



Union des Villes et
Communes de Wallonie
asbl



Fédération des CPAS

Vos réf. :
Nos réf. : LV/ALV/JMR/cb/2017-97
Votre correspond. : Jean-Marc Rombeaux
081 24 06 54
jmr@uvcw.be
Annexe(s) : 1

Madame Alda Gréoli
Vice-Présidente et Ministre de l'Action sociale,
de la Santé, de l'Égalité des chances, de la
Fonction publique et de la Simplification
administrative
Rue des Célestines, 1
5000 Namur

Namur, le 27 novembre 2017

A l'attention de Monsieur Nicolas Thielen,
Conseiller

Madame la Vice-Présidente,
Madame la Ministre,

**Concerne : Avis de la Fédération des CPAS
Assurance autonomie
Informations reçues le 23 octobre 2017
Note d'orientation du 26 octobre 2017**

Le Gouvernement a adopté une note d'orientation le 26 octobre 2017. Elle a été présentée verbalement le 23 octobre aux Fédérations représentatives des services d'aide aux familles et aux aînés et des centres de coordination. Ces Fédérations l'ont reçue par courriel le 30 du même mois. Un avis de leur part est attendu pour fin novembre.

Nous vous remercions vivement de nous avoir consultés. Vous trouverez, ci-joint, notre avis sur la note d'orientation. Nous souhaitons mettre en exergue les considérations générales (1) et remarques ponctuelles (2) suivantes.

1. Considérations générales

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

1.2. Le maintien de l'APA sous un autre nom est une option raisonnable qui va dans le sens de ce que préconisait la Fédération en maison de repos. Elle est à saluer.

Les règles actuelles de l'APA en matière d'âge (65 ans), de révision de catégorie et d'évaluation de la dépendance sont à maintenir.

Une liaison des montants de l'AFA au bien-être est à instaurer.

1.3. Il faut moduler davantage la cotisation en fonction des revenus et prévoir un financement alternatif au moins dans son principe.

Il convient que les personnes bénéficiant du revenu d'intégration ou d'une aide sociale pour leur hébergement en maison de repos bénéficient de l'exonération du paiement de la cotisation.

1.4. Tous les SAFA devront avoir la possibilité d'avoir un contingent aide ménagère sociale.

1.5. Les problématiques sociales et des familles doivent pouvoir être prises en compte à part entière comme elles le sont actuellement, et non comme une dérogation à la perte d'autonomie physique.

1.6. Les montants de l'AFA doivent faire l'objet d'une majoration forfaitaire. Le champ d'application de cette allocation est à élargir de sorte que davantage de personnes puissent en bénéficier. Les 100 millions de moyens supplémentaires pourraient être répartis entre les deux branches en fonction de l'importance relative des budgets APA et SAFA.

1.7. Il conviendrait plutôt de parler de « protection autonomie » que d' « assurance autonomie » vu que le dispositif combine une branche assurance (branche 1) et une branche assistance (branche 2).

2. Remarques ponctuelles sur la branche 1

2.1. Dans un souci de libre choix, afin d'éviter un goulot d'étranglement ou une forme de monopole ainsi que de prévenir une confusion de rôle, les évaluateurs suivants devraient être possibles : les centres de coordination, les médecins traitants, les infirmières à domicile et les SAFA.

Les moyens prévus pour renforcer les centres de coordination doivent être explicités.

2.2. Le Bel-Rai n'est pas d'utilisation courante à ce jour. Cela implique :

- le risque d'une application non uniforme pendant quelques temps ;
- un aléa quant au coût de l'assurance et sa soutenabilité financière.

2.3. 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.

En particulier, un délai de rigueur doit exister pour la réponse d'un centre de coordination à une demande d'évaluation de l'autonomie.

2.4. Un prestataire d'aide à domicile doit pouvoir être informé du bénéfice ou refus du bénéfice de la branche 1 de l'assurance autonomie ainsi que du nombre d'heures déjà prestées par d'autres services.

2.5. Comment seront financées les prestations supplémentaires dont parlent la note ?

Pour les aides intensives, la tarification devrait tenir compte de l'intensité de l'aide.

2.6. Dans un souci d'économie dans les frais de gestion et de continuité de service, il convient de :

- conserver les canaux actuels de facturation pour les SAFA via l'AVIQ ;
- prévoir le paiement de l'AFA via l'AVIQ.

2.7. Il est souhaitable de distinguer suffisamment les métiers d'aide ménagère sociale et d'aide familiale afin d'éviter des confusions. 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. Elle peut être rendue possible par un possible transfert de contingent aide ménagère sociale et aide familiale.

2.8. Les services d'aides ménagères sociales non marchands qui ne sont pas intégrés à un SAFA doivent pouvoir émerger de l'assurance autonomie sous certaines conditions :

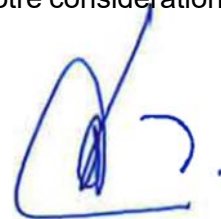
- être un service non marchand, public ou privé ;
- avoir une convention avec un ou des services d'aide aux familles et aux aînés ;
- avoir un encadrement financé à l'instar de ce qui existe pour les services d'aide aux familles et aux aînés.

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

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



Alain Vaessen,
Directeur général



Luc Vandormael,
Président



Fédération
des CPAS

AVIS DE LA FEDERATION DES CPAS

N° 2017-15

NOTE D'ORIENTATION RELATIVE À L'ASSURANCE AUTONOMIE WALLONNE

**ADRESSE A ALDA GREOLI,
VICE-PRESIDENTE ET MINISTRE DE L'ACTION SOCIALE, DE LA SANTE, DE L'EGALITE
DES CHANCES, DE LA FONCTION PUBLIQUE ET DE LA SIMPLIFICATION
ADMINISTRATIVE**

24 NOVEMBRE 2017

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



Table des matières

1. Remarques générales	3
1.1. Un principe positif	3
1.2. Poursuite de l'APA en AFA	3
1.3. Nouvelles cotisations	3
1.4. Seuil d'autonomie pour l'ouverture du droit.....	4
1.5. Dépendance sociale et aide aux familles.....	4
1.6. Absence de moyens complémentaires dans la branche 2 dont les personnes en MR.....	5
1.7. Terminologie – Protection autonomie	6
2. Remarques ponctuelles sur la branche 1	6
2.1. Evaluation de la dépendance par les centres de coordination.....	6
2.2. Utilisation du Bel-Rai screener.....	7
2.3. Délais et procédure de demande	7
2.4. Notification du bénéficiaire ou refus de l'assurance autonomie.....	8
2.5. Durée et tarification des prestations à la personne.....	8
2.6. Facturation de la subvention et paiement de l'allocation	8
2.7. Articulation du contingent aide familiale et aide ménagère.....	9
2.8. Aide ménagère sociale hors SAFA	9
2.9. Communication auprès de la population.....	10



Le Gouvernement a adopté une note d'orientation le 26 octobre 2017. Elle avait été présentée verbalement le 23 octobre aux Fédérations représentatives des services d'aide aux familles et aux aînés et des centres de coordination. Ces Fédérations l'ont reçue par courriel le 30 du même mois. Un avis de leur part est attendu pour fin novembre.

1. CONSIDERATIONS GENERALES

1.1. Un principe positif

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

1.2. Poursuite de l'APA en AFA

1.2.1. Le maintien de l'APA sous un autre nom est une option raisonnable qui va dans le sens de ce que préconisait la Fédération en maison de repos. Elle est à saluer.

1.2.2. Dans le même temps, il convient que le système ne soit pas figé. Comme aujourd'hui, il faut que l'intervention puisse être revue en cas d'évolution de la dépendance et que son évaluation soit faite par un médecin.

1.2.3. Une assurance autonomie est en principe sans condition d'âge. La perte de dépendance peut en effet advenir à tout âge. L'APA vise uniquement des personnes de plus de 65 ans. Cette limite est-elle maintenue ? Si elle disparaissait, des personnes de moins de 65 ans pourraient « cumuler » l'AFA avec une allocation pour handicap fédérale. Ce n'est pas souhaitable.

1.2.4. Au niveau fédéral, les allocations sociales font l'objet d'adaptation au bien-être. Sauf erreur, aucun dispositif similaire n'existe au niveau régional pour l'APA. Tendanciellement, cela implique un appauvrissement relatif des bénéficiaires de cette allocation.

Les règles actuelles de l'APA en matière d'âge (65 ans), de révision de catégorie et d'évaluation de la dépendance sont à maintenir.

Une liaison des montants de l'AFA au bien-être est à instaurer.

1.3. Nouvelles cotisations

Les cotisations annuelles sont arrêtées selon le schéma suivant :

- *Pour les cotisants qui sont bénéficiaires de l'intervention majorée : **25 €***
- *Pour les cotisants qui ne sont pas bénéficiaires de l'intervention majorée : **50 €**.*

Ces cotisations sont indexées en fonction de l'indice santé.

Certaines personnes seront exemptées du paiement de cette cotisation. Le gouvernement fixera les catégories spécifiques des personnes concernées.

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

Si la cotisation n'est pas liée aux revenus, il y a une rupture avec la Sécurité sociale telle qu'elle s'est développée à ce jour. En particulier, le principe d'équité est mis à mal : il n'y a pas de lien entre la contribution et la capacité contributive. Au contraire, avec un montant forfaitaire, la contribution est dégressive à l'exception des « BIM ».



En outre, l'assurance autonomie est appelée à monter en puissance et devra mobiliser des ressources allant croissantes. L'absence de lien avec la capacité contributive et de diversification des sources de financement hypothéquerait la nécessaire mobilisation des ressources que va requérir l'augmentation de la part des personnes âgées dans l'ensemble de la population.

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

1.3.2. Si une personne reçoit le revenu d'intégration ou une aide sociale du CPAS pour son hébergement en maison de repos, la cotisation sera en pratique à charge du CPAS.

Il convient que les personnes bénéficiant du revenu d'intégration ou d'une aide sociale pour leur hébergement en maison de repos bénéficient de l'exonération du paiement de la cotisation.

1.4. Seuil d'autonomie pour l'ouverture du droit

La perte d'autonomie qui ouvrirait le droit à l'assurance serait modérée. Ce n'est pas mentionné explicitement dans la note mais cela a été clairement énoncé le 23 octobre.

C'est une grande différence avec la note d'orientation de juillet 2016 qui visait un « état de dépendance grave et prolongé ». Cela implique que dans un premier temps, l'intervention se ferait d'abord via des aides ménagères sociales. Il sera donc crucial que les CPAS qui ont des SAFA aient aussi des aides ménagères sociales. A défaut, une série de demandes risquent de ne pas arriver.

Tous les SAFA devront avoir la possibilité d'avoir un contingent aide ménagère sociale.

1.5. Dépendance sociale et aide aux familles

De plus, certaines dérogations pourront être accordées afin de pouvoir prendre en compte un certain type de dépendance sociale. Le Gouvernement déterminera les critères pour lesquels des dérogations de perte d'autonomie sociale peuvent être demandées par les services d'aides aux familles et aux aînés (SAFA).

Tous les moyens des SAFA partent dans l'assurance autonomie. Cela implique notamment que les moyens aujourd'hui consacrés à des familles ou des problématiques sociales vont aussi dans cette assurance.

Au jour d'aujourd'hui, on estime que 75 à 80 % des personnes aidées par les SAFA ont plus de 60 ans. Cela implique qu'entre 20 et 25 % des bénéficiaires de l'aide sont des personnes « jeunes ». Bon nombre d'entre eux ont un ou des problèmes sociaux et certains ont des difficultés de santé.

Dans la note, de facto, la dépendance sociale devient une dérogation à la perte d'autonomie physique. Conceptuellement, cela équivaut à envisager un problème social comme une exception à un problème de santé. C'est réducteur. Un problème social est de nature différente et doit être traité sur pied d'égalité.

Plus généralement, la dimension 'aide aux familles' semble passer à l'arrière-plan, voire disparaître. Rappelons que l'aide aux familles est historiquement un des motifs fondateurs des SAFA.

Les problématiques sociales et des familles doivent pouvoir être prises en compte à part entière comme elles le sont actuellement, et non comme une dérogation à la perte d'autonomie physique.



1.6. Absence de moyens complémentaires dans la branche 2 dont les personnes en MR

1.6.1. Aucun moyen complémentaire n'est prévu pour la branche 2 qui reprend l'APA et notamment les personnes qui en bénéficient en maison de repos.

1.6.2. Le nombre de bénéficiaires de l'APA est en net recul en Wallonie.

Date	Nbre bénéficiaires
12/2011	39 301
05/2016	37 645
06/2017	35 687

1.6.3. Les moyens disponibles pour l'aide à domicile sont insuffisants au regard des besoins présents et futurs. Un effort significatif en vue de son développement est parfaitement défendable et compréhensible.

De là à ne prévoir aucun soutien complémentaire pour les personnes qui vivent en maison de repos, il y a une marge, un pas à ne pas franchir. La précarisation d'une partie de la population va à terme se répercuter au niveau des pensions. Pour les précaires d'aujourd'hui, la maison de repos pourrait devenir difficilement accessible, voire être une sorte de « produit de luxe ». C'est d'autant plus vrai que l'on observe une hausse du prix des MR-MRS en conséquence de normes plus élevées qui ont été imposées pour améliorer notamment le confort des résidents ou renforcer la protection incendie. Cela pose un problème d'accessibilité pour les moins nantis.

Si on ne prévoit aucun soutien complémentaire, une série de conséquences dommageables sont à prévoir. Davantage de personnes resteront à domicile pour des raisons financières alors que les limites de l'accompagnement par des professionnels et/ou de l'aidant proche sont dépassées. D'autres seront orientées vers des maisons à prix et qualité variable (« low cost ») voire des Shna (structures d'hébergement non agréées). D'autres encore émargeront au CPAS.

Plus fondamentalement, l'absence de moyens complémentaires pour les personnes vivant en maison de repos implique une distorsion, voire une forme de discrimination selon le lieu de vie. A ce titre, elle est questionnante au regard des articles 10 et 11 de la Constitution.

1.6.4. Au total, le budget s'élèverait à 416 millions. 100 millions seraient mobilisés via les nouvelles cotisations et injectés dans la seule branche 1. Ces 100 millions pourraient être répartis entre les branches 1 et 2 au prorata des budgets existants. La clé de répartition des 100 millions supplémentaires serait alors la suivante :

180	57 %	57 millions	Branche 1
136	43 %	43 millions	Branche 2
316		100 millions	

Dans la lecture de ces chiffres, il convient d'être attentif au fait que :

- la branche 2 bénéficie à des personnes tant à domicile qu'en maison de repos ;
- environ 49000 ménages bénéficient de l'aide d'un SAFA et 35 687 personnes avaient une APA en juin 2017.

Les moyens injectés dans la branche 2 aideraient donc non seulement des personnes en maison de repos mais aussi les personnes à domicile et notamment celles qui dépasseront le maximum de prestations via l'assurance autonomie et devront acquitter un barème plus élevé (cf. infra 4.5.).



Les montants de l'AFA doivent faire l'objet d'une majoration forfaitaire. Elle bénéficierait relativement plus aux bas revenus.

Le champ d'application de cette allocation est à élargir de sorte que davantage de personnes puissent en bénéficier.

Les 100 millions de moyens supplémentaires pourraient être répartis entre les deux branches en fonction de l'importance relative des budgets APA et SAFA.

1.7. Terminologie – Protection autonomie

La note porte sur une assurance autonomie. La branche 2 est de facto la poursuite de l'APA qui est une forme d'assistance (aide) sociale. L'expression « protection sociale contre la perte d'autonomie » est utilisée au point 2.2.

Il conviendrait plutôt de parler de « protection autonomie » que d'« assurance autonomie » vu que le dispositif combine une branche assurance (branche 1) et une branche assistance (branche 2).

2. REMARQUES PONCTUELLES SUR LA BRANCHE 1

2.1. Evaluation de la dépendance par les centres de coordination

Pour bénéficiaire de la branche 1 « Intervention au domicile », le niveau de dépendance est constaté par les centres de coordination agréés.

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'AViQ lors du dépôt d'une plainte.

2.1.1. Verbalement, le 23 octobre, une possible évaluation par le médecin traitant voire un travailleur social d'une Mutuelle a été évoquée. Ces éléments ne se retrouvent pas dans la note d'orientation.

2.1.2. Dans le cadre de la branche 1, la coordination deviendrait l'acteur central et exclusif de l'évaluation. Or, aujourd'hui, seuls 10 % des personnes aidées par un SAFA passent par un centre de coordination. Est-on certain que les centres existants permettraient une couverture et un maillage assez homogène de l'ensemble du territoire wallon ?

On estime que 49 000 ménages sont aidés par un service d'aide aux familles et aux aînés.

Comme tous ces bénéficiaires entreraient dans l'assurance autonomie, il faudrait faire un travail important d'évaluation, surtout avant le lancement. Ne risque-t-on pas un « goulot d'étranglement » ?

2.1.3. Verbalement, le 23 octobre, 70 ETP supplémentaires pour les centres de coordination existants ont été annoncés. Cet élément n'est pas dans la note d'orientation. En outre, il faudra un temps pour les former.

2.1.4. De façon générale, en matière de santé, un citoyen doit garder une liberté de choix du prestataire.

Nous ne comprenons pas que le médecin traitant soit absent des possibles évaluateurs. En effet, un médecin connaît son patient¹. Cette exclusion a-t-elle été concertée avec les Associations de généralistes ?

¹ Bien entendu, on ne peut pas lui imposer cette évaluation.



Les infirmières à domicile utilisent couramment l'échelle de Katz pour la nomenclature. Pourquoi ne pourraient-elles utiliser le Bel-Rai dans le cadre de l'assurance autonomie ? Cette décision a-t-elle été concertée avec les Associations représentatives des infirmières ?

Compte tenu des éléments qu'ils doivent collecter pour la définition de leur plan d'aide, les travailleurs sociaux des services d'aide aux familles disposent de beaucoup d'éléments pour remplir le Bel-Rai screener. Pourquoi évoquer les travailleurs sociaux des services sociaux des Mutuelles et pas ceux des SAFA ? Arguer qu'ils seraient juge et partie n'est pas convaincant. En maison de repos, les infirmières des MR-MRS remplissent l'échelle de Katz et sont contrôlées par les Mutuelles.

2.1.5. En habilitant les seuls centres de coordination pour l'évaluation de la dépendance, on crée de facto une sorte de monopole. Tant d'un point de vue de citoyen qu'en terme économique, le monopole n'est pas souhaitable.

2.1.6. L'évaluation serait faite par des centres de coordination, souvent proches des Mutuelles et le contrôle de l'évaluation serait fait de façon inter-mutualiste. Il y a un risque de confusion de rôle.

Pour la branche 1, dans un souci de libre choix, afin de d'éviter un goulot d'étranglement ou une forme de monopole ainsi que de prévenir une confusion de rôle, les évaluateurs suivants devraient être possibles :

- les centres de coordination ;
- les médecins traitants ;
- les infirmières à domicile ;
- les SAFA.

Les moyens prévus pour renforcer les centres de coordination doivent être explicités.

2.2. Utilisation du Bel-Rai screener

Nous n'avons pas d'objection de principe sur l'utilisation de cet outil.

En même temps, il n'est pas d'utilisation courante à ce jour. Cela implique le risque d'une application non uniforme pendant quelques temps, voire quelques années.

En outre, on ne sait pas comment la population wallonne se répartit en fonction de cet outil. Cela implique un aléa quant au coût de l'assurance et sa soutenabilité financière à moyen et surtout long terme.

En particulier, comment l'étude actuarielle va-t-elle être faite vu l'absence de données macros sur cette échelle ?

2.3. Délais et procédure de demande

2.3.1. 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, une codification 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.

2.3.2. Il ne serait pas acceptable qu'une personne soit privée d'assurance autonomie parce que l'évaluation au niveau du centre de coordination tarde.

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.

En particulier, un **déla**i de rigueur doit exister pour la réponse d'un centre de coordination à une demande d'évaluation de l'autonomie.

2.4. Notification du bénéfice ou refus de l'assurance autonomie

Un prestataire d'aide à domicile doit pouvoir être informé du bénéfice ou refus du bénéfice de la branche 1 de l'assurance autonomie ainsi que du nombre d'heures déjà prestées par d'autres services.

A défaut, il risque d'intervenir sans garantie de subvention.

2.5. Durée et tarification des prestations à la personne

La durée des prestations ne peut dépasser un nombre maximum de prestations par mois (à définir). Les prestations supplémentaires s'effectueront suivant un tarif et un barème différent de celui de l'assurance autonomie, étant entendu que ces tarifs donneront lieu à une négociation.

Dans la mesure où le seuil de dépendance pour l'entrée dans l'assurance autonomie sera relativement « bas », ce qui pourra être réservé à une personne dans le cadre de l'assurance autonomie sera relativement « limité ».

Comment seront financées les prestations supplémentaires dont parlent la note ? Les services devront-ils le faire avec des aides à l'emploi ? Sinon, comment ?

Une personne en fin de vie atteindra vraisemblablement assez vite le nombre maximum de prestations par mois. Au-delà de ce maximum, le barème sera plus onéreux pour la personne.

Ce seuil de dépendance « relativement bas » pourrait avoir un impact négatif sur l'accessibilité des services d'aide à domicile pour ces personnes. Un problème similaire pourrait exister pour d'autres personnes qui ont aussi besoin d'une aide intensive en raison d'un accident de la vie (ex. : dépression sévère suite à une maternité, traitement lourd en raison d'un cancer, fibromyalgie, ...).

Pour les aides intensives, la tarification devrait tenir compte de l'intensité de l'aide.

2.6. Facturation de la subvention et paiement de l'allocation

Les organismes assureurs recevront les montants nécessaires au paiement des factures des services d'aide au domicile pour les prestations effectuées au bénéfice de leurs assurés.

Pour la branche 2 « Allocation forfaitaire autonomie », les montants accordés sont versés aux bénéficiaires mensuellement par les Organismes Assureurs.



2.6.1. La DPR affirme que « *les institutions sont trop complexes, trop nombreuses et trop coûteuses* ». Par ailleurs, le contexte des finances publiques wallonnes reste compliqué. Il le sera encore plus quand la phase de transition prévue dans la loi de financement sera finie.

2.6.2. Nous n'identifions pas la plus-value au paiement de l'AFA par les mutualités. Ce paiement implique que l'on développe dans tous les organismes assureurs un logiciel et que l'on forme le personnel au mécanisme de l'APA.

Maintenir le paiement au sein d'un seul organisme permettrait des économies d'échelle et limite le risque de discontinuité dans les paiements en raison de l'absence de personnel qualifié.

2.6.3. Une série de subventions aux SAFA sont indépendantes du bénéficiaire (ancienneté, km, densité, ...). Quelle est la plus-value de l'intervention de la mutuelle pour la facturation de celles-ci ? Pour les SAFA, ne faudrait-il pas mieux conserver un paiement centralisé par l'AVIQ sous le « contrôle » des Mutuelles qui sont présentes dans tous les organes de l'AVIQ ?

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

Dans un souci d'économie dans les frais de gestion et de continuité de service, il convient de :

- conserver les canaux actuels de facturation pour les SAFA via l'AVIQ ;
- prévoir le paiement de l'AFA via l'AVIQ.

2.7. Articulation du contingent aide familiale et aide ménagère

Il est souhaitable de distinguer suffisamment les métiers d'aide ménagère sociale et d'aide familiale 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.

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.

2.8. Aide ménagère sociale hors SAFA

La branche 1 financera notamment des aides ménagères sociales. Le niveau de dépendance retenu comme seuil d'inclusion dans l'assurance sera relativement bas. Dès lors, dans un premier temps, ce sera d'abord une aide ménagère qui interviendra.

La note d'orientation de juillet 2016 disposait que :



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

Aujourd'hui, en CPAS nombre de services d'aides ménagères prestent chez des personnes âgées sans être gérés par un service d'aide aux familles.

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

Les services d'aides ménagères sociales qui ne sont pas intégrés à un SAFA doivent pouvoir émerger de l'assurance autonomie sous certaines conditions :

- être un service non marchand, public ou privé ;
- avoir une convention avec un ou des services d'aide aux familles et aux aînés ;
- avoir un encadrement financé à l'instar de ce qui existe pour les services d'aide aux familles et aux aînés.

2.9. Communication auprès 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.

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

**Annexe 1 - Centre de coordination d'aide et de services à domicile****FASD**

	ASD en Brabant Wallon	Chaussée de Namur, 52 C	1400 Nivelles	067/893959
	ASD en Province de Namur	Avenue de la Dame, 93	5100 Jambes	081/257457
	ASD en Province de Luxembourg	Rue de Rédange, 8	6700 Arlon	063/230404
	ASD Mons-Borinage	Rue des canonniers, 1	7000 Mons	065/403131
	ASD Liège-Huy-Waremme	Rue d'Amercoeur, 55	4020 Liège	04/3412250
	ASD Arrondissement de Verviers	Rue de la banque, 8	4800 Verviers	087/329090
	ASD du Hainaut Oriental	Rue du Douaire, 40/1	6150 Anderlues	071/699666
	CMDPA	Chemin des primevère, 36	7800 Ath	068/250610

FECOSEDI

	COSEDI Brabant Wallon	Avenue des Déportés, 31/33	1300 Wavre	010/245153
	COSEDI Hainaut- Namur	Rue anatole France, 8-14	7100 La Louvière	078/151000
	ACDI	Rue de la Légende, 47	4141 Louveigné	04/2737915

ACCOORD

	CADO	Rue Soldat Larivière 43B	1370 Jodoigne	010/810731
	SCSAD Charleroi	Boulevard Zoé Drion, 1	6000 Charleroi	071/331155
	VAD province de Namur	Rue Bourtombourg, 6	5000 Namur	081/743384
	Corsade	Rue du Parc, 29	5060 Sambreville	071/777879
	MAD Liège	Place St Jacques, 13	4000 Liège	04/2205848
	CPAS de Mons	Place de Cuesmes, 4	7033 Cuesmes	065/408400
	VAD BW	Place de la Cure, 24	1300 Wavre	010/244633
	VAD PLG	Rue Bois l'Évêque, 2a bte 11	4000 Liège	04/3658008
	VAD SH	Boulevard Saintcetelette, 81	7000 Mons	065/840966

FCSD

	CMDT	Rue des cordes, 8	7500 Tournai	068/848630
	CSD Province de Namur	Rue de France, 35	5600 Philippeville	081/777100
	IMSTAM	Rue du Viaduc, 52	7500 Tournai	069/891540
	CSD en Brabant Wallon	Chaussée de Bruxelles, 5	1300 Wavre	010/849640
	CSD de Mons Borinage	Rue chêne Hayette, 33a	7331 Baudour	065/843030
	CSD Liège	Rue de la Boverie, 379	4100 Seraing	04/3382020
	CSD en Province de Luxembourg	Avenue Nestor Martin, 59	6870 Saint-Hubert	061/613150
	SAFPA	Rue du Palais, 86 bte 21	4800 Verviers	087/292005
	CSD Mut	Avenue Max Buzet, 38	7100 La Louvière	078/155223



Annexe 2

Pré-modules et modules d'élaboration BeIRAI®

[À MOINS D'INDICATION CONTRAIRE, L'ÉVALUATION PORTE SUR LES 3 DERNIERS JOURS]

MODULE 1: AVQ

Le client rencontre-t-il des difficultés dans les activités instrumentales de la vie quotidienne - (préparation des repas, ménage courant, gestion des médicaments, gestion des finances, usage du téléphone, escaliers, faire les courses ou transports)?

- OUI. Répondre aux questions ci-dessous, puis passer au module 2.
 NON. Passer au module 2.

AVQ: PERFORMANCE ET CAPACITÉ

Coder la PERFORMANCE (A) dans les AVQ durant les 3 DERNIERS JOURS. Coder la CAPACITÉ PRESUMÉE (B), l'habileté à assurer l'activité de façon aussi indépendante que possible. Cela requiert du jugement de la part de l'évaluateur.

- | | | |
|--|-----|-----|
| 0. Indépendant(e) - Sans préparation, ni supervision, ni aide | (A) | (B) |
| 1. Aide à la préparation uniquement | | |
| 2. Supervision - Surveillance ou Indications | | |
| 3. Assistance limitée - Aide lors de certaines occasions | | |
| 4. Assistance importante - Aide pour l'ensemble de l'activité mais accomplit seul 50% de l'activité ou plus | | |
| 5. Assistance maximale - Aide pour l'ensemble de l'activité mais accomplit seul moins de 50% de l'activité | | |
| 6. Dépendance totale - D'autres exécutent en permanence l'activité | | |
| 8. L'activité n'a pas été accomplie durant l'ensemble de la période (n'utilisez pas ce codé pour la CAPACITÉ) | | |
-
- | | | |
|---|----------------------|----------------------|
| a. Préparation des repas —Comment les repas sont préparés (par ex. planifier les menus, rassembler les ingrédients, cuire, préparer les couverts). | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| b. Ménage courant —Comment le ménage courant est fait (par ex. faire la vaisselle, épousseter, faire les lits, ranger, la lessive). | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| c. Gestion des finances —Comment sont payées les factures, sont équilibrés les comptes et les dépenses de la maison, est rempli un virement. | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| d. Gestion des médicaments —Comment sont gérés les médicaments (par ex. se souvenir de les prendre, ouvrir les flacons, prendre le dosage correct, se faire les injections, appliquer des pommades). | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| e. Usage du téléphone —Comment les appels téléphoniques sont donnés ou reçus (avec des aides techniques telles que des chiffres agrandis sur le téléphone ou un amplificateur). | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| f. Escaliers —Comment est montée ou descendue une volée de marches (12-14 marches). | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| g. Faire les courses —Comment se font les achats des aliments ou des articles ménagers (par ex. choisir les produits, payer) EXCLUT LES TRANSPORTS | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| h. Transports —Comment le client voyage par les transports publics (par. ex. choix du trajet, achat de la carte) OU conduit lui-même (comprend sortir de la maison, entrer et sortir du véhicule). | <input type="text"/> | <input type="text"/> |

MODULE 2: AVQ

Le client rencontre-t-il des difficultés dans les activités de la vie quotidienne (bain, hygiène personnelle, s'habiller la partie supérieure/inférieure du corps, marcher, locomotion, transfert vers et des toilettes, utilisation des toilettes, mobilité au lit ou s'alimenter)?

- OUI. Répondre aux questions ci-dessous, puis passer au module 3.
 NON. Passer au module 3.

Performances pour les AVQ

Pour chaque AVQ, codez la réponse appropriée correspondant à la performance de la personne durant LES 3 DERNIERS JOURS. Tenez compte de tous les épisodes où l'activité a été effectuée durant cette période.

- Si tous les épisodes au cours des 3 derniers jours sont accomplis au même niveau de performance codez l'AVQ à ce niveau.
 - Si un des épisodes est de niveau "0" et que les autres épisodes sont de niveau inférieur, codez l'AVQ au niveau "5".

- Dans les autres cas, centrez-vous sur les 3 épisodes de dépendance les plus élevés (ou sur tous les épisodes s'ils sont accomplis moins de 3 fois). Si l'épisode de dépendance la plus élevée est "1" codez le score de l'AVQ à ce niveau. Sinon, codez le score de l'AVQ correspondant à celui de l'épisode de moindre dépendance.

0. **Indépendant(e)** - Sans préparation, ni supervision, ni assistance physique, lors de tout épisode
- Aide à la préparation uniquement** - Article procuré ou placé à proximité sans supervision ou assistance physique
 - Supervision** - Surveillance ou indications
 - Assistance limitée** - Aide pour la mobilisation des membres, guidance physique ne nécessitant pas de force
 - Assistance importante** - Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par un seul aidant alors que la personne accomplit 50% ou plus de l'activité
 - Assistance maximale** - Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par minimum deux aidants OU aide nécessitant de la force physique pour plus de 50 % de l'activité
 - Dépendance totale** - Activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période
 - L'activité n'a pas été accomplie**

- | | |
|--|--------------------------|
| a. Hygiène personnelle - Comment le client réalise son hygiène personnelle (par ex. à l'évier), y compris se coiffer, se brosser les dents, se raser, se maquiller, se laver et s'essuyer le visage et les mains. EXCLUT bain et douche | <input type="checkbox"/> |
| b. Locomotion - Comment le client se déplace (en marchant ou en fauteuil roulant) entre deux points du même étage. Si en fauteuil roulant, indépendance une fois dans le fauteuil. | <input type="checkbox"/> |
| c. Utilisation des toilettes - Comment le client utilise les toilettes (ou la chaise percée, la panne, l'urinal), s'essuie après leur utilisation ou, lors d'incontinence, change ses protections, s'occupe d'une sonde urinaire ou d'une stomie, ajuste ses vêtements. EXCLUT le transfert vers ou des toilettes | <input type="checkbox"/> |
| d. S'alimenter - Comment le client mange et boit (indépendamment de son habileté). Comprend se nourrir par n'importe quel moyen (par ex., nourriture par sonde, par voie parentérale totale) | <input type="checkbox"/> |

MODULE 3: TROUBLES COGNITIFS

Le client présente-t-il des troubles cognitifs (mal-être cognitif ou démenche)?

- OUI. Répondre aux questions ci-dessous, puis passer au module 4.
 NON. Passer au module 4.

1. FACULTÉS COGNITIVES POUR PRENDRE LES DÉCISIONS QUOTIDIENNES

Performances dans la prise des décisions concernant les tâches de la vie quotidienne - par ex., quand se lever ou prendre les repas, quels vêtements porter ou quelles activités faire?

0. **Indépendance** - Les décisions sont logiques, raisonnables et sûres.
1. **Indépendance relative** - Le client a de la peine à prendre des décisions lorsqu'il affronte de nouvelles tâches ou une situation inconnue.
2. **Déficience minime** - Dans des situations particulières, récurrentes, des décisions sont de mauvaise qualité ou dangereuses. Le client a besoin d'indications/de supervision à certains moments.
3. **Déficience modérée** - Les décisions du client sont constamment de mauvaise qualité ou dangereuses. Le client a besoin d'indications/de supervision en permanence.
4. **Déficience sévère** - Le client ne prend jamais ou rarement de décisions.
5. **Pas de conscience décelable, coma** [Passer au module 4]

2. MÉMOIRE/CAPACITÉ DE SE SOUVENIR

Coder le rappel de ce qui a été appris ou su

0. Pas de problème de mémoire 1. Problème de mémoire

- a. **Mémoire à court terme** - Semble se rappeler/se rappelle après 5 minutes
- b. **Mémoire procédurale** - Peut accomplir toutes ou la plupart des étapes séquentielles de tâches multiples sans indication

interRAI



Pré-modules et modules d'élaboration BelRAI®

3. EXPRESSION - CAPACITÉ À SE FAIRE COMPRENDRE

Expression du contenu de l'information à la fois verbale et non verbale

0. **Est compris(e)**—Exprime ses idées sans difficultés
1. **Est généralement compris(e)**—Difficultés à trouver ses mots ou à aller au bout de sa pensée MAIS si on lui laisse du temps, peu ou pas de guidance requise
2. **Est souvent compris(e)**—Difficultés à trouver ses mots ou à aller au bout de sa pensée ET guidance généralement requise
3. **Est parfois compris(e)**—Capacité limitée à exprimer des demandes concrètes
4. **Rarement ou jamais compris(e)**

4. S'ALIMENTER

À remplir SEULEMENT si vous avez répondu NON au module 2: AVQ
activités de la vie quotidienne

Codez la réponse appropriée correspondant à la performance de la personne durant LES 3 DERNIERS JOURS. Tenez compte de tous les épisodes où l'activité a été effectuée durant cette période.

- Si tous les épisodes au cours des 3 derniers jours sont accomplis au même niveau de performance codez l'AVQ à ce niveau

- Si un des épisodes est de niveau "0" et que les autres épisodes sont de niveau inférieur, codez l'AVQ au niveau "5"

- Dans les autres cas, centrez-vous sur les 3 épisodes de dépendance les plus élevés (ou sur tous les épisodes s'ils sont accomplis moins de 3 fois). Si l'épisode de dépendance la plus élevée est "1" codez le score de l'AVQ à ce niveau. Sinon, codez le score de l'AVQ correspondant à celui de l'épisode de moindre dépendance dans l'intervalle 2-5

0. **Indépendant(e)** – Sans préparation, ni supervision, ni assistance physique, lors de tout épisode
1. **Aide à la préparation uniquement** – Article procuré ou placé à proximité sans supervision ou assistance physique
2. **Supervision** – Surveillance ou indications
3. **Assistance limitée** – Aide pour la mobilisation des membres, guidance physique ne nécessitant pas de force
4. **Assistance importante** – Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par un seul aidant alors que la personne accomplit 50% ou plus de l'activité
5. **Assistance maximale** – Aide nécessitant de la force (y compris soulever les membres) par minimum deux aidants OU aide nécessitant de la force physique pour plus de 50 % de l'activité
6. **Dépendance totale** – Activité entièrement accomplie par d'autres durant l'ensemble de la période
8. **L'activité n'a pas été accomplie**
- a. **S'alimenter**—Comment le client mange et boit (indépendamment de son habileté). Comprend se nourrir par n'importe quel moyen (par ex. nourriture par sonde, par voie parentérale totale)

MODULE 4: TROUBLES PSYCHIQUES

Le client présente-t-il des troubles psychiques?

- OUI Répondre aux questions ci-dessous, puis passer au module 5.
- NON. Passer au module 5.

Répondre par non (0) ou oui (1)

0. Non 1. Oui
- a. Constitue une menace ou un danger pour soi-même
- b. Constitue une menace ou un danger pour autrui
- c. Est incapable de prendre soin de soi-même à cause d'un trouble mental
- d. Est dépendant
- e. Présente des symptômes psychiatriques spécifiques par ex. dépression, hallucinations, effets secondaires de médicaments

MODULE 5: TROUBLES DU COMPORTEMENT

Le client présente-t-il des troubles du comportement?

- OUI Répondre aux questions ci-dessous.
- NON.

TROUBLES DU COMPORTEMENT

Coder ce qui est observé quelle qu'en soit la cause

0. Non présents
1. Présents mais non manifestés dans les 3 derniers jours
2. Manifestés 1-2 jour(s) durant les 3 derniers jours
3. Manifestés quotidiennement les 3 derniers jours
- a. **Déambulation** — Se déplace sans but ni besoin apparent, au mépris de sa sécurité
- b. **Agressivité verbale** — par ex., menace, injurie, maudit autrui
- c. **Agressivité physique** — par ex., frappe, repousse, griffe, agresse sexuellement autrui
- d. **Comportement sexuel inadapté ou perturbateur** — par ex., perturbe par des cris, du bruit, crache, projette de la nourriture ou des selles, amasse des objets, fouille ce qui appartient aux autres
- e. **Comportement sexuel inadapté ou se déshabille en public** — par ex., masturbation en public, gestion ou commentaires obscènes
- f. **S'oppose aux soins** — par ex., prendre ses médicaments, recevoir ses injections, recevoir de l'aide aux AVQ, manger