir dans quelle mesure les politiques publiques permettent de créer des emplois (de qualité), et non pas uniquement des heures de travail.

Au fil du temps, différentes mesures d'insertion se sont superposées, traduisant la volonté du législateur de favoriser, via les secteurs appartenant au non marchand, l'insertion des «groupes à risque» sur le marché du travail : les chômeurs, les demandeurs d'emploi, les personnes moins qualifiées, les personnes handicapées, les bénéficiaires du revenu d'intégration ou de l'aide sociale satisfaisant certaines conditions, ainsi que les personnes issues de l'immigration.

Certains des emplois dans l'accompagnement des personnes dépendantes se sont développés au début des années 2000 dans le cadre des subventions dites « article 60 §7 »[119], qui prévoit de soutenir financièrement l'engagement de publics ciblés pour des emplois dans le domaine du non marchand. Il s'agit d'une forme d'aide sociale par laquelle le CPAS procure un emploi à une personne ayant quitté ou ayant été exclue du marché du travail, dans le but de la réinsérer dans le régime de la sécurité sociale et dans la vie professionnelle.

Outre cette mesure spécifique aux CPAS, le développement de fonctions dans le domaine de l'accompagnement des personnes dépendantes est également lié aux réductions de cotisations de sécurité sociale qui ont été accordées depuis 1997 aux employeurs du secteur non marchand sous condition de création d'emplois. Ces mesures, connues sous le nom de « Maribel social », étaient régies par un arrêté royal[120].

Dans les institutions de soins relevant de la compétence fédérale (hôpitaux, maisons de repos, soins à domicile, centres de revalidation, etc.), cette politique de l'emploi était couplée à un objectif d'amélioration des conditions de travail pour le personnel et d'optimalisation de l'accueil des patients ou clients. Les postes créés grâce à la réduction de charges patronales doivent ainsi « réduire la pression du travail, en particulier pour le personnel directement concerné par les soins et l'assistance » et « améliorer l'intensité et la qualité des soins et de l'assistance et optimaliser le confort des patients ou des clients ».

Dans certaines institutions de soins, les fonds issus du « Maribel social » ont ainsi été utilisés pour engager des personnes qui délivrent le personnel existant de certaines tâches annexes et lui donnent la possibilité de se concentrer sur le travail de soin proprement dit. Certaines des fonctions ainsi créées ont débouché sur l'organisation de formations destinées à améliorer le niveau de formation des publics éloignés de l'emploi visés.

Les politiques de l'emploi et de la formation menées dans le secteur non marchand sont donc à l'origine du développement de fonctions dédiées à l'accompagnement des personnes dépendantes : « *Du côté francophone on a encore ce genre de système où ceux qui sont reconnus en expérience pilote,*

---

[119] 8 JUILLET 1976. - Loi organique des centres publics d'action sociale.

[120] 18 JUILLET 2002. - Arrêté royal portant des mesures visant à promouvoir l'emploi dans le secteur non marchand.

soit ils reçoivent des moyens pour mettre des personnes au chômage au travail et donc il y a toute une série de systèmes qui fonctionnent comme ça ».

Enfin, le dispositif titres-service relève également, du moins partiellement, de la régulation, dans la mesure où ils ont été conçus pour régulariser la situation des travailleuses au noir.

Les postes créés sous cette dénomination répondent à plusieurs logiques, qui sont arrimées à l'objectif plus général de création d'emploi : insertion professionnelle de publics cibles, amélioration des conditions de travail du personnel soignant et optimalisation de l'accueil des patients ou clients.

L'un des enjeux de l'assurance-autonomie nous paraît résider dans le maintien de la capacité des pouvoirs publics bruxellois sur ces différentes dimensions : « *il y a quand même beaucoup plus de jeunes disponibles au moment des pics par rapport à la Wallonie et alors donc il y a quand même une question assez cruciale c'est de justement pouvoir remobiliser une partie de la mains d'œuvre qui existe sur Bruxelles, donc l'enjeu de la qualification c'est une spécificité du mécanisme Bruxellois, donc très différent du mécanisme Flamand et Wallon* ».

Notons néanmoins que cette conception du secteur d'aide aux personnes comme « gisement d'emplois », ou encore « des petits métiers à la portée de tous » a été longuement discutée et critiquée dans la littérature, car allant à l'encontre de nombreuses recherches insistant notamment sur les compétences requises pour effectuer ces métiers, et sur leur nécessaire professionnalisation afin de fournir des services de qualité[121].

[121] voir p.ex. Devetter, F.-X., Jany-Catrice F., & Ribault, T. (2015). *Les services à la personne.* La Découverte.

III. Simulations relatives à la faisabilité d'une *zorgverzekering* bruxelloise

Dans ce chapitre, nous allons nous intéresser, à l'aide de simulations, à la faisabilité d'une *zorgverzekering* bruxelloise. Nous nous basons à cet égard autant que possible sur les données relatives à la *zorgverzekering* flamande, en association avec les données sociodémographiques bruxelloises.

La première section simule les recettes brutes, tandis que la deuxième porte sur les frais de gestion et les recettes nettes et la troisième sur différents mécanismes d'allocation.

1. Volet « recettes »

Pour le volet « recettes », nous nous basons sur le groupe des affiliés à une assurance maladie (obligatoire), plutôt que sur les données relatives à la population. Nous évitons ainsi une estimation trop optimiste des recettes, due à l'intégration, dans la simulation, de personnes qui ne participent pas à la *zorgverzekering* (fonctionnaires européens, expatriés). Les données relatives au nombre de membres affiliés proviennent de l'Agence Intermutualiste[122].

Tant le comité de pilotage que les groupes de discussion manifestent une préférence pour une tarification triple : le tarif plein, un tarif réduit (la moitié) pour les personnes qui bénéficient d'une intervention majorée (VT - statut BIM) et le tarif zéro pour les personnes qui reçoivent un revenu d'intégration du CPAS. Cette tarification triple semble un compromis viable entre, d'une part, le souhait d'une perception aussi progressive que possible et, d'autre part, la limitation (pour des raisons institutionnelles) selon laquelle les recettes ne peuvent pas prendre la forme d'un impôt mais peuvent uniquement être une cotisation sociale (cf. volet juridique). Nous utilisons les mêmes tarifs qu'en Flandre, à savoir 50 € et 25 €.

Nous considérons deux scénarios de perception possibles :

Toutes les personnes âgées de 25 à 64 ans paient la cotisation obligatoire. Ce scénario correspond à 424.629 participants au tarif plein, 115.739 participants au tarif VT et 23.340 participants au tarif zéro.

Toutes les personnes de plus de 24 ans paient une cotisation obligatoire (521.554 au tarif plein, 162.689 au tarif VT et 24.782 au tarif zéro).

Nous tenons compte ici d'un certain nombre de non-payeurs : les données de la *zorgverzekering* flamande[123] montrent en effet qu'environ 3,9 % de l'ensemble des affiliés (qui avaient payé leur cotisation lors d'une des années précédentes) n'ont pas cotisé durant l'année en cours.

---

[122] Agence Intermutualiste. [consulté le 27 juin 2016]. Disponible sur le site http://www.aim-ima.be.
[123] www.vlaamsezorgverzekering.be

Les recettes simulées, compte tenu des différents éléments mentionnés ci-dessus, s'élèvent aux montants suivants[124] :

Toutes les personnes âgées de 25 à 64 ans paient une cotisation : 23,18 millions €

Toutes les personnes de plus de 24 ans paient une cotisation : 28,97 millions €

2. Frais de gestion

Afin de simuler les frais de gestion d'une *zorgverzekering* bruxelloise potentielle, nous nous basons entièrement sur la *zorgverzekering* flamande existante. Les frais de gestion de cette dernière s'élèvent à 8 millions d'euros (source : communication électronique Verté). Nous supposons[125] que la moitié de cette somme se compose de frais fixes et que l'autre moitié dépend linéairement du nombre d'affiliés.

Si nous comparons le nombre d'affiliés à la *zorgverzekering* flamande (source : Agentschap Zorg en Gezondheid[126]) au nombre d'affiliés bruxellois à une mutualité, notre attention est attirée par la grande différence dans la catégorie des moins de 25 ans. Si nous comparons le nombre d'affiliés à la *zorgverzekering* flamande dans cette catégorie d'âge avec le nombre de dossiers en cours, il apparaît que 80 % des affiliés dans cette catégorie d'âge ont un dossier en cours. Nous en concluons que les affiliés rassemblent la catégorie d'âge payante (plus de 26 ans) et les personnes de moins de 26 ans dont un dossier a été approuvé (ou introduit). Nous prenons donc comme nombre de membres de la nouvelle assurance autonomie bruxelloise, d'une part, le groupe de payeurs potentiels (plus de 25 ans), à savoir les affiliés à une mutualité, et, d'autre part, nous estimons le nombre de « membres » de la catégorie 'moins de 25 ans' à un cinquième du nombre d'affiliés à la *zorgverzekering* flamande[127].

	Zorgverzekering flamande		Membres bruxellois d'une mutualité	
Âge	Non-VT	VT	Non-BIM	BIM
00-25	8.180	794	223.828	121.807
26-44	1.424.068	91.036	272.605	78.935
45-64	1.630.158	157.675	175.082	65.069
> 65	946.547	354.560	110.117	51.208

[124] À titre de comparaison : en Flandre, il y a 4.009.173 participants au tarif plein et 603.844 participants au tarif VT, soit 207,15 millions d'euros de recettes (simulées).

[125] Plutôt arbitraire et évidemment ouvert au débat. À mesure que le projet d'assurance autonomie bruxelloise devient plus concret, nous pouvons remplacer cette supposition par des hypothèses davantage fondées.

[126] Agentschap Zorg en Gezondheid. *Lopende dossiers tenlastenemingen* [publication en ligne]. Bruxelles, [consulté le *27 juin 2016*]. Disponible sur *http://www.zorg-en-gezondheid.be/cijfers/*

[127] Nous admettons qu'une estimation plus précise aurait pu être obtenue au moyen, d'une part, d'une comparaison des dossiers en cours auprès de la *zorgverzekering* flamande avec des critères d'attribution mieux définis (car encore inconnus à l'heure actuelle) de l'assurance autonomie bruxelloise et, d'autre part, d'une définition plus concrète du groupe d'affiliés payant leurs cotisations.

Les frais de gestion résultant sont estimés à 4,58 millions euro, ce qui amène les recettes nettes aux montants suivants :

Toutes les personnes âgées de 25 à 64 ans paient une cotisation : 18,61 millions euro.

Toutes les personnes de plus de 24 ans paient une cotisation : 24,39 millions euro.

Indépendamment de toute discussion sur l'exactitude de ces simulations, nous souhaitons souligner que les frais de gestion relativement faibles de la *zorgverzekering* flamande sont principalement dus au fait de l'utilisation en grande partie de l'administration existante des mutualités. La demande de paiement de la cotisation à la *zorgverzekering* flamande n'occupe que quelques lignes de plus sur l'invitation à payer existante de la cotisation ordinaire à la mutualité.

Cette observation suffit à dire qu'il ne faudra pas craindre que les assureurs commerciaux puissent formuler une offre concurrentielle si un appel d'offres ouvert était obligatoire par la loi.

3. Dépenses

Ce volet est, bien entendu, le plus sujet aux spéculations, en ce sens que les possibilités sont beaucoup plus vastes. Les options simulées ici doivent donc être considérées, bien plus encore que dans les sections une et deux, comme un exercice exploratoire qui, en outre, ne tient pas compte de dotations éventuelles.

Si l'harmonisation maximale avec les systèmes existants dans les autres entités fédérées[128] est un objectif, il convient de tenir compte du fait que les cotisations éventuelles à l'assurance seront majorées de moyens généraux. En Flandre, le rapport entre les cotisations individuelles et les moyens généraux est d'environ 1/3 pour 2/3.

En soi, la compatibilité ne doit pas être un point important, mais étant donné le contexte belge, une harmonisation intégrée au maximum avec les entités voisines n'est pas sans importance afin d'éviter le « shopping » en ce qui concerne tant la perception que les dépenses et les services couverts.

Il va de soi que cette étude exploratoire ne peut pas tenir compte de toutes les décisions (pour l'instant encore spéculatives) qui accompagnent toutes les options. Pour chaque scénario d'allocation, nous donnons deux montants : le premier repose sur un complément de 0 € provenant des moyens généraux, le deuxième repose sur un budget total égal au triple des recettes perçues (ce qui correspond au rapport des cotisations individuelles par rapport aux moyens généraux en Flandre). Le deuxième montant est indiqué entre crochets.

Compte tenu des considérations ci-dessus, nous avons calculé quatre scénarios d'allocation possibles :

1) Toutes les personnes de plus de 65 ans (145.317 personnes) reçoivent un petit extra, qu'elles en aient besoin ou pas. Dans ce scénario, nous partons du principe que les personnes de plus de 65 ans

[128] Uniquement la *zorgverzekering* flamande pour l'instant.

ne doivent plus cotiser. L'allocation résultante s'élève, dans ce cas, à 128,04 €/personne [447,12 €/personne] (pour une même unité de temps que les cotisations).

2) Scénario flamand. Sans connaître les détails administratifs de la *zorgverzekering* flamande, nous appliquons les ratios affiliés/dossiers en cours par catégorie d'âge et par statut d'allocation (ordinaire/VT) au groupe de payeurs potentiels en Région de Bruxelles-Capitale[129]. Nous arrivons ainsi à 29.104 personnes qui recevront en moyenne 838,07 € [2.828,81 €]. À titre de comparaison, il y a en Flandre 237.974 dossiers qui reçoivent en moyenne 836,85 € [2.577,78 €][130].

3) Sur la base de l'enquête relative à la santé (Drieskens et al, 2013[131]), nous identifions des malades chroniques dont la maladie constitue un obstacle important. Il s'agit ici de 16.128 personnes en Région de Bruxelles-Capitale. Leur intervention s'élèverait à 1.512,34 €/personne [5.104,76 €/personne].

4) Le dernier scénario concerne toutes les personnes âgées qui indiquent qu'elles ont besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes. Il s'agit dans ce cas de 65.767 personnes, qui recevraient chacune 370,87 € [1.251,84 €].

Nous pensons pouvoir déclarer que ces simulations couvrent les scénarios les plus plausibles en termes de recettes, donnent une bonne estimation des frais de gestion et esquissent un bon tableau des possibilités viables de paiement.

[129] Dans la catégorie des moins de 25 ans, nous estimons le nombre de paiements à un cinquième du nombre de dossiers en cours auprès de la *zorgverzekering* flamande.
[130] Ces montants concernant la Flandre ont également été obtenus sur la base des recettes simulées.
[131] Drieskens, S., Charafeddine, R., Demarest, S., Gisle, L., Tafforeau, J., Van der Heyden, J., 1997 - 2001 - 2004 - 2008 - 2013. Health interview survey. Health interview survey interactive analysis, WIV-ISP, Brussels, Belgium. URL https://hisia.wiv-isp.be/

IV. Conclusion

Cette étude relative à la création d'une « assurance autonomie », qui doit soutenir le choix de continuer à vivre chez soi dans la Région de Bruxelles-Capitale, a été réalisée à la demande de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale et de l'Observatoire de la Santé et du Social.

L'étude a été réalisée par le Brussels Studies Institute, à savoir :

Hervé De Brouwer (USL-B)
Prof. Dr. Dominique Verté (VUB)
Prof. Dr. Daniel Dumont, Dr. Emmanuel Slautsky & Dr. Vanessa De Greef (CDP-ULB)
Dr. Rembert De Blander (BSI)
Prof. Dr. Céline Mahieu & Prof. Dr. Myriam De Spiegelaere (ESP-ULB)
Coordination : Dr. Anneloes Vandenbroucke (BSI)

L'étude a pour but de décrire différents scénarios et modèles potentiels d'organisation et d'administration relatifs à une assurance autonomie en Région de Bruxelles-Capitale, ainsi que leurs implications budgétaires.

Afin de réaliser ces objectifs, le programmatiestudie Brussel[132] et l'étude de l'Observatoire de la Santé et du Social[133] ont notamment été utilisés.
Ensuite, les aspects relatifs à la mise en place possible d'une assurance autonomie bruxelloise abordés dans la littérature ont été étudiés, dans les limites des possibilités offertes par l'étude en termes de temps. La *zorgverzekering* flamande, le projet d'assurance autonomie wallonne, les instruments de mesure utilisés (BelRAI, Katz...) et les modèles étrangers de soins de longue durée, entre autres, ont été consultés comme source d'inspiration afin de répertorier les différents aspects relatifs aux scénarios et aux modèles potentiels d'organisation et d'administration, y compris leurs implications budgétaires.

Trois volets distincts ont ainsi été définis :

- le contexte juridique
- les arguments des stakeholders bruxellois, avec formulation d'arguments pour et contre
- les simulations relatives à la faisabilité financière d'une *zorgverzekering* bruxelloise

Nous exposons, ci-dessous, les principales conclusions de chaque volet.

---

[132] De Donder, L., Verte, E., Teugels, H., Glorieux, M., Bernard, M., Vanmechelen, O., Smetcoren, A.-S. & Verte, D. (2013). Programmatie-studie Brussel: Onderzoek naar het opzetten van de programmatie inzake structuren voor het thuishouden en huisvesten van ouderen [*Recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées*], Zelzate: University Press.
[133] Observatoire de la Santé et du Social de Bruxelles-Capitale (2010). *Baromètre social: Rapport Bruxellois sur l'état de la pauvreté,* Bruxelles: Commission Communautaire Commune.

1. Conclusions de l'analyse juridique

- Sur le plan de la compétence, la COCOM paraît fondée à créer par ordonnance une assurance autonomie obligatoire en région bilingue de Bruxelles-Capitale. Nous recommandons toutefois de faire précéder l'adoption de cette ordonnance par la négociation d'un accord de coopération avec la Communauté flamande (et la COCOF) en vue de régler de commun accord les modalités de l'articulation, à Bruxelles, de l'assurance autonomie bruxelloise et de la zorgverzekering flamande.
- La voie la plus sure pour assurer le financement de l'assurance autonomie qu'envisage la COCOM est celle d'une dotation de la Région de Bruxelles-Capitale. Certes, la mise en place d'un dispositif de cotisations payées par les personnes bénéficiant de l'assurance autonomie peut aussi être envisagée, par analogie au mode de financement de la zorgverzekering flamande. Cette voie est néanmoins plus risquée que celle de la dotation, en l'absence de clarté quant à la nature et au régime juridique des cotisations flamandes, d'une part, et de l'absence de pouvoir fiscal de la COCOM, d'autre part. Le risque lié à la mise en place d'un dispositif de cotisations pourrait être réduit si la COCOM s'inspire du dispositif mis en place en Flandre et déjà validé par la Cour constitutionnelle.
- Pour ce qui concerne la délimitation du champ d'application personnel de l'assurance autonomie, la COCOM doit veiller à éviter toute entrave au regard du droit européen de la libre circulation des personnes. Pratiquement, la piste la plus prudente consiste à s'inspirer du décret flamand portant organisation de l'assurance soins tel qu'il a été modifié à la suite de l'arrêt rendu à son égard par la Cour de justice de l'Union européenne.
- La COCOM devrait motiver son éventuel choix de rendre obligatoire l'affiliation à l'assurance autonomie qu'elle entend mettre en place. Elle devrait aussi motiver son éventuel choix de limiter à certaines catégories d'opérateurs, telles les mutuelles, la possibilité de participer à la gestion de l'assurance autonomie et de réglementer leur activité.
- Au regard des droits fondamentaux, la COCOM doit veiller, quel que soit le design de l'assurance autonomie, au fait que les personnes bénéficiant d'une APA ou devant bénéficier à l'avenir d'une APA continuent à bénéficier d'une protection sociale similaire à celle existant à l'heure actuelle. La COCOM doit également s'assurer du respect des obligations internationales de l'Etat belge, particulièrement la convention de l'Organisation des nations unies relative aux droits des personnes handicapées et la Charte sociale européenne, qui viennent préciser les contours des droits de la personne handicapée.

2. Conclusions sur la base des groupes de discussion et de la littérature

2.1. Quel sont les objectifs de l'assurance autonomie?

Bien que divers stakeholders ne voient pas la valeur ajoutée d'une assurance autonomie bruxelloise ou, tout au moins, de modèles alternatifs de financement de l'autonomie et de l'indépendance, la

plupart d'entre eux soutiennent le développement d'une assurance autonomie bruxelloise qui se fixe pour but :

- d'être simple à utiliser ;
- de garantir l'accessibilité financière de l'aide et des soins non-médicaux ;
- de garantir un vaste champ d'action ;
- de ne pas dépendre de l'âge ;
- d'être accessible aux sans-abris, aux personnes atteintes de problèmes psychiques et aux toxicomanes ;
- de ne pas impliquer que la responsabilité des soins revienne aux aidants proches ;
- de permettre aux personnes de vivre dans la dignité et de bénéficier d'un accompagnement dans la forme de logement de leur choix ;
- de mettre l'accent sur l'autonomie et non sur la dépendance ;
- de trouver un écho après de différentes communautés culturelles à Bruxelles.

2.2. Mode de financement de l'assurance autonomie

En ce qui concerne le financement de l'assurance autonomie, trois modèles sont expliqués.

Un premier concerne le **financement privé**. Dans la littérature, nous trouvons un consensus parmi les économistes, selon lequel les risques liés à la dépendance (et/ou la santé) ne sont pas assurables sur une base purement volontaire, compte tenu du caractère collectif du risque (fluctuations démographiques, par exemple). En outre, dans le cas de la *zorgverzekering* flamande, il apparaît que les assureurs privés se sont retirés, l'un après l'autre, du débat. Selon les stakeholders, l'assurance autonomie bruxelloise doit reposer sur la solidarité, ce qui s'oppose aux objectifs des assureurs privés.

Une deuxième option pour financer l'assurance autonomie est celle des **cotisations individuelles**. Comme le montre le volet juridique, la COCOM n'est pas habilitée à percevoir des impôts, mais elle peut, moyennant une motivation correcte, imposer une contribution à ses citoyens.

Deux points de discussion importants à cet égard sont soulevés. D'une part, le montant des cotisations et d'autre part, la progressivité des cotisations. Beaucoup sont en effet partisans d'une cotisation progressive et dépendante des moyens financiers de chaque Bruxellois. Dans la pratique, cela semble difficile à réaliser à court terme et suppose un support informatique. En ce qui concerne le montant des cotisations, il convient de tenir compte des moyens des Bruxellois. Par conséquent, les cotisations ne peuvent pas être trop élevées, si bien que le budget disponible total, sans moyens supplémentaires, sera insuffisant pour financer une assurance autonomie digne de ce nom.

Néanmoins, la plupart des répondants semblent être en faveur d'un régime de cotisations basé sur le droit à une intervention majorée (BIM/non-BIM), ainsi que c'est le cas pour la *zorgverzekering* flamande et comme annoncé pour l'assurance autonomie wallonne. Chaque Bruxellois verserait donc une cotisation de 50 euros par an à l'assurance autonomie. Les Bruxellois qui ont droit à une intervention majorée (BIM) ne paieraient dans ce cas que 25 euros. Ces deux montants sont également prévus dans la *zorgverzekering* flamande et l'assurance autonomie wallonne.

À Bruxelles, de nombreux citoyens vivent dans des conditions de pauvreté. Pour eux, une cotisation de 25 ou 50 euros pour une assurance autonomie représente un coût important. Une possibilité consiste à créer une troisième catégorie, par exemple pour les bénéficiaires du revenu d'intégration et

les sans-abris, en plus de celle des personnes bénéficiant d'une intervention majorée (BIM) et de celle des personnes ne bénéficiant pas d'une intervention majorée. La cotisation due par les personnes de cette troisième catégorie serait de 0 euro. Toutefois, la question se pose alors de savoir qui prendra en charge ces cotisations.

Un troisième modèle concerne un **financement supplémentaire** de l'assurance autonomie. Comme le montre l'exemple de la *zorgverzekering* flamande, les cotisations individuelles des citoyens ne suffisent pas pour garantir une protection sociale suffisante. Il apparaît ainsi qu'en ce qui concerne la *zorgverzekering* flamande, deux tiers des moyens proviennent des moyens généraux et que, dans ce cadre, le budget de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) n'est pas encore intégré, alors que c'est le cas dans la proposition wallonne relative à l'assurance autonomie. Comme l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) a été transférée aux régions à la suite de la sixième réforme de l'État, une solution doit aussi être trouvée à ce point. Une deuxième possibilité consiste à intégrer le budget d'assistance personnelle des personnes atteintes d'un handicap dans l'assurance autonomie (comme dans la proposition wallonne d'assurance autonomie). Une troisième possibilité est, par exemple, de transférer les moyens des titres-services au financement de l'assurance autonomie.

2.3. Quel panier de services l'assurance autonomie doit-elle fournir ?

Indépendamment du contenu du panier de services que l'assurance autonomie permettra d'offrir, les participants aux focus groups insistent sur la nécessité de veiller à sa qualité et à son accessibilité (financière, physique et sociale). Ils recommandent également d'adopter une approche globale des besoins de la personne qui soit cependant proportionnée (adaptée à chaque personne et à l'évolution de son degré de dépendance). Enfin, ils préconisent de garantir autant que possible le pluralisme des prestataires.

Quant au contenu du panier de services auquel l'assurance autonomie devrait donner accès, les participants des focus groups ont notamment discuté de l'inclusion éventuelle des soins de santé – considérée comme plus cohérente pour l'usager et ses proches mais comme relevant du niveau fédéral de décision, avec lequel des accords devraient dès lors être trouvés.

L'intégration des Maisons de repos et les Maisons de repos et de soins dans le panier de services a également fait l'objet de débats dans les focus groups. Le désir de maintenir une forme de continuité entre milieux de vie (domicile, centres de jours, MR(S)) et la volonté de sauvegarder un principe d'équité entre publics sont les principaux arguments évoqués en faveur de cette intégration. *A contrario*, certains participants invoquent comme priorité le financement des services favorisant le maintien à domicile tout en appelant à des modalités de refinancement des MR et MRS en-dehors de l'assurance autonomie.

Pour aider les usagers à composer avec la complexité institutionnelle et le foisonnement de l'offre de services, une partie des moyens dégagés par le biais de l'assurance-autonomie pourrait être consacrée à la coordination des services et à l'orientation des usagers (p. ex. via l'élaboration d'un plan d'aide). Les participants aux focus groups sont favorables à ce type de dispositif mais s'inquiètent de son coût et manque d'indépendance qui risquerait de résulter d'une trop grande proximité institutionnelle entre acteurs de l'orientation/coordination et prestataires de services d'accompagnement.

Le panier de soins intégré dans l'assurance-autonomie doit-il inclure les prestations fournies par les aidants-proches ? Le soutien à l'aidant proche – qu'il prenne la forme d'un revenu ou d'un service de type « zone de repos » – est globalement considéré comme essentiel mais soulève des questions (notamment juridiques et éthiques) relatives à la cible à privilégier dans le cadre de l'assurance-autonomie (personne dépendante ou aidant), mais aussi un éventuel problème d'équité entre bénéficiaires si ces aidants étaient financés directement.

Enfin, certains participants souhaitent mobiliser l'opportunité que représente l'assurance-autonomie pour favoriser l'innovation et combler les carences éventuelles en matière de financement de l'accompagnement à domicile (prise en charge des coûts de transports, télé-coaching, prévention, équipement et aménagement de l'habitation, gardes de nuit à domicile, repos des aidants). D'autres préconisent une logique davantage centrée sur l'« offre » existante dont il s'agirait plutôt de renforcer l'accessibilité financière, sociale et physique au travers de l'assurance-autonomie.

2.4. Critère d'éligibilité / admissibilité

Cette partie traite des critères et des instruments de mesure nécessaires pour sélectionner les citoyens en fonction de leurs droits à un accompagnement dans le cadre de l'assurance autonomie. Par conséquent, une constatation du besoin de soins et d'accompagnement est toujours nécessaire en vue de l'octroi de droits à l'assurance autonomie.

L'instrument d'évaluation au profit de l'assurance autonomie doit de préférence être modularisé de manière à permettre une évaluation objective pour le citoyen (client), afin que celui-ci puisse faire usage de ses droits, mais aussi de manière à fournir aux case managers des informations utilisables en vue de l'établissement d'un plan de traitement centré sur le client, à permettre l'agrégation des données au niveau de l'organisation pour les organisations de soin (action de monitoring) et à générer des informations statiques agrégées au niveau de la Région de Bruxelles-Capitale, en fonction du suivi et de l'ajustement de la politique.

Avoir accès à l'accompagnement dans le cadre de l'assurance autonomie suppose que la perte d'autonomie puisse être définie clairement. La perte d'autonomie doit donc de préférence être approchée sous un angle plus large. Ainsi, il est important de développer et d'utiliser un instrument global d'évaluation, qui mesure les aspects médico-cliniques, sociaux et psychiques. En outre, l'instrument (tout au moins le tronc) doit être utilisable dans divers contextes de soins et d'accompagnement (à domicile, maison de repos et de soins, hôpital, soins palliatifs, centre de rééducation fonctionnelle, etc.).

Les stakeholders des groupes de discussion ont souligné que l'autonomie et la perte d'autonomie concernent non seulement des éléments physiques du fonctionnement, mais aussi des aspects psychiques, sociaux et contextuels. Ainsi, selon différents stakeholders, l'*empowerment* et l'inclusion sociale doivent aussi être pris en considération.

2.4.1. BelRAI

Le BelRAI est la version belge d'une échelle validée au niveau international, utilisée dans de nombreux pays et dont des versions abrégées ont été développées. Le BelRAI Screener est une version abrégée et est actuellement testé en Flandre. Lors de la Conférence interministérielle du 30 mars 2015, il a été décidé par consensus de continuer d'étudier les actions et les conditions préalables nécessaires pour permettre l'application du BelRAI.

Les stakeholders ont formulé différentes suggestions concernant l'introduction d'un instrument d'évaluation :

- une progressivité doit pouvoir être introduite dans le degré de la perte d'autonomie ;
- l'instrument sera implémenté de manière progressive ;
- des tableaux de conversion entre les instruments d'évaluation existants et le nouvel instrument devront être établis ;
- il faut choisir un instrument unique qui peut être utilisé dans tous les secteurs des soins et de l'aide ;
- il doit suivre le client ;
- il faut tester sa facilité d'utilisation, sa flexibilité, sa validité et son exhaustivité (pas uniquement sur le plan médical) ;
- des paramètres sondant l'inclusion sociale, les aspects psychologiques et les aspects émotionnels doivent être inclus ;
- il ne doit pas être trop détaillé ;
- il doit pouvoir être utilisé afin de mesurer la perte temporaire d'autonomie ;
- les personnes autorisées à compléter l'échelle doivent être sélectionnées et une formation de qualité doit être prévue ;
- les personnes ou services qui procèdent à l'évaluation doivent être contrôlés.

2.4.2. Lieu de domicile

Concernant le lieu de domicile des ayant-droit à l'assurance autonomie, les avis sont partagés. Ainsi, de très nombreux répondants indiquent que, comme c'est le cas pour la *zorgverzekering* flamande, les citoyens qui résident dans une maison de repos et de soins (MR/MRS) doivent pouvoir bénéficier d'un accompagnement dans le cadre de l'assurance autonomie.

Selon d'autres, l'assurance autonomie doit avoir pour but de lutter contre la perte d'autonomie, afin que l'hospitalisation et l'admission dans une maison de repos et de soins puissent être reportées ou évitées.

2.4.3. Limite d'âge

Tous les stakeholders s'accordent à dire qu'il ne peut y avoir de limite d'âge pour l'assurance autonomie.

2.4.4. Les désaffiliés

L'assurance autonomie devrait être accessible à tous les Bruxellois, y compris aux Bruxellois qui vivent dans la pauvreté, sans-abri, etc.

En outre, il existe un système selon lequel un délai de carence est imposé aux Bruxellois qui souscrivent la *zorgverzekering* flamande. Une amende est par ailleurs infligée aux personnes qui ne paient pas leurs cotisations. La question se pose donc de savoir comment réagir face aux non-payeurs (structurels ou occasionnels) et aux personnes qui ont besoin d'une intervention pendant leur délai de carence. Il faudrait pouvoir vérifier dans quelle mesure un système de traitement des personnes qui ne paient pas/qui sont dans leur délai de carence est financièrement intéressant et/ou s'il est judicieux d'imposer une amende aux personnes qui ne paient pas.

2.4.5. Corrections sociales/ degré d'éligibilité

La majorité des stakeholders se prononce en faveur d'un universalisme progressif dans l'octroi de l'aide, sur la base du besoin de soins, d'une part, et des moyens financiers, d'autre part. Le PGB (persoonsgebonden budget) aux Pays-Bas se situe à mi-chemin entre un système sélectif ou universel, dans la mesure où il n'y a pas de seuil de revenus, mais le bénéficiaire doit s'acquitter d'un ticket modérateur, modulé en fonction de son revenu imposable[134]. La Vlaamse zorgverzekering d'autre part, distribue un montant forfaitaire de 130 euros par mois à partir d'un certain degré de dépendance sans égard pour le revenu des personnes.

2.5. Regulation du secteur

On distingue habituellement quatre grands types de régulation pour les services de proximité, et notamment l'aide aux personnes âgées : la régulation tutélaire, la régulation quasi-marchande, la régulation conventionnée. Le tableau ci-dessous reprend les principales caractéristiques, avantages et inconvénients de chacun des modèles tels qu'ils ont été évoqués dans les focus groups et dans la littérature consultée.

	AVANTAGES PERÇUS	INCONVENIENTS PERÇUS
REGULATION TUTELAIRE • Financement et encadrement des services par les pouvoirs publics • Services fournis par les pouvoirs publics ou le secteur associatif • Subvention des prestataires sur base de critères de qualité prédéfinis -> Assurance autonomie wallonne	• Garanties quant au statut des travailleurs (formation, encadrement, etc.) • Garanties quant à la qualité des soins • Economies d'échelle et contrôle de l'inflation des prix • Limitation des conflits intrafamiliaux (cf. section aidant-proche)	• Risque de bureaucratisation • Risque de favoriser de grosses organisations au détriment d'associations plus proches du terrain et répondant mieux à la diversité des préférences des usagers (cf. contexte multiculturel bruxellois)

[134] Waterplas, L. & Samoy, E. (2005). L'allocation personnalisée: le cas de la Suède, du Royaume-Uni, des Pays-Bas et de la Belgique. *Revue française des affaires sociales*, (2), p.90.

REGULATION QUASI-MARCHANDE • Subvention directe des consommateurs • Séparation entre bénéficiaire du financement et producteur des services -> Assurance autonomie flamande	• Garantie du choix de l'usager • Possibilité de rémunérer l'aidant-proche	• Difficultés pour certains usagers à assumer la fonction d'employeur • Difficulté à faire jouer la concurrence (absence de réelle diversité de prestataires et/ou impossibilité pour des questions affectives ou d'habitude. • Risque de commercialisation des services des soins à domicile et de privatisation du secteur • Risques pour le statut des travailleurs (manque de garantie quant à leurs qualifications professionnelles, développement du travail au noir)
REGULATION CONVENTIONNEE • Sélection de divers services par les pouvoirs publics • Droit de tirage entre ces services proposé aux usagers -> Possibilité d'une collaboration « back-office entre systèmes flamands, wallons et bruxellois	• Garanties quant au statut des travailleurs (formation, encadrement, etc.) • Garanties quant à la qualité des soins • Co-construction entre pouvoirs publics et services (-> prise en compte les spécificités et les enjeux du secteur des soins de long terme)	

2.6. Quels acteurs ?

Selon les interlocuteurs, le système d'acteurs de l'assurance autonomie doit à la fois assurer la transparence, garantir la stabilité et la cohérence, et réduire la complexité du système pour en améliorer l'accessibilité et pour limiter les frais de gestion. En outre, ce système d'acteurs devrait remplir les fonctions synthétisées dans le tableau ci-dessous.

FONCTIONS A REMPLIR	ACTEURS ENVISAGES
Récolter les cotisations et payer les prestations	Mutualités (Avantages : expérience, réduction de la complexité ; Inconvénient : obstacles actuels à pratiquer la progressivité des cotisations) Autres acteurs envisagés : entité mutualiste différente des opérateurs fédéraux, caisse résiduaire, services d'aide familiale, guichets communaux, administration.
Contrôler les dépenses et réguler les tarifs	Organe paritaire tel que l'OIP (avec élargissement de la représentation des patients)
Contrôler la qualité et agréer les prestataires de services	*Non débattu*
Mesurer le degré de dépendance	Un évaluateur externe (Inconvénient : coût élevé) Les services sociaux de la mutuelle (comme cela existe en Flandre) Des associations Les prestataires de soins en équipe -> Risques de conflits d'intérêt
Coordonner l'accompagnement de la personne	Case-management généraliste et spécialisé (sous réserve de disponibilités des moyens nécessaires)

2.7. Articulation bruxelloise, avec la Flandre et la Wallonie

De nombreux stakeholders sont particulièrement préoccupés par le développement de diverses assurances autonomie en Flandre, à Bruxelles et en Wallonie. Ils craignent que si aucune synergie n'est trouvée entre les régions, la situation devienne difficilement gérable pour les Bruxellois. Certains stakeholders déplorent en outre qu'aucune réglementation ne soit possible au niveau fédéral.

L'espoir est donc exprimé que des accords bilatéraux puissent être conclus en ce qui concerne l'assurance autonomie, qui rendent celle-ci claire, facilement utilisable et autant que possible uniforme pour les Bruxellois. Cela implique qu'une concertation entre les régions doit être planifiée rapidement, afin de pouvoir intégrer des ponts potentiels dès la phase de conception.

Un premier aspect concerne les gestionnaires de l'assurance autonomie à Bruxelles. Comme c'est le cas en Flandre, il apparaît que les stakeholders, lors des groupes de discussion, préfèrent confier les aspects relatifs à la gestion à des caisses d'assurance-soins. Le débat mené actuellement à la Région wallonne au sujet de l'assurance autonomie wallonne apparaît aller aussi dans la même direction. Si les caisses d'assurance-soins étaient également choisies à Bruxelles, il semblerait opportun d'étudier dans quelle mesure des accords pourraient être pris entre les différentes régions à cet égard.

Nous nous sommes déjà arrêtés de manière approfondie ci-dessus sur l'importance d'instruments de mesure uniformes tels que le BelRAI Screener et le BelRAI. La comparaison, au niveau de la région, de données agrégées provenant d'une évaluation uniforme permettrait, non seulement, de prendre des accords en matière de financement entre la Région de Bruxelles-Capitale et les autres régions en ce qui concerne les cotisations et les droits des Bruxellois, mais aussi de déterminer les droits pour les personnes qui déménagent d'une région à une autre. Par ailleurs, une évaluation uniforme simplifie l'élaboration d'une réglementation, à Bruxelles, qui garantit les droits dans le cadre de l'assurance autonomie ou de la *zorgverzekering*.

L'agrégation des données uniformes au niveau des caisses d'assurance-soins permet, en outre, de prévoir un financement de gestion davantage propre à la caisse, après une période de dotation forfaitaire pour les frais de gestion. Cet aspect pourrait donc être intégré dans le contrôle qualité et le suivi du budget. En outre, il convient de signaler que les caisses d'assurance-soins auront probablement des frais de gestion qui dépasseront les limites de la région. Ce dernier point implique que des accords à ce sujet devront être pris entre les régions et les caisses d'assurance-soins.

Un autre aspect relatif à l'articulation entre l'assurance autonomie bruxelloise et l'assurance autonomie wallonne, d'une part, et la *zorgverzekering* flamande et, en cas d'extension, la *sociale bescherming* flamande, d'autre part, est celui de la surveillance des systèmes en place. Dans la *sociale bescherming* flamande, il est question d'une agence autonomisée interne au sein de l'administration WVG, qui, d'une part, dirigera la *sociale bescherming* flamande, y compris la *zorgverzekering* flamande, et, d'autre part, prévoira le contrôle des caisses d'assurance soins ainsi que l'interaction avec celles-ci.

Si Bruxelles choisit de confier des fonctions similaires à une agence autonomisée interne ou externe (OIP, par exemple) et si la Région wallonne organise une structure un tant soit peu similaire, il sera probablement opportun et nécessaire que les régions prennent des accords entre elles en la matière.

L'opérationnalisation et l'ordre de grandeur des cotisations des assurances autonomie bruxelloise et wallonne ainsi que de la *zorgverzekering* flamande méritent également une attention particulière.

Le choix concernant le montant des cotisations fait par la Région de Bruxelles-Capitale aura non seulement des répercussions sur le champ d'action de l'assurance autonomie, mais dépendra aussi de divers accords ou conventions qui devront être conclus entre les régions. Opte-t-on, à Bruxelles, pour plusieurs possibilités de choix pour les Bruxellois ? Les Bruxellois pourront-ils choisir librement à quelle *zorgverzekering* ou assurance autonomie ils s'affilient et, par conséquent, cotisent ? Ou sera-t-il possible de payer pour plusieurs systèmes d'assurance sur le même territoire ?

D'autres stakeholders pensent que les cotisations à la *zorgverzekering* flamande payées par les Bruxellois doivent de préférence être intégrées dans l'assurance autonomie bruxelloise.

Des accords doivent également être pris entre les régions en ce qui concerne les droits possibles des Bruxellois. Les Bruxellois doivent-ils choisir entre l'assurance autonomie bruxelloise ou wallonne ou la *zorgverzekering* flamande ou un système attribué de manière territoriale est-il privilégié ?

En outre, une concertation entre les régions, au sujet du panier de services auquel il est possible de faire appel via l'assurance autonomie, semble nécessaire. Ainsi, il apparaît que des prix différents sont appliqués pour le même type de services à Bruxelles, en fonction du prestataire, et qu'il existe actuellement une offre uni-communautaire et une offre bi-communautaire. De plus, il existe actuellement des restrictions pour les personnes qui demandent de l'aide auprès d'une des institutions de soins uni-communautaires. Il sera également nécessaire de clarifier la possibilité d'obtenir de l'aide via l'assurance autonomie à Bruxelles (uni-communautaire ou bi-communautaire), en Wallonie ou en Flandre.

Certains stakeholders plaident pour un accès égal de tous les Bruxellois à l'ensemble de l'offre agréée, mais pour régler l'impact différencié pour les régions via un système de répartition convenu.

Enfin, des accords devront également être pris entre les régions en ce qui concerne la possibilité d'exporter des droits. Ainsi, si les trois régions possèdent une assurance autonomie distincte, il convient de réfléchir aux droits qu'a un Belge lorsqu'il déménage d'une région à une autre.

D'autres stakeholders proposent d'octroyer aux habitants qui ont cotisé à l'une ou l'autre assurance autonomie dans une région les droits en vigueur dans la région où ils vivent.

2.8. Points de discussions

2.8.1. Discussion parallèle : Un nouveau modèle de soin ?

De nombreux stakeholders pensent que le développement d'une assurance autonomie à Bruxelles ne peut pas être considéré indépendamment d'une réorganisation plus globale d'un modèle de soins bruxellois. En outre, il est souligné qu'une perte d'autonomie répertoriée doit s'accompagner d'un encadrement et d'une guidance vers une offre adéquate d'aide et d'accompagnement. Ils plaident pour un modèle de soins et d'accompagnement développé au niveau du quartier, où l'aide et les soins médicaux sont associés à la possibilité d'aide et d'accompagnement sociaux, administratifs ou psychologiques.

2.8.2. Politiques d'emploi

Enfin, la création d'une assurance-autonomie en Région bruxelloise doit prendre en compte le rôle de levier pour les politiques de l'emploi menées en Région bruxelloise que représentent les activités liées à l'accompagnement des personnes dépendantes. Dans une Région bruxelloise caractérisée par un taux de chômage considérable et une proportion non négligeable de groupes à risque sur le marché de l'emploi en raison de leur faible qualification ou des discriminations dont sont victimes les personnes d'origine étrangère, les modes de gouvernances de la réforme envisagée doit selon nous garantir aux pouvoirs publics la possibilité de continuer à mobiliser efficacement le secteur comme un instrument de mise à l'emploi pour des publics fragilisés. L'assurance-autonomie est susceptible d'introduire des nouvelles formes de régulation du secteur (assurance-qualité, mise en concurrence plus forte des opérateurs, etc.) dont il serait nécessaire d'évaluer l'impact sur les capacités d'action de la Région bruxelloise en matière d'emploi et de formation des travailleurs.

3. Conclusions des simulations relatives à la faisabilité d'une assurance autonomie bruxelloise

En ce qui concerne les revenus, une tarification triple a été utilisée : le tarif standard, un tarif réduit (50 %) pour les personnes qui bénéficient d'une intervention majorée (statut OMNIO / statut BIM) et un tarif zéro pour les bénéficiaires d'un revenu d'intégration.

Cette tarification triple est un compromis réaliste entre, d'une part, une perception progressive des recettes, nécessaire d'un point de vue social, et, d'autre part, les limitations institutionnelles en vigueur.

Deux scénarios de perception possibles ont été simulés, dans lesquels un certain nombre de non-payeurs a été pris en considération. Dans le premier, toutes les personnes âgées de 25 à 64 ans paient une cotisation. Dans le deuxième, toutes les personnes de plus de 24 ans paient une cotisation.

Les frais de gestion ont été simulés sur la base de la *zorgverzekering* flamande. Les recettes nettes qui en résultent se situent entre 18,6 millions d'euros et 24,4 millions d'euros.

Quatre scénarios d'allocation potentiels ont été envisagés. Dans le premier, toutes les personnes de plus de 65 ans reçoivent un montant de 128 € par personne. Une deuxième simulation applique à la population bruxelloise les ratios flamands du nombre d'affiliés par rapport au nombre de dossiers d'allocation (par catégorie d'âge et par statut d'allocation). Il en résulte une prime moyenne de 838 € par dossier. Une troisième simulation repose sur le nombre de malades chroniques dont la maladie constitue un obstacle important. L'intervention s'élèverait à 1.512 € par personne. Une dernière simulation donne une intervention de 370 € pour toutes les personnes âgées qui font savoir qu'elles ont besoin d'aide dans leurs activités quotidiennes.

Nous tenons à souligner ici que dans la *zorgverzekering* flamande, seul un tiers du budget provient des cotisations et que deux tiers proviennent des moyens généraux. Afin d'éviter le « shopping », une harmonisation optimale avec les régions voisines semble recommandée.

Annexe à la partie juridique

L'annexe concerne la question de la conception de l'assurance autonomie pour qu'elle soit la plus complémentaire possible avec les allocations aux personnes handicapées qui existent déjà dans le cadre de la sécurité sociale.

Les questions suivantes sont abordées : comment articuler l'assurance autonomie et l'APA ? Faut-il prévoir une limite d'âge à l'assurance autonomie ? Quelles sont les caractéristiques d'une assurance sociale ? Est-il juridiquement problématique de mettre l'accent sur les soins à domicile ?

Cette partie-ci concerne les questions de protection sociale (et du droit de la sécurité sociale) et intègrent des éléments multidisciplinaires. Pour cette raison, cette partie a été placée en annexe de la partie strictement juridique[135].

A bien des égards et surtout quand elle est conçue indépendamment de l'âge, la dépendance se rapproche du handicap[136]. Après avoir fait un bref rappel du système des allocations pour personnes handicapées (1), nous expliquerons quelques lacunes constatées dans le système des allocations pour personnes handicapées (2) et proposerons ensuite quelques pistes permettant de construire l'assurance autonomie de la façon la plus complémentaire possible avec le système existant des allocations pour personnes handicapées (3).

1. Présentation synthétique du système des allocations pour personnes handicapées

Il existe trois types d'allocations pour personnes handicapées : l'allocation de remplacement de revenus (ARR), l'allocation d'intégration (AI) et l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA).

Avant le transfert effectif de l'APA vers les communautés, le siège de la matière pour les trois allocations est la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées[137] et l'administration compétente, la Direction générale « Personnes handicapées » du SPF Sécurité sociale.

Les trois allocations doivent être distinguées : l'allocation de remplacement de revenus (ARR) est accordée à la personne handicapée qui est âgée d'au moins 21 ans et qui, au moment de l'introduction de la demande, est âgée de moins de 65 ans. Elle vise à assurer un revenu minimum à la personne dont « l'état physique ou psychique a réduit sa capacité de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail »[138]. Cela signifie qu'il faut démontrer une incapacité de travail dite « de 66% » pour bénéficier de cette allocation. Il s'agit d'analyser l'impact économique du handicap, à travers la notion de « capacité de gain ». En règle générale, les personnes qui introduisent une demande d'allocation de remplacement

---

[135] Pour toute question relative à l'annexe, vous pouvez contacter Vanessa De Greef : vdegreef@ulb.ac.be.
[136] P. MARTIN, « La dépendance, émergence et construction juridique d'un risque social en Europe », Rapport final, juillet 2011, p. 17.
[137] *Moniteur belge*, 1er avril 1987.
[138] Article 2, §1er de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées. Voir également l'arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, *Moniteur belge*, 8 juillet 1987.

de revenus sont des personnes qui n'ont jamais eu assez de capacité de gain pour pouvoir travailler et avoir accès à l'assurance soins de santé et indemnités[139].

L'allocation d'intégration (AI) couvre la perte d'autonomie, évaluée à l'aide d'un guide et d'une échelle à points[140]. Elle est cumulable avec l'allocation de remplacement de revenus et vise à compenser le manque d'autonomie et les frais découlant du handicap[141]. Pour démontrer sa perte d'autonomie, il faut accumuler plusieurs points qui permettent d'évaluer le degré d'autonomie. Ces points traduisent les difficultés que rencontrent la personne dans son quotidien, son besoin de recourir à des moyens auxiliaires spéciaux ou à l'aide d'un tiers. On évaluera les difficultés de la personnes en observant si elle peut se déplacer, absorber ou préparer sa nourriture, assurer son hygiène personnelle et s'habiller, entretenir son habitat et accomplir des tâches ménagères, vivre sans surveillance, être conscient des dangers et être en mesure d'éviter les dangers et enfin, communiquer et avoir des contacts sociaux[142].

Enfin, l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) est accordée à la personne handicapée âgée d'au moins 65 ans qui démontre également une perte d'autonomie importante, sur la base des mêmes critères que l'allocation d'intégration[143]. Celle-ci n'est pas cumulable avec l'AI. Tout comme cette dernière, il s'agit d'une allocation complémentaire à un revenu principal[144].

Ces trois allocations s'inscrivent dans le *système assistanciel.* Elles sont dites « résiduaires », ce qui signifie concrètement qu'il faut avoir fait valoir ses droits aux autres prestations sociales (ex. à la pension, au chômage) avant d'introduire une demande visant à obtenir le bénéfice de ces allocations[145]. Il faut également démontrer ne pas disposer de ressources suffisantes[146]. La procédure d'introduction de la demande est fixée dans l'arrêté royal du 22 mai 2003 relatif à la procédure concernant le traitement des dossiers en matière des allocations aux personnes handicapées[147]. La loi du 27 février 1987 prévoit des cas d'examen d'office, permettant de simplifier la vie du citoyen avec l'administration[148]. A titre d'exemple, la demande d'allocation de remplacement de revenus vaut demande d'allocation d'intégration et inversement[149]. L'article 8, §1er, alinéa 4, de la loi du 27 février

---

[139] Parfois, il arrive que la personne se voit refuser l'assurance chômage et l'assurance soins de santé et indemnités alors qu'elle a un peu travaillé. Au sujet de ces situations d'insécurité juridique, voyez V. De Greef, *Droit au travail et troubles mentaux. Une analyse critique des exclusions et des inclusions par le droit en assurance chômage et en aide sociale*, la Charte, coll. « Association belge pour le droit du travail et de la sécurité sociale », 2016 (à paraître).

[140] Arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration, *Moniteur belge*, 6 août 1987.

[141] J.-F. Neven, « Quelques observations sur les régimes d'aide aux personnes handicapées en Belgique », *Les politiques de protection des personnes handicapées en Europe et dans le monde*, sous la dir.de A. BOUJEKA, ouvrage issu de la journée d'études Atharep, Bruxelles, Bruylant, coll. Droit et société, 2009, p. 162.

[142] Article N de l'arrêté ministériel du 30 juillet 1987 fixant les catégories et le guide pour l'évaluation du degré d'autonomie en vue de l'examen du droit à l'allocation d'intégration.

[143] Articles 3 et 3*bis* de l'arrêté royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, *Moniteur belge*, 5 avril 1990.

[144] J.-F. Funck, « Le statut social du senior », *Le droit des seniors. Aspects civils, sociaux et fiscaux*, sous la dir. de F. Georges, Louvain-La-Neuve, Anthemis, 2010, p. 24.

[145] Article 7, §2 de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

[146] Article 7, §1er de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

[147] *Moniteur belge*, 27 juin 2003.

[148] Article 8, §1er de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées. Voir à ce sujet *Doc. parl.*, Chambre, *Projet de loi-programme(I)*, 14 novembre 2002,n° 2124/001 et 50 - 2125/001, p. 95.

[149] Article 8, §1er de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

1987 prévoit également que la demande d'allocation d'intégration ou d'allocation de remplacement de revenus introduite par une personne qui a atteint l'âge de 65 ans au moment de l'introduction de la demande est d'office ou automatiquement considérée comme une demande d'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA)[150].

2. Evolutions récentes et lacunes constatées par le passé

A l'heure actuelle, le SPF Sécurité sociale reçoit plus de demandes que par le passé. En 2014, 201.985 personnes ont introduit une demande d'allocations auprès du SPF, ce qui représentait un record absolu (39% de demandes supplémentaires comparativement à 2010 pour bénéficier de l'allocation d'intégration (AI) et de l'allocation de remplacement de revenus (ARR))[151]. Les demandes d'APA étaient au nombre de 81.030 (1% de plus qu'en 2013 et 7% de plus qu'en 2010)[152]. En 2014, il y avait 154.482 bénéficiaires de l'APA et 170.687 bénéficiaires de l'ARR ou/et de l'AI[153].

Sans recherche d'exhaustivité, nous avons distingué quatre grandes difficultés rencontrées par les allocataires sociaux par rapport au système d'allocations pour personnes handicapées.

Une première difficulté est liée au caractère assistanciel des allocations. Les allocations pour personnes handicapées ne sont accessibles qu'aux bas revenus. En effet, les allocations ne peuvent être accordées que si le montant du revenu de la personne handicapée et le montant du revenu de la personne avec laquelle elle forme un ménage ne dépassent pas le montant des allocations[154]. Si certains revenus sont immunisés, la plupart des revenus de la personne dépendante sont pris en compte ainsi que le montant du revenu de la personne avec laquelle elle forme un ménage. L'existence d'un ménage est, en outre, présumée lorsque deux personnes au moins qui ne sont pas parentes ou alliées au premier, deuxième ou troisième degré, ont leur résidence principale à la même adresse[155]. Autrement dit, il est possible que la personne « valide » du ménage doive porter à elle seule, sans intervention de l'Etat, l' « invalidité » de son compagnon ou de sa compagne[156].

Une deuxième difficulté tient à la situation de pauvreté des personnes handicapées comparativement aux personnes qui n'ont pas de handicap. Une étude de 2012 commanditée par le SPP Politique

---

[150] Voir à ce sujet Cour const., 6 mars 2014, n°39/2014.
[151] Rapport annuel 2014 de la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale.
[152] Ibid.
[153] Rapport annuel de 2014 du SPF Sécurité sociale, p. 50.
[154] Article 7, § 1er de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées. Voir également le chapitre V de l'arrêté royal du 5 mars 1990 relatif à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, *Moniteur belge*, 5 avril 1990 ainsi que les articles 8 à 9*ter* de l'arrêté royal du 6 juillet 1987 relatif à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration.
[155] Article 7, § 3 la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.
[156] Par contre, le système est moins strict que le droit à l'intégration sociale, notamment en ce qu'il ne n'impose jamais de se retourner d'abord contre ses débiteurs alimentaires. Voir à ce sujet J.-F. NEVEN, « Quelques observations sur les régimes d'aide aux personnes handicapées en Belgique », *op. cit.*, p. 164.

scientifique et le SPF Sécurité sociale et intitulée « Handilab » a analysé les caractéristiques des ménages comportant des personnes bénéficiant d'une AI ou d'une ARR[157]. B. Vermeulen et K. Hermans, qui relèvent tous deux du centre LUCAS de la KULeuven et qui ont participé à cette recherche, expliquent ainsi que la médiane des revenus des ménages standardisés comprenant ces allocataires s'élève, pour le mois de décembre 2010, à 1047 euros et insistent sur les conditions de vie précaires des ménages qui comprennent des bénéficiaires de l'AI ou de l'ARR. Ils concluent sur le fait que le coût du handicap n'est pas intégralement couvert par les allocations AI et ARR et que le risque de pauvreté des bénéficiaires de ces allocations est beaucoup plus élevé que pour la population générale. La recherche menée a également permis d'identifier les publics particulièrement précarisés : ce sont majoritairement des femmes (55, 7% en 2010) et souvent célibataires (45,7 %, seuls 32% sont mariés ou cohabitants légaux). En outre, les ménages avec plusieurs personnes handicapées rencontrent encore plus de difficultés que les ménages avec une seule personne handicapée. L'étude révèle également qu'en décembre 2010, 64 % des allocataires sociaux recevaient une aide de l'entourage immédiat pour faire face aux difficultés rencontrées à cause du handicap. De manière générale, les personnes en situation de dépendance participent peu à la vie sociale. Si nous n'avons pas connaissance d'une étude similaire concernant l'APA, d'aucuns soulignent cependant que l'augmentation constante du nombre de ses bénéficiaires est indissociable du vieillissement de la population et de l'insuffisance des pensions de retraite[158].

Une troisième difficulté a trait au système d'évaluation de la perte d'autonomie (pour l'AI et l'APA)[159]. Ce système ne serait pas assez interdisciplinaire et engendrerait des approximations, voire parfois des erreurs. C'est ainsi que les pertes d'autonomie mentales ou psychiques ne sont pas toujours bien mesurées à l'aide des échelles existantes et ne tiennent pas assez compte de l'importance de l'environnement autour de la personne. Parfois, ce manque d'autonomie est aggravé par l'isolement et l'absence d'un environnement social stimulant[160].

---

[157] Voir au sujet des résultats de l'étude, l'article écrit par B. VERMEULEN et K. HERMANS, « Au carrefour du handicap et de la pauvreté : efficacité des allocations pour personnes handicapées », *Revue belge de sécurité sociale*, 2013, pp. 27-55.

[158] J.-F. NEVEN, « Quelques observations sur les régimes d'aide aux personnes handicapées en Belgique », *op. cit.*, p. 166.

[159] Pour une analyse de différents outils permettant d'évaluer la perte d'autonomie, voir la thèse F. FALEZ, défendue à l'ULB en 2006 et intitulée « Contribution à la validation d'instruments de mesure de la dépendance des personnes âgées » ainsi que F. REUSENS, « Rapport de session - Vieillir en bonne santé face à une dépendance croissante », *Regards croisés sur l'adulte âgé. Réflexions autour de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les génération (2012)*, sous la dir. de V. FLOHIMONT et F. REUSENS, Bruxelles, la Charte, 2013, p. 223.

[160] Ce point de vue est mis en exergue par les défendeurs d'une approche sociale du handicap, approche qu'on retrouve dans la Convention relative aux droits des personnes handicapées de l'Organisation des Nations Unies (adoptée par l'assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006 et entrée en vigueur dès le 3 mai 2008 et en Belgique, le 1er août 2009) et dans la jurisprudence de la Cour de Justice de l'Union européenne. Voir à ce sujet J. DAMAMME, « La socialisation de la notion de handicap en droit de la non-discrimination », *Journal européen des droits de l'homme*, 2013, n° 5, pp. 836-859 ; G. DE BECO, « Het recht op arbeid voor personen met een handicap volgens artikel 27 van het VN-Verdrag inzake de rechten van personen met een handicap met een toepassing in Vlaanderen », *R.B.S.S.*, 2014, n° 4, pp. 1-23 ; D. CUYPERS et S. VAN DAMME, « Het VN-Verdrag inzake de Rechten van Personen met een Handicap. Bron van inspiratie voor het Unierecht en het Belgisch sociaal recht ? », *Tijdschrift voor Sociaal Recht*, 2014, n° 1, pp. 53-87.

A cet égard, les centres de soins de jour et les centres d'accueil ou d'activité de jour semblent décisifs pour que la personne participe à la vie sociale et regagne - une partie du moins de - son autonomie. Dans ce contexte, les maisons de repos peuvent répondre tant à un besoin social qu'à un manque d'autonomie[161]. Une alternative intéressante consiste en la formule d'habitats groupés pour des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale, couplés parfois à un problème d'autonomie. A l'heure actuelle, ces habitats groupés demeurent cependant très limités et ne suffisent pas pour répondre à la demande. En outre, la personne peut voir ses revenus diminués (notamment la Grapa et l'Apa) si elle décide d'y résider[162].

Une quatrième difficulté tient en l'absence d'une politique globale et dite « intégrée » du handicap qui concerne tant le logement, la mobilité et l'aménagement des espaces publics que les soins (hospitaliers ou à domicile) et qui sous-tendrait le système d'allocations pour personnes handicapées[163]. A cet égard, le morcellement des compétences en la matière nécessite idéalement de prévoir des instruments ou des lieux de coopération entre autorités compétentes. Certains préconisent également de recourir au « *case management* », notion protéiforme qui désigne notamment des techniques de gestion de processus collaboratifs et qui vise à la collaboration et la coordination entre services[164].

Comment l'assurance autonomie pourrait-elle mettre fin à certaines des difficultés rencontrées ? Comment pourrait-elle être la plus complémentaire possible avec les allocations aux personnes handicapées que nous venons de présenter et en particulier avec l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) ?

3. Pistes pour la construction du modèle de la COCOM

Quelles conditions d'octroi prévoir pour bénéficier d'une allocation d'autonomie de la COCOM et quelles prestations ce nouveau système doit-il offrir pour compléter et améliorer le système existant ? Les questions et pistes abordées ci-dessous sont décrites sous un angle principalement juridique mais

---

[161] Il faudrait vérifier quels sont les facteurs qui expliquent que les lits MR sont remplis de personnes à faible dépendance. Il n'est pas impossible que le besoin de contact social (et l'absence d'aides proches) explique cela.
[162] J.-F. FUNCK, « Le statut social du senior », *op. cit.*, p. 56.
[163] Voir N. REGUERAS, « Personnes âgées : des séjours en maison de repos de plus en plus longs», *Démocratie*, publié le 1er novembre 2013 ; M. PRIESTLEY, « In search of European disability policy: between national and global », Alter, *European Journal of Disability Research/Revue européenne de recherche sur le handicap*, 2007, pp. 61-74. Notons cependant qu'il existe des centres de coordination de l'aide et des soins à domicile (N. REGUERAS, « Garantir des soins accessibles et de qualité aux personnes âgées », *Démocratie*, 1er octobre 2015).
[164] B. Vermeulen et K. Hermans suggèrent ainsi d'y recourir (« Au carrefour du handicap et de la pauvreté : efficacité des allocations pour personnes handicapées », *op. cit.*, p. 52). Notons qu'à l'heure actuelle, le décret flamand du 25 avril 2014 portant les parcours de travail et de soins est un outil qui a institutionnalisé des techniques de *case management* concernant les parcours de travail et de soins des personnes souffrant de troubles mentaux (*M.B.*, 14 août 2014).

elles tiennent compte des options envisagées par le politique. Certains éléments de droit comparé - provenant tant des autres communautés en Belgique que d'autres pays - sont également mentionnés afin d'envisager le champ des possibles.

3.1. Opter pour une nature assurantielle ou assistancielle de l'aide ?

Le risque lié à la perte d'autonomie peut être couvert selon un modèle assurantiel ou assistanciel. En Europe, les pays qui ont mis en place cette couverture ont opté pour l'un ou l'autre modèle, ou parfois, pour un mélange des deux[165]. Par opposition à la logique assurantielle, la logique assistancielle est celle de la subsidiarité de l'intervention publique : l'Etat n'intervient que lorsque la personne n'a pas les ressources suffisantes pour se protéger elle-même contre certains risques sociaux. Après avoir rappelé les options retenues par le Collège réuni de la Commission communautaire commune et les caractéristiques d'une « assurance », nous expliquerons la nature du modèle de protection flamande qui a récemment été coulé dans un décret.

3.1.1. La Cocom et la construction d'une assurance autonomie

Le Collège réuni de la Commission communautaire commune a déclaré que le développement de l'assurance autonomie se fera au départ de l'APA, « transformée selon les principes d'une assurance et non seulement d'une politique d'assistance, intégrée dans une gestion paritaire »[166]. En commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales, il a encore été rappelé qu'il s'agit de construire « une assurance autonomie de type assurance sociale, c'est-à-dire où chacun contribue en fonction de ses revenus et bénéficie des interventions en fonction de ses besoins »[167].

Notre système de sécurité sociale est de tradition « bismarckienne » (par opposition à une tradition « beveridgienne » qui caractérise par exemple le Royaume-Uni). Il a été initialement construit afin de fournir aux travailleurs une couverture en cas de risque lié à la perte de travail. Un tel système a pour caractéristiques principales de couvrir les travailleurs et leurs familles contre les conséquences de la perte de travail ; d'être majoritairement financé par des cotisations sociales - proportionnées à la rémunération du travailleur - payées par les travailleurs et les employeurs ; d'être ouvert aux

---

[165] En Allemagne, le législateur a opté pour un modèle de type assurantiel : la loi du 26 mai 1994 instaure un régime d'assurance soins de longue durée. Les travailleurs et retraités paient une cotisation obligatoire à hauteur d'1,95% du montant de leur salaire ou pension. En France et en Espagne, on observe davantage un brouillage entre le modèle assurantiel et assistanciel, entre autres parce que l'individu doit participer financièrement (même s'il doit le faire en fonction de sa capacité économique). Au Royaume-Uni, pays de tradition beveridgienne, l'assurance autonomie a les traits de l'assistance. Voir à ce sujet l'analyse de P. Martin, « La dépendance comme risque social. Un éclairage par les comparaisons internationales », *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'état social*, sous la dir. de P. Martin, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, 2014, pp. 29 et s. et P. Martin, « La dépendance, émergence et construction juridique d'un risque social en Europe », Rapport final, juillet 2011.

[166] Déclaration du collège réuni et accord de gouvernement, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, 20 juillet 2014, B-1/1, p. 26.

[167] Intervention de C. Frémault, *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, 18 mars 2015, n° 15, p. 12.

personnes qui ont participé à son financement et d'être géré par les représentants des travailleurs et des employeurs[168].

L'idée est que le système agisse en cas de survenance du risque et ce, sans que l'état de besoin soit pris en considération. En ce sens, le système est dit universaliste. En l'état du droit, il faut cependant indiquer que cet état de besoin pénètre parfois certaines de nos assurances sociales (tels que l'assurance chômage avec la notion de « cohabitants »), même si cette évolution fait l'objet de critiques, surtout du côté francophone du pays. Par contre, les dispositifs tenant compte de la différence entre revenus (mais pas de l'état de besoin qui nécessite une enquête sur les ressources) ne sont pas sujets à de tels critiques. Pensons ainsi au maximum à facturer (MAF) qui est un système où le montant maximal de dépenses dépend de la situation social ou du revenu familial[169].

Notre système de sécurité sociale a également connu des évolutions qui ont modifié les objectifs initiaux d'un système purement bismarckien. Ainsi, certaines prestations ont été intégrées à la sécurité sociale sans qu'elles constituent la couverture d'un risque lié au travail, ni qu'elles consistent en un revenu de remplacement[170]. C'est ainsi que la sécurité sociale organise également l'octroi de revenus de compléments (comme les prestations familiales) et que lorsqu'elle est entendue au sens large, la sécurité sociale inclut aussi le système assistanciel qui accorde des revenus minimums ou des revenus de complément (tels que les allocations pour personnes handicapées).

Le système de sécurité sociale est aussi fondé sur le principe de la solidarité. A l'inverse des assurances privées, notre système de sécurité sociale est caractérisé par le fait que « le montant de la cotisation ne dépend pas de la probabilité de la survenance du risque »[171]. Le système de sécurité sociale belge est également un système où l'étendue des prestations ne dépend que partiellement de l'importance de la contribution financière[172].

Enfin, le système de sécurité sociale est un système obligatoire, ce qui se traduit notamment par le fait que l'exercice d'une activité professionnelle en Belgique entraîne automatiquement l'assujettissement à la sécurité sociale.

Bien que l'assurance autonomie n'est, jusqu'à présent, pas envisagée comme un revenu de remplacement (mais comme un revenu de complément à d'autres revenus de remplacement tels que l'ARR, l'allocation provenant de l'assurance soins de santé indemnités, du système des pensions ou de la grapa) et qu'elle n'est pas limitée aux travailleurs, les autorités peuvent décider de son *design* et du fait qu'elle revête ou non les éléments constitutifs d'une assurance sociale (quand bien même certains de ces traits ont pu connaître des aménagements dans notre système de sécurité sociale). Si la COCOM persiste à vouloir instaurer une « assurance » autonomie, elle devra veiller aux éléments suivants :

---

[168] J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, 2ème éd., Bruxelles, Editions Larcier, 2014, p. 10.
[169] Voir le chapitre III*bis* la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, *Moniteur belge*, 27 août 1994.
[170] J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, *op. cit*., p. 11.
[171] Ibid.
[172] *Ibid*., p. 12.

- une cotisation proportionnelle au revenu,
- la nature obligatoire de l'assurance,
- le caractère solidaire de l'assurance qui ne tient pas compte de l'importance de la contribution financière (sauf pour les revenus de remplacement) ou de la probabilité de survenance du risque,
- le caractère universaliste de l'assurance (le système doit être accessible à tous, quel que soit son revenu, et sans qu'il faille donc procéder à une enquête sur les revenus et ressources),
- la gestion de l'assurance par les partenaires sociaux (gestion qui caractérise toujours les matières de la sécurité sociale qui sont restées du ressort de l'autorité fédérale).

Certaines assurances comme les assurances soins de santé ou les prestations familiales pourraient inspirer le législateur lorsqu'il définit les bénéficiaires et les conditions de l'assurance autonomie.

Pour prendre l'exemple de l'assurance soins de santé, les bénéficiaires sont classés dans la catégorie des titulaires ou des personnes à charge[173]. Les titulaires comprennent les travailleurs salariés ou assimilés, les personnes handicapées, les étudiants et les personnes inscrites au Registre national[174]. Les conditions de l'assurance sont au nombre de deux : premièrement, la personne doit être affiliée à une mutualité ou à la Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité[175]. Deuxièmement, elle doit prouver que des cotisations suffisantes ont été payées[176]. Notons que pour les personnes qui n'ont pas de retenues sur leur rémunération (telles que les étudiants et les personnes inscrites au Registre national), elles doivent payer une cotisation personnelle. A partir du moment où le droit a été ouvert, il est maintenu jusqu'au 31 décembre de l'année suivante[177]. Il est conservé annuellement sur la base de la vérification des conditions qui sont examinées sur une année de référence. L'assurance soins de santé pourrait également inspirer l'assurance-autonomie car elle dresse une liste de prestations qui sont prises en charge et fixe la valeur de ces prestations (la valeur relative est fixée dans la « nomenclature », la valeur réelle dans des conventions et accords conclus par des commissions créées au sein de l'INAMI[178]).

Qu'en est-il du modèle flamand ? Quelles sont ses sources d'inspiration et ses caractéristiques ?

---

[173] Article 32 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.
[174] Dans ce dernier cas, la reconnaissance n'existe qu'à titre résiduaire dans la mesure où elles ne peuvent pas être attachées à une autre catégorie ou ne peuvent pas avoir droit à une couverture en vertu d'une législation étrangère. Voir aussi J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 299.
[175] Article 118 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.
[176] Articles 119 et 121 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités et articles 136*ter* et 136*quater* de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, *Moniteur belge*, 31 juillet 1996.
[177] Article 122 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.
[178] J.-F. FUNCK, avec la collaboration de L. MARKEY, *Droit de la sécurité sociale*, *op. cit.*, p. 306.

3.1.2. La Flandre et la construction d'une « protection sociale flamande »

Le 15 juin 2016, l'assurance autonomie a été intégrée à un système global de protection sociale flamand dans un décret relatif à la protection sociale flamande, dont l'entrée en vigueur sera déterminée par le gouvernement flamand[179]. Ce décret vient remplacer le décret du 13 juillet 2012 relatif à la protection sociale flamande[180].

Le nouveau modèle flamand comprend trois volets : la *zorgverzekering*, un budget d'assistance de base pour les personnes handicapées[181] et l'APA[182]. Il est expressément mentionné que la protection sociale flamande donne priorité aux soins à domicile, à la prévention et au développement de l'autonomie[183]. Le décret prend pour modèle conceptuel l'*American Association on Mental Retardation* (AAMR). Il s'agit d'un modèle qui représente le soin et le soutien dont a besoin la personne handicapée à l'aide de cinq cercles concentriques représentant les différentes aides dont a besoin la personne ayant un handicap[184]. Ce modèle est peu détaillé dans l'exposé des motifs mais il est, par contre, décrit dans une note politique de 2013 (dite « note conceptuelle ») de Jo Vandeurzen[185]. Plus l'handicap est important, plus la personne a besoin de mobiliser les différents cercles. Le cercle n°1 - qui correspond au handicap le plus léger - ne nécessite pas que la personne doive se faire aider d'autres personnes, le cercle n°2 requiert le soutien des amis et de la famille, le cercle n°3 nécessite de faire appel à des contacts dits informels comme les collègues, les bénévoles ou les voisins, le cercle n°4 concerne les soins et services généraux, et enfin, le cercle n°5 désigne les soins et services spécialisés.

Dans le décret du 15 juin 2016, c'est un nouvel organisme, l'Agence pour la protection sociale flamande qui a dorénavant en charge la gestion du nouveau système[186]. Notons ici que le décret prévoit que l'Agence veille à l'accessibilité financière des soins et qu'elle est chargée de mettre en œuvre le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine et le droit à l'épanouissement social, énoncés à

---

[179] Le décret n'ayant pas été publié au Moniteur belge, la traduction de la présente partie est une traduction libre.

[180] *Moniteur belge*, 23 août 2012.

[181] Ce budget avait déjà été introduit dans le décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées (*Moniteur belge*, 28 août 2014). Voir à ce sujet P. DRIESSENS, « De Vlaamse sociale bescherming », *Ontwikkelingen van de sociale zekerheid 2011-2016*, sous la dir. de J. PUT et Y. STEVENS, Bruges, la Charte, 2016, p. 719.

[182] Notons qu'il n'est pas impossible que le système comprenne d'autres volets à l'avenir. C'est en tout cas l'idée du législateur flamand d'inclure dans ce décret d'autres domaines de compétences transférés avec la sixième réforme de l'Etat. Le législateur flamand vise par exemple les établissements pour personnes âgées aux communautés, les maisons de soins psychiatriques (MSP) et les initiatives d'habitation protégée (IHP). Voir à ce sujet l'exposé des motifs, *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, 23 mars 2016, n°715-1, p. 3.

[183] Article 4 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

[184] Voir à ce sujet l'exposé des motifs, *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, 23 mars 2016, n°715-1, pp. 3-4.

[185] Voir *Conceptnota* « Persoonsvolgende financiering voor personen met een handicap », 7 mai 2013, disponible sur le site de Jo Vandeurzen,
consulté le 28 juin 2016, pp. 5-6. URL : http://www.jovandeurzen.be/sites/jvandeurzen/files/conceptnota%20PVF.pdf

[186] Le gouvernement règle le fonctionnement et la direction de l'Agence (Article 11 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande).

l'article 23 de la Constitution[187]. Les moyens financiers dont bénéficie l'Agence consiste en des dotations, des contributions dites « solidaires » des personnes affiliées à une caisse d'assurance en matière de soins (*zorgkas*), des donations et des legs et d'autres moyens qui sont utiles aux objectifs poursuivis par l'Agence. L'étendue des contributions est fixée en fonction, d'une part, du nombre de membres et, d'autre part, du nombre de membres qui ont droit à une intervention majorée en assurance soins de santé et indemnités[188]. Dans le système flamand actuel, les allocataires payent 50 euros sauf s'ils bénéficient d'une intervention majorée ou du statut OMNIO (dans ce cas, ils payent 25 euros)[189]. Dans les travaux préparatoires, certains députés de l'opposition (Sp.a et Groen) ont plaidé pour d'autres systèmes qui permettent de moduler davantage les contributions en fonction des revenus[190].

En ce qui concerne la *zorgverzekering*, elle est destinée à couvrir des soins non-médicaux à des usagers « qui rencontrent une autonomie réduite prolongée et grave »[191]. Il revient au gouvernement flamand de préciser davantage cette dernière notion. A l'heure actuelle, le décret flamand du 30 mars 1999 portant l'organisation de l'assurance soins est toujours d'application. Il entend par « autonomie réduite » : « la condition d'une personne dont les capacités d'autonomie sont amputées. Par autonomie, il faut entendre : les décisions prises et les actions entreprises par une personne physique dans sa vie quotidienne en vue de subvenir à ses propres besoins de base, ainsi que les activités connexes se rapportant surtout à l'exécution des activités ménagères et à la capacité d'établir des contacts sociaux, de s'épanouir et de s'orienter dans le temps et dans l'espace »[192].

Comme dans le système actuel, le décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande prévoit que l'assurance soins consiste en un montant de 130 euros par mois et cette allocation forfaitaire doit, soit être utilisée pour que la personne puisse se maintenir à domicile, soit pour qu'elle réside dans une institution reconnue par le gouvernement flamand ou dans une institution dite équivalente[193].

En ce qui concerne l'APA flamande, elle n'est accessible qu'aux aînés qui ont une perte d'autonomie et qui ont au moins 65 ans. Les revenus du ménage sont pris en considération pour accorder l'allocation (les revenus ne peuvent dépasser le montant de l'APA) et l'allocataire ne peut y avoir droit que s'il a fait valoir ses droits aux autres prestations sociales dans un premier temps. L'allocataire ne peut pas cumuler l'APA avec l'allocation d'intégration ou avec une allocation ordinaire, spéciale ou pour l'aide d'une tierce personne accordée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux

---

[187] Article 7 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

[188] Voir au sujet de l'intervention majorée, l'article 37, § 19 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités.

[189] Article 9 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins ; *Moniteur belge*, 3 mars 2015.

[190] *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, Rapport au nom de la Commission du Bien-être, de la Santé et de la Famille, 7 juin 2016, n°715-5, pp. 16-17.

[191] Article 42 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande. Traduction libre. Nous avons utilisé la même traduction que pour l'actuelle définition *zorgverzekering* même si l'autonomie a été traduite cette fois par « zelfredzaamheid » et non par « zelfzorgvermogen ».

[192] Article 2, 2° du décret du 30 mars 1999 portant l'organisation de l'assurance soins, *Moniteur belge*, 28 mai 1999.

[193] Article 43 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

handicapés (avant qu'elle soit remplacée par la loi du 27 février 1987)[194]. Le montant de l'allocation varie en fonction de cinq catégories[195] : plus la perte d'autonomie est importante, plus l'allocation est élevée. Bref, et comme l'a expliqué le gouvernement flamand, les principes présidant à ces allocations - les principes construits par l'autorité fédérale - demeurent valables[196].

Enfin, un budget d'assistance de base peut être alloué à la personne handicapée au sujet de laquelle un besoin de soins ou de soutien est clairement constaté. Cette allocation, destinée à financer l'aide et les services non médicaux, consiste en un montant forfaitaire de 300 euros par mois[197]. La caisse fixe la durée pendant laquelle le bénéficiaire reçoit l'allocation selon les règles définies par le gouvernement[198]. Notons que le décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées[199] qui avait introduit cette allocation ne sera pas abrogé lorsque le décret du 15 juin 2016 entrera en vigueur mais uniquement modifié. Depuis le 1er mai 2016, le budget d'assistance de base est, en vertu du décret flamand du 25 avril 2014, introduit progressivement[200]. La personne peut l'obtenir s'il est constaté que la personne handicapée a un besoin de soins et d'assistance clairement constaté et qu'elle est enregistrée dans la banque de données centralisée avec une demande de soins active[201]. Cette allocation ne peut être cumulée avec un budget d'assistance personnelle ou personnalisé aux personnes handicapées, ni avec l'encadrement offert par un centre d'offre de services flexible ou un centre polyvalent pour personnes handicapées mineures. Elle peut par contre être cumulée avec la *zorgverzekering*.

Notons que le décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées prévoit également un budget de soins et de soutien « non directement accessibles », qui consiste en des soins et du soutien « qui dépassent la durée, l'intensité et la fréquence des soins et soutien directement accessibles »[202]. Le cas échéant, la personne handicapée choisit entre un budget de trésorerie ou un voucher, ou utilise une combinaison des deux. Si la

---

[194] Article 48, §2 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.
[195] Article 50 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.
[196] Doc. parl., Parlement flamand, Projet de décret relatif à la protection sociale flamande, 23 mars 2016, n°715-1, p. 15.
[197] Article 56, §2 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.
[198] Article 56, §3 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.
[199] *Moniteur belge*, 28 août 2014.
[200] Arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, pour ce qui concerne l'introduction du budget d'assistance de base pour personnes handicapées, *Moniteur belge*, 13 mai 2016.
[201] Ces demandes sont énumérées à l'art. 86/12 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins (article 3 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 15 avril 2016 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, pour ce qui concerne l'introduction du budget d'assistance de base pour personnes handicapées).
[202] Article 2 du décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées.

personne reçoit un budget de soins et de soutien non directement accessibles, elle n'aura plus droit au budget d'assistance de base[203].

Pour Bruxelles, le gouvernement flamand avait initialement prévu que seuls deux piliers du système de protection flamande - la *zorgverzekering* et le budget d'assistance de base - étaient accessibles aux habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale. Le gouvernement a dû revoir sa copie suite à l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat qui a critiqué fortement le fait que l'APA ne soit pas accessible aux habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, au motif que le législateur flamand n'y serait pas compétent. Ce n'est pas parce que les compétences sont exercées d'une façon (à savoir jusqu'à présent, selon une « logique des droits individuels » et non une logique « des institutions ») que c'est la seule façon d'exercer ces compétences, explique le Conseil d'Etat[204]. L'important est, poursuit-il, que le principe de loyauté fédérale soit respecté[205]. La section de législation du Conseil d'Etat estime que le projet de décret pose également problème au regard du principe d'égalité en excluant les habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale d'une partie de la protection sociale flamande[206]. La section de législation du Conseil d'Etat précise qu'en outre, l'article 35 du projet de décret prévoit que le gouvernement flamand pourra prévoir des conditions spécifiques par rapport aux habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale[207], que l'article 36 du projet prévoit des règles

---

[203] En vertu de l'article 16 du décret flamand du 25 avril 2014 portant le financement qui suit la personne pour des personnes handicapées et portant réforme du mode de financement des soins et du soutien pour des personnes handicapées, le Gouvernement flamand a arrêté une procédure pour déterminer quelles personnes handicapées majeures reçoivent prioritairement un budget pour des soins et du soutien non directement accessibles dans son arrêté du 4 mars 2016 relatif à la création d'une commission régionale des priorités, à l'identification de groupes prioritaires, à la détermination de la nécessité sociale, à l'orientation vers le soutien, ainsi qu'à l'harmonisation et la planification dans le cadre de l'aide financière personnalisée (*Moniteur belge*, 20 avril 2016). Pour apprécier la profondeur du fossé entre le soutien requis et le soutien reçu, le Gouvernement a tenu compte des trois critères suivants : la nature et l'intensité des besoins de soutien de la personne qui ont été objectivés par une équipe multidisciplinaire, la capacité et la charge de travail des aidants proches ainsi que les possibilités et les limitations du soutien volontaire et professionnel actuel (article 10 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 4 mars 2016 mentionné ci-dessus). Précisons encore qu'une personne handicapée majeure qui souhaite utiliser des soins et du soutien non directement accessibles doit établir un plan de soutien. Le plan de soutien du financement qui suit la personne consiste en un « plan de soutien comprenant une description de l'ensemble de l'accompagnement auquel la personne handicapée peut faire appel, y compris les structures d'aide sociale et de santé, le réseau social, le soutien matériel ainsi que le soutien fourni par les structures qui sont agréées et subventionnées ou autorisées par l'agence » (Article 1er, 15° de l'arrêté du 27 novembre 2015 du Gouvernement flamand relatif à l'introduction et au traitement de la demande d'un budget pour les soins et le soutien non directement accessibles pour personnes majeures handicapées et relatif à la mise à disposition dudit budget, *Moniteur belge*, 15 janvier 2016).

[204] Conseil d'Etat, avis n° 58.697/1 du 5 février 2016 « over een vooontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest 'houdende de Vlaamse sociale bescherming' », *Doc. parl.*, parlement flamand, 2015-2016, n° 715-1, 8.3., p. 10

[205] Ibidem.

[206] La question avait déjà été abordée précédemment lors de la création de la *zorgverzekering* par F. JUDO (« Brussel : Zorg(en) verzekerd ? », *Chron.D.S.*, 2007, n°7, pp. 315-317).

[207] Notons que l'article 28, §1er du décret prévoit une forme de stage d'attente de dix ans pour les habitants de la région de Bruxelles-Capitale qui s'affilieraient au système de protection sociale flamand. Il est prévu que le gouvernement flamand puisse le réduire à cinq années si le budget le permet. Sur la possibilité de faire passer le délai d'attente de dix à cinq ans, voyez les discussions dans *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, Rapport au nom de la Commission du Bien-être, de la Santé et de la Famille, 7 juin 2016, n°715-5, p. 10. La question du délai d'attente pour les habitants de la région bilingue de Bruxelles-

pour éviter le cumul des allocations et que ce faisant, cela évite qu'à Bruxelles, les personnes puissent cumuler deux formes d'APA (celle de la Flandre et celle qui serait organisée par la COCOM)[208].

Précisons encore qu'il tenait à cœur au législateur flamand d'établir des possibilités de reconnaissance automatique[209]. Il a acté le principe pour chacun des trois volets du nouveau système mais il reviendra au gouvernement de préciser le fonctionnement de reconnaissance automatique[210].

S'il faudra attendre l'arrêté d'exécution pour préciser les caractéristiques de ce nouveau système de protection flamande[211], on peut constater que la Flandre semble avoir opté pour un système mixte où l'assurance autonomie et le budget d'assistance de base continueraient d'être attribuées sans enquête sur les ressources (il faudra cependant examiner comment le gouvernement flamand va préciser les règles qui empêchent les cumuls de couverture[212]) contrairement à l'APA qui elle s'inscrit donc, comme dans le cadre du système fédéral, dans une logique d'assistance. Contrairement à l'APA, la *zorgverzekering* et le budget d'assistance de base se concrétisent par une intervention forfaitaire, ce qui signifie qu'il n'est pas certain que ces allocations puissent couvrir l'intégralité des frais. Il faudra à l'avenir évaluer dans quelle mesure ces trois allocations couvrent le risque de la perte d'autonomie et remédient aux lacunes expliquées ci-dessus. Notons enfin que le système de protection flamande s'appuie sur un modèle conceptuel qui envisage la personne ayant une perte d'autonomie comme devant d'abord s'appuyer sur le soutien des proches avant d'envisager le soutien proposé par les services de l'Etat.

Pour le reste, on constate que le système a été progressivement réformé en Flandre depuis plusieurs années. Ce n'est pas seulement le système des allocations qui a été revu mais toute l'organisation du système, en ce compris l'offre de services. Ont notamment été mis en place des centres d'offre de services flexibles en faveur de personnes handicapées majeures[213]. Il est également prévu que le

---

Capitale n'est pas neuve et pouvait déjà heurter le principe d'égalité et de non-discrimination comme expliqué par F. JUDO (« Brussel : Zorg(en) verzekerd ? », *op. cit*., p. 316).

[208] Conseil d'Etat, avis n° 58.697/1 du 5 février 2016 « over een vooontwerp van decreet van de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaamse Gewest 'houdende de Vlaamse sociale bescherming' », *Doc. parl.*, parlement flamand, 2015-2016, n° 715-1, 7.4., p. 11

[209] *Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, Rapport au nom de la Commission du Bien-être, de la Santé et de la Famille, 7 juin 2016, n°715-5, p. 6

[210] Articles 44, §1er, 51, §2 et 56, §1er du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

[211] Il faudra notamment analyser quelle échelle est utilisée pour évaluer la perte d'autonomie. Différentes échelles pouvaient être utilisées jusqu'à présent pour avoir accès à la *zorgverzekering* (artucle 32 de l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 modifiant l'arrêté du Gouvernement flamand du 5 février 2010 portant exécution du décret du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins). Voir à ce sujet P. DRIESSENS, **«** De Vlaamse sociale bescherming », *op. cit*., pp. 739-740. Une étude du centre LUCAS de la KUL est en cours afin d'étudier l'outil BELRAI (*Doc. parl.*, Parlement flamand, *Projet de décret relatif à la protection sociale flamande*, Rapport au nom de la Commission du Bien-être, de la Santé et de la Famille, 7 juin 2016, n°715-5, p. 6).

[212] Tels qu'ils sont prévus aux articles 35, 36 et 37 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.

[213] Ces centres peuvent offrir tant sous forme mobile qu'ambulatoire : l'assistance de jour, l'assistance au logement et l'assistance individuelle. L'offre d'un FAM est subdivisée en quatre catégories d'assistance en fonction des besoins de la personne. Hormis pour l'assistance intensive, un nombre d'heures ou de jours maximum par an est fixé pour chaque catégorie (Articles 9, 1er et 10 de l'arrêté du 26 février 2016 du Gouvernement flamand portant agrément et subventionnement de centres d'offre de services flexibles en faveur de personnes handicapées majeures ; *Moniteur belge*, 12 avril 2016).

gouvernement flamand évalue le décret relatif à la protection sociale flamande trois ans après son entrée en vigueur[214].

3.2. PREVOIR DES PRESTATIONS EN NATURE OU EN ESPECES ?

L'accord de gouvernement de la Commission communautaire commune (COCOM) de la législature 2014-2019 insiste sur le fait que l'assurance autonomie doit aider à « soutenir le choix du maintien à domicile via la médecine générale, les services de soins à domicile, la première ligne de soins ainsi que les soins palliatifs à domicile »[215].

La membre du Collège réuni, Céline Frémault, a également indiqué que « le secteur des aides familiales constituera indéniablement un pilier fort de la future mise en place de l'assurance autonomie » et ce, afin de permettre aux personnes âgées de pouvoir demeurer à domicile[216]. Une des pistes de réflexion consiste à intégrer ces aides au sein de services agréés afin qu'ils atteignent le nombre d'heures fixées dans leur contingement annuel[217]. Les gardes à domicile sont également considérés par la membre du collège réuni comme remplissant une fonction vitale pour les personnes âgées[218]. Par ailleurs, l'offre encore insuffisante des centres de jour ou de nuit (sans que les lits MR soient l'unique solution) et les problèmes d'accessibilité aux espaces publics et de mobilité sont régulièrement invoqués par les acteurs de terrain[219].

Afin de s'assurer de la promotion de certains dispositifs qui permettent d'accroître les conditions de vie des personnes âgées, l'octroi de prestations en nature peut paraître plus adéquat que l'octroi de prestations en espèces. Ces prestations en nature évitent également que l'argent soit « mal utilisé » ou que des proches ou des institutions hébergeant des personnes dépendantes puissent, d'une quelconque façon, exiger trop d'argent des personnes dépendantes, en faire un usage inapproprié voire le confisquer[220]. A l'inverse, nous avons vu que les allocations actuelles dans le domaine du handicap pour les moins de 65 ans ne suffisent pas à couvrir le risque de pauvreté qu'elles rencontrent. Partant, des prestations en espèce pourraient améliorer leurs conditions de vie et venir compléter leur revenu de remplacement qui ne suffit pas à prendre en charge le coût engendré par le handicap. Une option pourrait consister en une option mixte (prestations en espèces et en nature pour certains types de services). Enfin, certains préconisent que les prestataires de services « soient directement

---

[214] Article 90 du décret du 15 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande.
[215] *Doc. Parl*., assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Déclaration du collège réuni et accord de gouvernement, 20 juillet 2014, B-1/1, p. 26.
[216] Réponse de C. Frémault à l'interpellation de M. Colson concernant « la mise en place d'une assurance-autonomie en Région bruxelloise », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, Assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, le 15 juillet 2015, *Doc. Parl*., C.R.I. COM (2014-2015) n° 31, p. 13.
[217] *Ibid*., p. 14.
[218] *Ibid*., p. 14.
[219] Voir not. N. REGUERAS, « Personnes âgées : des séjours en maison de repos de plus en plus longs», *Démocratie*, publié le 1er novembre 2013.
[220] En ce sens : B. ANCIAUX, « La question d'une assurance autonomie en Wallonie et à Bruxelles », Etat de la question en octobre 2015, Etude de l'IEV, p. 13.

indemnisés par l'assurance autonomie (système de tiers-payant) sur base de factures ou via un système de chèques-services »[221].

Concernant les aides familiales[222], un pays qui pourrait intéresser les autorités bruxelloises et fédérale est l'Espagne. La loi espagnole du 14 décembre 2006 n°39/2006 de promotion de l'autonomie personnelle et d'appui aux personnes en situation de dépendance prévoit un « avantage économique exceptionnel » pour aider les aidants informels (qui comprennent les aidants familiaux et les proches de l'entourage) quand la personne dépendante ne peut avoir accès ni à l'aide de services sociaux publics, ni à un aidant professionnel[223]. L'Espagne a mis au point des systèmes spécifiques concernant la garde diurne de personnes dépendantes et aussi des programmes de repos qui facilitent la vie des aidants pendant certaines périodes comme la période de vacances[224]. Des formations spécifiques pour former les aidants ont également été mises au point[225]. Le décret-royal 615/2007 du 11 mai 2007 qui réglemente la sécurité sociale des aidants informels a également reconnu la possibilité aux aidants informels de signer un accord spécial afin d'être inclus dans le champ d'application de la sécurité sociale[226]. En outre, le droit du travail espagnol a été aménagé pour permettre des réductions de temps de travail aux travailleurs qui remplissent le rôle d'aidants[227].

Précisons que juridiquement, rien n'impose, selon nous, de devoir opter pour une prestation en nature ou en espèces. Il faut cependant être attentif à deux éléments. Premièrement, il est utile de préciser quels besoins l'assurance autonomie bruxelloise couvrira précisément et de définir la notion de « dépendance » ou de « perte d'autonomie » [228]. Deuxièmement, il faudra tenir compte de la situation

---

[221] *Ibid*., p. 14.

[222] Voir en Belgique, not. la loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance, *Moniteur belge*, 6 juin 2014. Afin d'être sûr de ne pas perdre ses droits aux allocations de chômage et d'aménager les efforts du demandeur d'emploi, le gouvernement a adopté l'arrêté royal du 15 avril 2015 modifiant les articles 63, 114 et 116, de l'arrêté royal du 25 novembre 1991 portant réglementation du chômage et rétablissant les articles 90 et 125 dans le même arrêté dans le cadre de l'aidant proche (*Moniteur belge*, 22 avril 2015). Voir également l'allocation octroyée aux indépendants : l'arrêté royal du 27 septembre 2015 accordant une allocation en faveur du travailleur indépendant qui interrompt temporairement son activité professionnelle pour donner des soins à une personne (*Moniteur belge*, 15 octobre 2015). Par rapport à la représentation de la vieillesse ainsi qu'aux grandes différences entre l'aidant familial et l'aidant professionnel, voir M. MERCIER, « Personnes de grandes dépendance et aidants familiaux : quel type de relation », *Regards croisés sur l'adulte âgé. Réflexions autour de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les génération (2012)*, sous la dir. de V. FLOHIMONT et F. REUSENS, Bruxelles, la Charte, 2013, pp. 37-48 et E. DERMINE, « Rapport de session - Le senior aidant proche et l'aidant proche du senior », *Regards croisés sur l'adulte âgé. Réflexions autour de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les génération (2012)*, sous la dir. de V. FLOHIMONT et F. REUSENS, Bruxelles, la Charte, 2013, pp. 49-58.

[223] BOE n°299, 15 décembre 2006. Voir à ce sujet E. M. BLASQUEZ AGUDO et M. G. QUINTERO LIMA, « Les aidants familiaux en Espagne. Statut juridique et politiques en matière de dépendance », *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'état social*, sous la dir. de P. MARTIN, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, 2014, p. 131.

[224] E. M. BLASQUEZ AGUDO et M. G. QUINTERO LIMA, « Les aidants familiaux en Espagne. Statut juridique et politiques en matière de dépendance », *op. cit*., p. 133.

[225] Elles sont organisées par le décret-royal 615/2007.

[226] BOE n°114, 12 mai 2007. Voir E. M. BLASQUEZ AGUDO et M. G. QUINTERO LIMA, « Les aidants familiaux en Espagne. Statut juridique et politiques en matière de dépendance », *op. cit*., p. 129.

[227] E. M. BLASQUEZ AGUDO et M. G. QUINTERO LIMA, « Les aidants familiaux en Espagne. Statut juridique et politiques en matière de dépendance », *op. cit*., p. 128.

[228] En 2001, la législation allemande a été modifiée pour ne plus se limiter à une approche physiologique de l'autonomie et de couvrir également les besoin de garde et de supervision pour les personnes atteintes de

des bénéficiaires de l'APA s'ils devaient voir leurs prestations modifiées. A cet égard, nous avons déjà expliqué dans la partie juridique que le législateur devra veiller à respecter l'effet de *standstill* ainsi que les obligations internationales de l'Etat belge, notamment l'article 19 de la Convention internationale de l'Organisation des nations unies relative aux droits des personnes handicapées.

3.3. Quel age fixer pour les beneficiaires de l'assurance autonomie ?

L'assurance autonomie a pour but de couvrir la perte d'autonomie de toute personne. En théorie, il n'y a pas de raison de limiter l'âge auquel la personne a accès à une telle assurance étant donné que les jeunes peuvent également subir une perte d'autonomie. La perte d'autonomie n'est en effet pas propre – ou exclusif – aux personnes âgées. Ne pas prévoir de limite d'âge est également une des options avancées en Commission des affaires sociales par la membre du Collège réuni, Céline Frémault[229].

Cela étant dit, une question qui pourrait se poser concerne l'imbrication de l'assurance autonomie avec les autres allocations existantes : l'allocation d'intégration, l'allocation pour personnes âgées ainsi que les allocations familiales majorées (lorsque l'enfant est handicapé). L'allocation d'intégration est, on l'a dit, accessible dès l'âge de 21 ans, là où l'allocation pour personnes âgées n'est accessible, jusqu'à présent, qu'aux personnes de 65 ans au moins.

Concernant les allocations familiales majorées, elles sont calculées sur la base d'un système de points qui est basé sur trois piliers et qui diffère du système de points utilisé dans le cadre des allocations d'intégration et de l'APA[230]. Le deuxième pilier du système de calcul des allocations familiales majorées est cependant en lien direct avec la perte d'autonomie. Il concerne les conséquences de l'affectation relatives à l'activité et à la participation de l'enfant[231]. Les conditions relatives à l'incapacité et aux

---

déficiences cognitives et de troubles phychiques, y compris les personnes souffrant de démence. En ce qui concerne la définition, la législation allemande définit comme dépendant « est considéré comme dépendant l'assuré ou l'ayant droit qui, souffrant de maux physiques, mentaux ou psychiques ou d'un handicap, nécessite pour une période présumée d'au moins six mois, une aide pour exécuter les actes courants et périodiques de la vie quotidienne ». L'Allemagne établit également trois niveaux de dépendance : le besoin d'aide quotidienne à hauteur d'une fois par jour, de trois fois par jour et le besoin d'aide permanent. Voir à ce sujet P. Martin, « La dépendance, émergence et construction juridique d'un risque social en Europe », *op. cit.*, pp. 24-25 et p. 52.

[229] Réponse de C. Frémault à l'interpellation d'E. Huytebroeck concernant « la mise en place d'une assurance-autonomie », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, 4 mars 2015, n° 11, p. 41.

[230] Article 6 de l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, *Moniteur belge*, 24 avril 2003.

[231] Ainsi, il s'agit d'observer si l'affection a des conséquences « sur le plan de l'incapacité physique ou mentale ou sur le plan de l'activité et de la participation, ou pour son entourage familial ».

conséquences de l'affection sont vérifiées par la DG Personnes handicapées du SPF Sécurité sociale[232]. Les allocations majorées sont payées jusqu'à l'âge de 21 ans[233].

Si le politique fait le choix de ne pas mettre de limite d'âge, il faudrait alors décider de la possibilité ou non de cumuler ces différentes allocations. Dans ce cadre, il faudra être attentif à l'éventuel appel d'air que pourrait engendrer l'ouverture de l'assurance autonomie aux bénéficiaires de tout âge (et en cas de non-cumul, il faudra observer si l'assurance autonomie est financièrement plus intéressante que l'allocation d'intégration). Dans ce contexte, il conviendra évidemment d'avoir égard à l'évolution de l'allocation aux personnes âgées et de son éventuelle intégration dans une assurance autonomie.

Enfin, notons qu'en France, l'assurance autonomie est destinée uniquement aux personnes âgées alors qu'en Allemagne ou en Espagne, la perte d'autonomie a été envisageé de manière plus large, sans qu'elle soit circonscrite aux personnes âgées[234].

3.4. Mettre la priorite sur les soins a domicile est-il problematique et implique-t-il un retrait de l'APA pour les personnes residant en maisons de repos ?

La Déclaration de Politique Générale du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 20 juillet 2014 indique que « à la faveur des réflexions à venir quant à la gestion de l'APA (Aide aux personnes âgées) dont nous héritons de la compétence, nous avons décidé d'analyser la création d'une 'assurance autonomie', destinée à soutenir le choix du maintien à domicile ».

Le fait de mettre la priorité sur le maintien à domicile des personnes âgées - et de ne pas aborder le secteur maisons de repos - a suscité des inquiétudes auprès des acteurs de terrain en rapport étroit avec le secteur des maisons de repos ou les CPAS qui devraient éventuellement prendre en charge les personnes résidant en maison de repos si elles n'avaient plus accès à l'APA. C'est ainsi que Michel Colson a souhaité s'assurer que les personnes résidant en maisons de repos ne seraient pas exclues de la future assurance en indiquant que 25% des personnes hébergées dans des maisons de repos bruxelloises bénéficient à l'heure actuelle d'une APA et qu'elles seraient amenées à se tourner vers les CPAS si l'APA leur était à l'avenir refusées[235]. Alain Maron pose la question de la « perte de droit » qui résulterait de ce changement pour les personnes en maisons de repos[236].

---

[232] Article 18 de l'arrêté royal du 28 mars 2003 portant exécution des articles 47, 56septies et 63 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés et de l'article 88 de la loi-programme (I) du 24 décembre 2002, *Moniteur belge*, 24 avril 2003.

[233] Article 63 des lois relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés, coordonnées le 19 décembre 1939, *Moniteur belge*, 22 décembre 1939.

[234] P. Martin, « La dépendance comme risque social. Un éclairage par les comparaisons internationales », *La dépendance des personnes âgées, un défi pour l'état social*, sous la dir. de P. Martin, Pessac, Presses universitaires de Bordeaux, 2014, p. 28.

[235] *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, le 15 juillet 2015, n° 31, p. 7.

[236] Réponse de C. Frémault à l'interpellation de P. Close concernant « l'accessibilité financière des maisons de repos et des maisons de repos et de soins », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales, 24 février 2016, n° 31, p. 16.

En vue de couvrir les frais d'hébergement (qui sont partiellement couverts jusqu'à présent *via* l'APA et surtout *via* un système de conventions de l'assurance soins de santé et indemnités qui a été communautarisé avec la sixième réforme de l'Etat[237]), C. Frémault précise qu'est à l'étude une autre piste pour l'avenir : l'augmentation des revenus des personnes âgées à faibles revenus « par les pensions, la garantie de revenus aux personnes âgées (Grapa) ou un financement fédéral »[238].

Est-il possible de diminuer l'APA ou de revoir les prestations qui la composent pour le secteur des maisons de repos ? Rien n'empêche le législateur du pouvoir d'apprécier de quelle manière un droit fondamental est le plus adéquatement assuré[239]. Par contre, il serait problématique que des personnes qui avaient droit à l'APA n'aient plus droit à une couverture sociale similaire à l'avenir. Juridiquement, c'est à nouveau l'obligation de *standstill* qui empêche de diminuer de façon significative les droits sociaux des résidants en maisons de repos (cf. la partie juridique, la question V). On l'a dit, l'obligation de *standstill* « n'opère pas seulement en faveur des créanciers actuels des droits fondamentaux » mais elle concerne aussi les générations futures[240]. Enfin, est-il possible de réduire le montant de l'APA (qu'il soit converti en prestations en nature ou non) en justifiant qu'un autre législateur compte augmenter le revenu de remplacement des personnes concernées ? A notre sens, cette question appelle une réponse négative. Comme l'a expliqué la professeure I. Hachez dans sa thèse de doctorat, « il appartient à chaque autorité publique de réaliser les droits fondamentaux dans ses domaines de compétence aux fins de tendre vers la jouissance pleine et entière des droits consacrés »[241]. Par contre, et comme nous l'avons expliqué dans la partie juridique, si le législateur fédéral augmente les revenus des personnes âgées et que la COCOM décide de maintenir les mêmes conditions d'octroi et le même revenu que par le passé (en maintenant le caractère assistanciel de l'APA), il est possible que des personnes n'aient plus accès à l'APA si leurs revenus dépassent le montant de cette allocation.

C. Frémault a cependant affirmé que les personnes résidant en maisons de repos ne seraient pas exclues de l'APA[242]. Une des difficultés auxquelles sont ou seront confrontées les autorités est que le prix de certaines maisons de repos est prohibitif et que, par conséquent, une assurance autonomie ou une APA augmentée permettrait aux personnes d'y accéder plus facilement. Cependant, la crainte de certains acteurs est que cette allocation pourrait se limiter à être un subventionnement du secteur privé. Or, on sait que le secteur privé augmente fortement ses prix ces dernières années

---

[237] Voyez à ce sujet V. DE GREEF, Verbo « Maisons de repos », *Dictionnaire de la sixième réforme de l'Etat*, sous la dir. de M. UYTTENDAELE et M. VERDUSSEN, Larcier, Bruxelles, 2015, pp. 523-546.

[238] Réponse de C. Frémault à l'interpellation de P. Close concernant « l'accessibilité financière des maisons de repos et des maisons de repos et de soins », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales, 24 février 2016, n° 31, p. 19.

[239] Cour const., 27 novembre 2002, n°169/2002, § B.6.6. Voir aussi J.-F. LECLERCQ, « Sociale zekerheid : honderdduizend of niets, stop je of ga je verder ? », *J.T.T.*, 2007, p. 612.

[240] I. HACHEZ, Le principe de standstill dans le droit des droits fondamentaux : une irréversibilité relative, *op. cit.*, pp. 316 à 318, n°285.

[241] *Ibid.*, p. 297, n°263.

[242] Réponse de C. Frémault à l'interpellation d'E. Huytebroeck concernant « la mise en place d'une assurance-autonomie », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, 4 mars 2015, n° 11, p. 42.

comparativement au secteur public[243]. Bref, si le but est de rendre plus accessibles les maisons de repos, l'octroi de l'APA ou de l'assurance autonomie pourrait rendre plus aisé cet accès mais sans garantie que cette accessibilité soit pérenne (le secteur privé pourrait augmenter ses prix), ni que les carences en termes d'offre de services soient automatiquement comblées.

C'est dans ce contexte qu'on mesure que la politique générale qui doit être menée à Bruxelles doit associer systématiquement les compétences de l'aide aux personnes et de la santé, entre autres de façon à ce que l'assurance autonomie puisse parvenir à offrir une meilleure protection sociale de la perte d'autonomie et ce, quel que soit le type d'institutions accueillant la personne.

Enfin, toujours dans le domaine des maisons de repos, on sait qu'elles sont également peuplées à Bruxelles par des personnes qui n'en ont pas toujours besoin mais qui n'ont pas accès à des alternatives (contrairement à celles qui existent notamment en Flandre). Ainsi, plus d'un quart des Bruxellois entrant en MR n'auraient qu'une dépendance légère[244]. Ceci démontre l'importance de cibler les publics cible et les besoins spécifiques qu'ils rencontrent. Pour les personnes qui ne nécessitent pas d'être en maisons de repos, il existe une niche spécifique à laquelle l'APA pourrait tout à fait être en mesure de répondre. Il ne faut cependant pas négliger le facteur lié à l'isolement social de certaines personnes et le fait que certaines d'entre elles préfèrent - ou trouvent plus rassurant - de loger dans un habitat groupé ou collectif que de vivre seules[245].

4. Conclusion de l'annexe

Pour conclure, si l'objectif est de construire une réelle assurance autonomie, il faudra avoir égard à tous les éléments qui fondent une assurance sociale : cotisation (proportionnelle aux revenus), caractère universaliste ou s'en approchant (évitant en tout cas l'enquête des revenus), caractère solidaire, gestion paritaire et nature obligatoire de l'assurance. Il faut également prendre en compte le récent décret flamand relatif à la protection sociale flamande du 15 juin 2016 qui s'appliquera dans sa totalité (ses trois volets) aux habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale s'ils décident de s'y affilier et ce, suite à l'avis de la section législation du Conseil d'Etat.

Qu'il soit opté pour des prestations en espèce ou en nature en ce qui concerne l'assurance autonomie, il faudra veiller au fait que les personnes bénéficiant d'une APA ou devant bénéficier à l'avenir d'une

---

[243] Réponse de M. Gosuin à l'interpellation de M. Colson concernant le « papy- et mamy-boom, l'accessibilité financière du secteur de maisons de repos et la menace de la privatisation d'une partie de plus en plus importante du secteur », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commissions réunies de la Santé et des Affaires sociales, , 8 juillet 2015, n° 29, pp. 10-11

[244] Les chiffres diffèrent entre 25 et 38%. Voir l'interpellation de M. André du Bus de Warnaffe concernant le « taux et le type d'occupation des lits en maison de repos », *Compte rendu intégral des interpellations et des questions orales*, assemblée réunie de la Commission communautaire commune, Commission des Affaires sociales, chargée des Allocations familiales, le 22 avril 2015, n° 18, p. 29. Voir également « Les personnes âgées résident de plus en plus longtemps en maisons de repos », disponible sur le site de la mutualité chrétienne, https://www.mc.be/actualite/communique-presse/2013/personnes_agees.jsp

[245] N. REGUERAS, « Garantir des soins accessibles et de qualité aux personnes âgées », *Démocratie*, 1er octobre 2015.

APA accèdent à une protection sociale similaire que par le passé et ce, en vertu du principe de *standstill*. Juridiquement, il serait illégal de supprimer l'APA des personnes résidant par exemple en maison de repos au motif que le législateur privilégie le maintien à domicile. Par contre, l'APA pourrait donner lieu à des prestations en nature si cela permet d'assurer une protection similaire à la personne âgée. En fonction de l'âge des bénéficiaires de l'assurance autonomie, il faudra veiller à une articulation étroite avec l'APA (si elle n'a pas fusionné avec l'assurance autonomie), avec l'AI qui s'adresse aux personnes de 21 ans à 65 ans et éventuellement avec les allocations familiales majorées dont sont bénéficiaires les personnes handicapées jusqu'à l'âge de 21 ans. Le fait que les conditions de vie des allocataires bénéficiant de l'AI et de l'ARR soient précaires et ne permettent pas de couvrir le coût du handicap pourraient les inciter à faire appel massivement à l'assurance autonomie. Quelle que soit l'option retenue, il sera particulièrement important que le législateur précise quels besoins les prestations couvrent précisément et qu'il définisse la notion de « dépendance » ou de « perte d'autonomie ». Il est également indiqué de mettre en place des outils de simplification administrative (et de cas d'examen automatique), tels qu'ils existent dans le système actuel d'allocations pour personnes handicapées et tels qu'ils ont été créés par le législateur flamand. Enfin, si la Belgique n'est pas sans outils pour maintenir davantage les personnes à domicile, il semble qu'elle devrait davantage investir dans l'offre de centres de jour (d'accueil/ d'activités ou de soins) ou dans d'autres formules innovantes (habitats groupés, réforme des aidants proches, habitats intergénérationnels[246] ou habitats basés sur une culture de participation[247]) dans la mesure où ils permettent de maintenir l'autonomie de la personne âgée et handicapée, d'accroître sa participation à la vie sociale et ce faisant, de respecter les obligations internationales de l'Etat belge.

[246] P. VERSAILLES, « L'habitat intergénérationnel », Regards croisés sur l'adulte âgé. Réflexions autour de l'année européenne du vieillissement actif et de la solidarité entre les génération (2012), sous la dir. de V. FLOHIMONT et F. REUSENS, Bruxelles, la Charte, 2013, pp. 61-91 et C. GUFFENS, Où vivre ensemble ? Etude de l'habitat à caractère intergénérationnel pour personnes âgées, Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2006.

[247] Voir par ex. le projet « Tubbemodellen » en Suède qui entend permettre aux bénéficiaires de soins (les résidents) de participer activement au développement de leur propre modèle de soins. Voir *Innovation sociale en faveur d'un vieillissement actif et en bonne santé*, Recueil d'études de cas, sous la dir. de A. KESSELRING, Fondation Roi Baudouin, 2014, p. 145.