



Fédération des CPAS

Vos réf. : ASS/49044
Nos réf. : 2230/LV/MGO/JMR/cb/016
Votre correspond. : Jean-Marc Rombeaux
081 24 06 54
jmr@uvcw.be

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

Annexe(s) : 2

A l'attention de Madame Emilie Delferrière

Namur, le 2 mars 2017

Monsieur le Vice-Président,
Monsieur le Ministre,

Concerne : *Avant-projet de décret relatif à l'assurance autonomie - Modifications projetées du Cwass en matière de services d'aide aux familles et aux aînés.*

Lors de la concertation avec vos collaborateurs, nous avons reçu copie des deux textes sous rubrique. Il a été demandé de faire suivre les réactions sur ceux-ci.

A cet égard, nous vous prions de bien vouloir trouver, sous couvert de la présente, deux notes reprenant notre avis.

Pour l'avant-projet de décret assurance autonomie, outre des remarques sur le texte proprement dit, une série de demandes ou questions ne sont pas rencontrées à ce stade. Elles portent principalement sur :

- la question du budget et du nombre de bénéficiaires,
- le champ d'application,
- la problématique des revenus,
- la problématique de la dépendance,
- la facturation,
- l'Apa
- la communication auprès de la population.

Quant aux modifications envisagées du Cwass, trois demandent portent sur :

- la notion de représentant,
- les aides ménagers sociaux,
- l'articulation du contingent aide familiale et aide-ménagère.

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

Luc Vandormael
Président



MODIFICATIONS PROJETÉES DU CWASS EN MATIÈRE DE SERVICES D'AIDE AUX FAMILLES ET AUX ÂÎNÉS

Nous actons qu'une série de demandes formulées en groupes de travail ont été prises en compte. Nous en réitérons trois sur base de la dernière version connue du texte.

1. NOTION DE REPRESENTANT

La notion de représentant n'est pas précisée. Nous pensons qu'il faut prévoir une solution quand « il n'y a personne » et qu'il faut décider.

Notre proposition s'inspire de la définition du représentant en maison de repos et de soin (MRS) et de la loi relative aux droits des patients. En particulier, elle garde le principe de la cascade prévu dans cette Loi.

Dans un courriel du 27 février, une de vos collaboratrices nous a signifié que cette proposition a été prise en compte. Nous la mentionnons pour toute clarté.

Proposition :

« Représentant »

- a) Le représentant légal ou judiciaire du résident ;
- b) Le mandataire désigné par le résident ;
- c) Si une des personnes visées aux a) et b) ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, intervient en ordre subséquent :
 - l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait ;
 - un enfant majeur ;
 - un frère ou une sœur majeur(e) du patient ;
 - le travailleur social.

Le travailleur social intervient également en cas de conflit entre deux ou plusieurs des personnes mentionnées au point (c).

Pour mémoire, en MRS, aux termes de l'AR 21.9.2014 définissant les normes d'agrément :

" représentant " :

- a) le représentant légal ou judiciaire du résident ;*
- b) le mandataire désigné par le résident à l'exception de toute personne qui exerce une activité dans l'institution concernée ou qui prend part à sa gestion, ou qui est soumise à l'autorité du gestionnaire. Cette restriction ne s'applique pas au parent ou allié jusqu'au quatrième degré inclus.*
- c) à défaut des personnes visées aux a) et b), un membre du personnel du C.P.A.S. compétent, à l'exception de toute personne qui exerce une activité dans l'institution concernée ou qui prend part à sa gestion. »*

Par ailleurs, dans la Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, l'article 14, § 2 dispose que :

Si le patient n'a pas désigné de mandataire ou si le mandataire désigné par le patient n'intervient pas, les droits fixés par la présente loi sont exercés par l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait.

Si cette personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, les droits sont exercés, en ordre subséquent, par un enfant majeur, un parent, un frère ou une soeur majeurs du patient.

Si une telle personne ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, c'est le praticien professionnel concerné, le cas échéant dans le cadre d'une concertation pluridisciplinaire, qui veille aux intérêts du patient.

Cela vaut également en cas de conflit entre deux ou plusieurs des personnes mentionnées dans le présent paragraphe.

2. AIDE MENAGERS SOCIAUX - ART. 227.

Le paragraphe premier de l'article prévoit que : « *Le service doit avoir pour objet de mettre des prestataires d'aides familiaux, des aides seniors ou des gardes à domicile à la disposition des personnes et des familles visées à l'article 220, §1er, qui en font la demande.*

Cette mise à disposition doit se faire sans distinction d'opinion politique, philosophique ou religieuse ».

Le Ministre a annoncé la possibilité d'aide ménagers sociaux hors des SAFA et sous conditions. Cela correspond à une demande de certains CPAS et associations.

La Fédération avait posé à ce niveau des balises. La création d'un service d'aide-ménagères sociales agréé doit être possible :

- au sein d'un service d'aide aux familles ou en convention avec un tel service,
- avec l'obligation de viser un même public.

En tous les cas, le service d'aide-ménagère sociale devrait être agréé. L'agrément devrait à minimum prévoir :

- la gestion par un opérateur non-marchand,
- un encadrement par un travailleur social.

Pour ce faire, il faut un cadre. Il nous paraît préférable de « bétonner » le caractère non marchand et la convention avec un SAFA dans un cadre décrétoal, moins sujet à modification.

Proposition d'ajout :

Des aides ménagers sociaux peuvent travailler dans un service qui n'est pas un service d'aide aux familles et aux aînés si ce service, relevant du non marchand privé ou public, est conventionné avec un service d'aide aux familles et aux aînés et répond en outre aux conditions fixées par le Gouvernement.

3. ARTICULATION DU CONTINGENT AIDE FAMILIALE ET AIDE MENAGERE - ART. 242, § 1

L'article 242, § 1 dispose que « le Gouvernement attribue par service un nombre maximal annuel d'heures subventionnées d'activités d'aide à la vie quotidienne, dénommé « contingent d'heures d'aide à la vie quotidienne ».

Il est souhaitable de distinguer suffisamment les métiers d'aide ménager social et d'aide familial afin d'éviter des confusions. A défaut, on risque que l'aide-ménagère sociale fonctionne dans certaines situations comme une aide-ménagère « low cost ». Des contingents distincts aide familiale et aide-ménagère contribueraient à cette distinction.

Dans le même temps, pour la gestion du service, une forme de souplesse est utile pour aider les services à faire face à la fluctuation des besoins. Il est possible qu'une aide-ménagère sociale suffise dans un premier temps et que dans un second temps l'aide familiale soit nécessaire vu l'évolution de la situation. Cette souplesse peut être rendue possible par un possible transfert de contingent aide-ménagère sociale et aide familiale.

Proposition :

Le Gouvernement attribue par service un nombre maximal annuel d'heures subventionnées d'activités d'aide familiale, dénommé « contingent d'aide familiale».

Le Gouvernement attribue également par service un nombre maximal annuel d'heures subventionnées d'activités d'aide ménager social, dénommé « contingent d'aide ménager social».

Un pourcentage de maximum x % peut glisser entre ces deux contingents. Ce pourcentage est fixé par le Gouvernement.



AVANT-PROJET DE DÉCRET RELATIF A L'ASSURANCE AUTONOMIE

La note discute de la dernière version connue de l'avant-projet. Elle aborde :

1. La question du budget et du nombre de bénéficiaires
2. Le champ d'application
3. Article 5 – Sens et lisibilité
4. La problématique des revenus
5. La problématique de la dépendance
6. La facturation
7. L'Apa
8. La communication auprès de la population.

Outre des remarques sur le texte proprement dit, il nous semble important de rappeler une série de demandes ou questions qui ne sont pas rencontrées à ce stade.

1. BUDGET – NOMBRE DE BENEFICIAIRES

L'avant-projet de décret est très général. Si on y retrouve certains principes, l'essentiel sera dans les arrêtés d'application et/ou les circulaires.

Il n'est accompagné d'aucune donnée budgétaire.

Une estimation actualisée du nombre de résidents concernés en maison de repos et des personnes qui en bénéficieraient à domicile n'est pas présente. Nous actons qu'une étude financière complémentaire va être réalisée.

Avant d'entrer dans le calibrage des mesures, il conviendrait d'avoir une vue actualisée sur :

- les données **budgétaires**,
- le nombre de **bénéficiaires** concernés.

2. CHAMP D'APPLICATION

2.1. Les services (art. 3)

En vertu de l'article 3, 8°, parmi les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés sont seulement visés les maisons de repos et les maisons de repos et de soins.

La résidence services est censée être une alternative à la maison de repos et est fréquemment sur le même site que la maison de repos.

Le centre de soins de jour est un outil qui renforce le maintien à domicile, notamment en offrant du répit aux aidants proches. Certes, les personnes qui les fréquentent sont une partie du temps à domicile.

A notre estime, on pourrait proratiser l'intervention en fonction du nombre de journées en centre de soins de jour d'une part et à domicile d'autre part.

Proposition :

Reprendre les **centres de soins de jour et les résidences services** soient aussi visés à l'article 3, 8°.

2.2. Les personnes

Au Parlement, le 8 novembre 2016, un chiffre de 14 638 personnes résidents de maison de repos bénéficiant de l'APA a été évoqué. Ce chiffre est une estimation de l'Agence intermutualiste nationale. Il nous a été confirmé par des représentants des Mutuelles à l'AViQ en groupe de travail le 31 janvier 2017. Or, la note du Gouvernement de juillet 2016 fait état d'un chiffre nettement plus bas, de l'ordre de 9 000 personnes.

Le futur système ne peut **pas** être **moins avantageux** que l'actuel système **APA** en maison de repos. Cela vaut notamment pour le **nombre de personnes couvertes**.

3. ARTICLE 5 – SENS ET LISIBILITÉ

L'art. 5, § 3 dispose que :

§3. Sauf si elle a droit à une couverture visant la même finalité que celle visée aux articles 18 et 19 du présent Décret en vertu d'autres dispositions normatives belges, le § 1^{er} s'applique à toute personne qui a son domicile en Région de langue néerlandaise, en Région bilingue de Bruxelles-Capitale ou en Région de langue allemande, qui en vertu de son propre droit et pour l'emploi en Région de langue française, a exercé son droit à la libre circulation des travailleurs ou à la liberté d'établissement, tel que garanti par les articles 39 et 43 du Traité CE, et à laquelle s'applique le régime de sécurité sociale belge en application du Règlement (CE) n°883/04. Une personne qui a exercé son droit à la libre circulation des travailleurs ou à la liberté d'établissement si elle remplit une des conditions suivantes: [...]

Nous ne comprenons pas le sens du premier alinéa. En outre, il manque un verbe au second.

4. PROBLÉMATIQUE DES REVENUS (ART. 19)

L'article 19, § 3 dispose que les modalités d'exécution de l'intervention dans le coût d'hébergement à charge du résident en établissement d'accueil et d'hébergement pour aînés sont définies par le Gouvernement.

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

Il serait peu équitable que l'assurance autonomie intervienne de façon identique en maison de repos pour une personne à bas revenus et une personne à hauts revenus.

Le principe d'efficacité appelle aussi une telle modulation en maison de repos. Si l'avantage est le même pour tout le monde, il n'aidera pas suffisamment les personnes à faibles ressources. Elles devront quand même se retourner vers leur famille ou le CPAS.

L'accessibilité des maisons de repos pour les aînés dépend du prix des maisons, de leur financement, mais aussi des ressources des aînés. Pour favoriser l'accès au logement, la Région a instauré un chèque habitat qui est fonction des revenus.

Proposition :

En maison de repos comme à domicile, une **modulation en fonction des revenus** est à prévoir. Le principe doit figurer dans le décret.

5. PROBLÉMATIQUE DE LA DÉPENDANCE

5.1. Evalueur (art. 14)

L'art. 14, § 1 dispose que la demande de l'évaluation est introduite par la personne auprès du centre de coordination ou auprès de l'établissement d'accueil et d'hébergement pour aînés de son choix selon les modalités définies par le Gouvernement.

La Fédération se réjouit que l'évaluation soit dorénavant possible via la maison de repos.

La note d'orientation du Gouvernement du 21 juillet mentionnait des évaluateurs.

Pm : évaluateurs enregistrés par l'AViQ. L'acteur devra répondre à des conditions de diplôme comme par exemple infirmier, assistant social, médecin généraliste, etc.

Pour le domicile, on ne retrouve que le centre de coordination.

Ce changement de cap est excessif. On se propose de faire de la coordination un acteur central et exclusif de l'évaluation à domicile. Or, aujourd'hui, seulement **10 % des personnes aidées** par un service d'aide aux familles et aux aînés passent par un centre de coordination. Ils n'offrent pas à ce jour une garantie de couverture de l'ensemble du territoire wallon et ne sont pas nécessairement perçus et vécus par le citoyen lambda comme un acteur de proximité. En outre, ils n'ont aucun rôle actif en maison de repos.

Il nous revient à bonne source que cette option vise notamment à refinancer les centres de coordination. Ces coordinations sont utiles et il en existe en secteur public. Si leur refinancement peut être défendu, le débat sur celui-ci n'a pas à être mélangé avec celui de l'assurance autonomie. Il y a mélange de genre.

Certains font valoir que les coordinations sont des prestataires. D'autres organismes/organisations/prestataires sont possibles. De façon générale, nous estimons que le citoyen doit garder une liberté de choix du prestataire qui l'évalue pour autant que celui-ci ait les compétences pour le faire. Nous ne comprenons pas que le **médecin traitant** soit exclu des possibles évaluateurs. Il était cité dans la note d'orientation du 21 juillet. En effet, un médecin connaît bien son patient. C'est un médecin qui fait l'évaluation dans le cadre de l'APA. Cette exclusion a-t-elle été concertée avec les Associations de généralistes ?

Les **infirmières à domicile** sont aussi des dispensateurs de soins. Elles utilisent l'échelle de Katz pour la nomenclature. Elles ne pourraient pas le faire dans le cadre de l'assurance autonomie ? Cette décision a-t-elle été concertée avec les Associations représentatives des infirmières ?

Selon le Professeur Behrendt, à **partir de l'année 2024, la Région wallonne va perdre, pendant 10 ans, chaque année, 60 millions d'euros**¹.

Alors que les moyens régionaux manquent et vont continuer à le faire suite à la 6^e Réforme de l'Etat notamment, va-t-on dépenser des moyens publics pour financer une évaluation par les centres de coordination alors qu'elle est déjà faite pour un grand nombre de personnes à domicile via une infirmière à domicile ou un médecin traitant ? En ces temps difficiles, on ne cesse d'en appeler aux rationalisations et aux synergies. **On ne peut se permettre des « doublons »**, y compris dans l'évaluation de la dépendance

Les **services d'aide aux familles** et aux aînés sont des prestataires d'aide. Nous avons demandé à des responsables de ces services actifs en CPAS s'il était possible que la grille de Katz du domicile soit remplie par leurs soins. Leur réponse a été affirmative et ce compte tenu des éléments qu'ils doivent collecter pour la définition de leur plan d'aide.

Dans le schéma actuellement prôné, un grand nombre de missions seraient assurées par des Mutuelles ou des centres de coordination, proches de celles-ci. De facto, on se propose d'instaurer une forme de cumul dans l'assurance autonomie. En particulier, l'évaluation serait faite par des centres de coordination et le contrôle de celle-ci de façon inter-mutualiste.

Aux mandataires publics, on a imposé un décumul. Si le décumul est une bonne chose pour des mandataires publics, pourquoi un cumul dans l'assurance autonomie ?

En conclusion, il convient d'éviter une restriction du libre-choix, une forme de monopole pour l'évaluation, un risque de confusion de rôle lié au cumul de rôles, des dépenses publiques inutiles.

Proposition :

Outre les coordinations, à domicile, d'autres évaluateurs doivent rester possibles et ce comme le prévoit la note gouvernementale avalisée en juillet dernier : **médecin traitant, infirmières à domicile, services d'aide aux familles**.

5.2. Echelle

L'échelle de Katz est utilisée à domicile comme en maison de repos.

Le RAI peut être une solution à terme. Il n'est toutefois pas opérationnel en l'état actuel des choses. Verbalement, un horizon de 5 à 10 ans a été mentionné pour ce faire. En outre, la répartition de la population âgée en fonction de cette échelle est inconnue. Cela implique un aléa budgétaire important.

Au jour d'aujourd'hui, en maison de repos, les personnes qui accèdent à l'APA sont généralement dans la catégorie B ou C(d)

¹ La loi spéciale de financement commencera à entrer en vigueur sur le fameux mécanisme de transition. La Région wallonne touche deux montants supplémentaires que les autres Régions. Pas la Flandre qui, de ce point de vue, est solidaire, il faut le relever. Elle paie d'abord 558 millions à la Région wallonne. Et puis, elle paye par ailleurs, encore 600 millions en plus ce qui fait 1,2 milliard. Ces 600 millions-là vont diminuer à partir de 2024 de 10 % chaque année pour atteindre 10 ans plus tard 0 euro. Cela veut dire que chaque année il va falloir économiser 60 millions. Il faudra aussi le faire l'année d'après. Le Professeur a développé cet argument lors de l'Assemblée générale des CPAS wallons du 27.1.2017.

Il convient d'être attentif au fait qu'en maison de repos existe la catégorie D. Elle concerne des personnes qui ont un diagnostic de démence fait un médecin spécialiste. Toute une série d'entre elles sont toutefois « admissible » en catégorie B.

Proposition :

A tout le moins dans une première phase

- se limiter à l'usage de l'échelle de **Katz**,
- **à partir du profil B**,
- en tenant compte de la catégorie D en maison de repos.

5.3. Procédure de demande

En maison de repos, quand une personne entre, il y a une demande de forfait sur base d'une évaluation de la dépendance. Cette dépendance peut évoluer en fonction de l'état de santé de la personne. Il y a alors une demande de révision.

Cette dépendance peut aussi faire l'objet d'une modification à la hausse ou à la baisse suite à un contrôle.

Pour les délais, les dates et modalités à prendre en compte, il y a toute une codification qui existe via les articles 152 à 153bis de l'Arrêté royal du 3 juillet 1996. L'expérience a montré que cette codification était bien nécessaire.

Proposition :

Il faut une **codification précise des délais, dates** et modalités à prendre en compte dans l'assurance autonomie pour la demande, la révision et la modification. Il convient de **garder les pratiques actuelles** pour la demande de forfait.

5.4. Notification du bénéfice ou refus de l'assurance autonomie – art. 15

L'article 15 prévoit que « *l'organisme assureur de l'affilié vérifie les conditions et notifie à l'affilié le bénéfice ou le refus de l'assurance autonomie selon les modalités définies par le Gouvernement* ».

Qu'il soit du domicile ou du secteur résidentiel, comment un prestataire pourra-t-il être informé du bénéfice ou refus ?

L'information doit pouvoir être accessible par ce prestataire.

Proposition d'ajout :

L'information sur l'assurabilité est accessible aux prestataires selon des modalités définies par le Gouvernement.

5.5. Exigibilité des prestations – art. 21

L'article 21 dispose que : « *l'exigibilité des prestations ou de l'intervention débute dès le premier jour du mois qui suit la notification du bénéfice de l'assurance autonomie (...)* ».

En maison de repos, pour le forfait, la date du cachet de la poste fait foi pour la demande². Pourquoi cela n'est-il pas possible pour l'assurance autonomie ?

Proposition :

Le **cachet de la poste** fait foi pour les demandes.

5.6. Contrôle (art. 26)

L'article 26, § 1 dispose que le contrôle de l'évaluation du niveau de dépendance est effectué par les organismes assureurs et ce, de manière régulière et aléatoire, ou sur demande de l'Agence. Le Gouvernement détermine les modalités d'exécution de ces contrôles.

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

Proposition :

Maintien du contrôle Kappa en maison de repos.

6. FACTURATION – ARTICLE 18, § 5

6.1. Nous préconisons de conserver les canaux actuels de facturation, tant à en maison de repos qu'à domicile.

6.2. La facturation actuelle en maison de repos est trimestrielle. Cela implique un coût en trésorerie pour les maisons de repos. Actuellement l'APA est une allocation mensuelle. L'assurance autonomie va la remplacer.

6.3. L'article 18, § 5 mentionne que « *sur base trimestrielle, les services d'aide à domicile envoient leurs factures aux organismes assureurs de leurs affiliés* ».

Nous plaignons la cohérence avec les maisons de repos.

Proposition :

Evoluer vers une **facturation mensuelle tant à domicile qu'en maison de repos**.

Si l'on reste avec une facturation trimestrielle, il faut une forme de compensation pour le coût.

² AR 3.7.1996, art. 152, § 3, portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994

7. APA

En maison de repos, le système doit être au moins aussi avantageux que l'APA. Sinon, il y aurait une perte au niveau des personnes.

Tant que le dispositif n'est pas opérationnel, **l'ouverture d'un droit à l'APA** doit rester possible.

Pendant longtemps, à l'échelon fédéral, l'option envisagée pour mettre en œuvre l'assurance autonomie fut le déplafonnement de l'APA.

Proposition :

Vu le nombre de problèmes techniques à résoudre, **en maison de repos**, ne serait-il plus simple et plus sage de maintenir un **dispositif qui s'inspire de l'APA** tout en le simplifiant et le généralisant ?

8. COMMUNICATION AUPRES DE LA POPULATION

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

Proposition :

Les **citoyens** doivent avoir une **juste information** de ce que recouvre et permet **l'assurance**.