



AVIS A.1260

**AVIS RELATIF A L'INSTAURATION D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE
EN WALLONIE**

ADOPTÉ PAR LE BUREAU DU CESW LE 11 JANVIER 2016

SOMMAIRE

LES MESSAGES-CLÉS	3
LES DÉVELOPPEMENTS	4
1. PRÉAMBULE	4
2. RECOMMANDATIONS DES INTERLOCUTEURS SOCIAUX	4
2.1. Considérations générales	4
2.2. Fondements d'une assurance autonomie en Wallonie	5
2.2.1. Evaluation des besoins et évolution de l'offre	5
2.2.2. Evolution des prises en charge	5
2.2.3. Objectifs de l'assurance autonomie	5
2.2.4. Politique globale en réponse aux besoins	6
2.2.5. Champ d'application de l'assurance autonomie	6
2.2.6. Financement de l'assurance autonomie	7
2.2.7. Conditions d'attribution de l'assurance autonomie	8
2.2.8. Mesure de la dépendance	9
2.2.9. Prestations dans le cadre de l'assurance autonomie	12
2.2.10. Modalités d'organisation de l'assurance autonomie	14
ANNEXE	15

RECOMMANDATIONS DES INTERLOCUTEURS SOCIAUX CONCERNANT L'INSTAURATION D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE EN WALLONIE

Dans la perspective de l'instauration d'une assurance autonomie en Wallonie annoncée par le pouvoir politique, le CESW développe dans le présent avis d'initiative, les recommandations des Interlocuteurs sociaux dont l'aperçu synthétique est le suivant :

LES MESSAGES-CLÉS

- L'assurance autonomie : un des outils pour accompagner la dépendance due à l'âge, au handicap ou à la maladie.
- Un rôle central au Conseil de stratégie et de prospective dans l'évaluation des besoins et l'adaptation de l'offre.
- Un dispositif n'engendrant pas de discrimination entre les secteurs ou les usagers.
- Un objectif politique à clarifier.
- Un système simple et efficace pour les bénéficiaires et les prestataires, dès sa conception.
- Un financement transparent et prévisionnel.
- Des conditions d'attribution liées à l'utilisation de services et respectant la liberté de choix du bénéficiaire.
- Une attention particulière pour les publics précarisés.
- Le BelRAI comme instrument de mesure de la dépendance : des avantages, des réserves et des questionnements.
- Une gestion efficace et une répartition équilibrée des responsabilités.

LES DÉVELOPPEMENTS

1. PRÉAMBULE

Lors de sa séance du 2 juillet 2015, le Gouvernement wallon a approuvé les grandes orientations présentées par le Ministre M. PREVOT, en charge notamment de l'action sociale et de la santé, concernant l'instauration d'une assurance autonomie en Wallonie dont l'entrée en vigueur interviendrait au 1^{er} janvier 2017.¹

Mme A. GREOLI, chef de Cabinet du Ministre, a procédé à un premier échange sur ce dossier avec les membres de la Commission Action/Intégration sociale du CESW, le 8 juillet 2015. Dans la foulée, la Commission AIS a décidé de formuler des recommandations au Ministre de tutelle quant à l'instauration d'un tel dispositif.

Sur base de différentes sources disponibles et suite à l'audition de divers experts², les Interlocuteurs sociaux tentent de définir un schéma « idéal » d'assurance autonomie selon les objectifs, les principes et les balises qu'ils estiment judicieux de promouvoir en Wallonie, indépendamment des contraintes politiques et budgétaires qui se dessineront par la suite. Cette contribution du CESW s'inscrit dans la perspective du projet de texte qui sera élaboré au sein du Cabinet sur ce thème, sur lequel il demande d'être formellement consulté.

2. RECOMMANDATIONS DES INTERLOCUTEURS SOCIAUX

2.1 CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Comme il le mentionnait dans son avis A.1230³, le CESW prend la mesure du moment historique qui se dessine à travers la création d'une Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles tout comme avec la mise en place prochaine d'une assurance autonomie en Wallonie.⁴ La 6^{ème} réforme de l'Etat et les dispositions mettant en œuvre les accords de la Sainte Emilie, transfèrent en effet aux Régions de nombreuses compétences en matière de santé et d'aide aux personnes et marquent ainsi un tournant majeur dans la gestion des mécanismes de protection sociale de notre pays.

L'assurance autonomie wallonne a pour ambition d'accompagner la perte d'autonomie liée à l'âge, au handicap ou à la santé, en permettant à la population qui le souhaite de rester le plus longtemps possible dans son habitation. Le Conseil relève qu'il s'agit là d'un vaste défi dont l'assurance autonomie ne constituera qu'un des instruments. En effet, il convient de prendre en compte l'ensemble des politiques destinées à améliorer le bien-être des citoyens

¹ Extrait de la DPR et orientations du 2 juillet 2015, en annexe au présent document.

² Cf. Etude « CARE » CERISIS-UCL, étude francophone de 2002, analyse comparative des modèles existants en Flandre, France et Grand duché de Luxembourg, plan Horizon 2022, positions antérieures du CESW, etc. Audition d'experts sur l'instrument de mesure de la dépendance « BelRai ».

³ Avis A.1230 sur l'avant projet de décret relatif à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles, adopté par le Bureau le 13 juillet 2015.

⁴ Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) - Décret wallon du 2 décembre 2015 visant la création de l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles.

et d'examiner globalement leur impact en termes de réponse aux besoins, en particulier pour les personnes âgées, fragilisées ou en état de dépendance.

Ainsi, le Conseil considère que les diverses formes d'accueil résidentiel, les services de coordination et d'aide à domicile, les dispositifs à destination des personnes présentant un handicap, les structures intermédiaires entre l'hébergement, le domicile ou l'hôpital sans oublier les mesures de prévention (cf. déterminants en santé) s'inscrivant en amont du processus, constituent un tout, à situer sur un continuum le plus complet et le plus cohérent possible. Le Conseil estime qu'il faut privilégier la complémentarité et non la concurrence entre les secteurs et favoriser ainsi la fluidité du parcours des personnes au cours de leur trajet de vie. L'assurance autonomie wallonne devrait contribuer à la réalisation de cet objectif.

2.2 FONDEMENTS D'UNE ASSURANCE AUTONOMIE EN WALLONIE

2.2.1 Evaluation des besoins et évolution de l'offre

Le CESW considère qu'un préalable indispensable à la mise en œuvre d'une assurance autonomie en Wallonie est de disposer d'outils permettant, d'une part, de réaliser une évaluation permanente et prospective des besoins et souhaits des bénéficiaires et, d'autre part, de mesurer la nécessaire adaptation de l'offre à l'évolution de ceux-ci (cf. impact démographique, profil des bénéficiaires et prévisions budgétaires).

Il constate à ce jour une carence dans les dispositifs actuels permettant d'évaluer les besoins par rapport à l'offre existante de services. Il estime qu'il convient de confier clairement une mission en la matière à l'Agence wallonne de la santé, de la protection sociale, du handicap et des familles : récolte et exploitation des données, anticipation et pilotage de l'offre, aperçu des besoins non couverts, analyse des rapports d'activités des services concernant les besoins/profils des bénéficiaires, etc. Le Conseil de stratégie et de prospective instauré au sein de l'Agence sera certainement amené à jouer un rôle central à cet effet. Le CESW recommande de doter cet organe des moyens (humains/financiers/informatiques) indispensables pour exercer cette tâche fondamentale dans la gestion de l'assurance autonomie.

2.2.2. Evolution des prises en charge

Le Conseil tient également à souligner l'évolution des prises en charge dans les secteurs de l'aide à domicile et de l'accueil résidentiel. Les prestataires doivent, en effet, faire face ces dernières années à une demande de plus en plus diversifiée, multifactorielle et à la gestion de cas lourds ou exigeant des interventions multiples. Ainsi, par exemple au niveau de l'aide à domicile, on peut évoquer la dispensation de soins de plus en plus spécialisés et complexes à domicile, les aides à la vie journalière pour personnes en situation de handicap (AVJ), les habitations protégées, etc. Il convient dès lors d'aborder la couverture des besoins d'une manière globale et qualitative, y compris en articulation avec les compétences ou prérogatives restées fédérales, et ne pas se limiter au seul angle quantitatif qui ne reflète pas la variété et la complexité des situations.

2.2.3 Objectifs de l'assurance autonomie

Le CESW estime que l'objet central d'une assurance autonomie en Wallonie doit être de garantir l'accessibilité pour tout citoyen en état de dépendance à une offre de qualité par

rapport à ses besoins et à leur évolution. Il partage l'objectif du Gouvernement wallon « *d'accompagner la dépendance qu'elle soit due à l'âge, au handicap ou à la maladie* ». Il lui paraît en effet important d'aborder la réflexion en fonction des publics visés. La problématique de l'aide aux personnes âgées, même si elle est majoritaire, n'est en effet pas unique. Les personnes confrontées à des difficultés en raison d'un handicap, d'une maladie ou de problèmes de santé mentale doivent également pouvoir être prises en compte.

En outre, le Conseil estime que l'instauration d'une assurance dépendance doit aussi avoir pour objectif de permettre à chaque bénéficiaire de choisir l'option de prise en charge la plus adéquate (aide à domicile ou résidentiel) en fonction de ses besoins et non en fonction de facteurs externes (accessibilité financière, places disponibles en institution, disponibilité des services d'aide à domicile...). Ainsi, il est regrettable qu'actuellement, certaines personnes restent à domicile en raison de problèmes d'accessibilité aux structures d'accueil alors qu'au regard de leurs besoins, elles nécessiteraient une prise en charge en institution et, qu'à l'inverse, des personnes soient placées en institution à défaut d'une aide à domicile suffisante.

2.2.4 Politique globale en réponse aux besoins

Le CESW estime qu'idéalement la mise en place d'une assurance autonomie devrait permettre de couvrir l'ensemble des besoins, éviter de favoriser un type d'accueil par rapport à un autre et garantir que chaque bénéficiaire puisse choisir et bénéficier d'une aide adaptée. Aussi, si des choix politiques devaient être opérés dans un sens ou l'autre (ex. maintien à domicile), s'écartant de cet objectif initial, il conviendrait que cela soit annoncé clairement afin d'éviter toute confusion dans le chef de la population. Et de resituer l'assurance autonomie comme un des instruments dans l'ensemble des politiques mises en œuvre en réponse aux besoins. En tout état de cause, il faudra apporter rapidement une réponse à la problématique de la **couverture de la dépendance** pour les personnes accueillies en **institution** (personnes âgées et/ou handicapées), par exemple via le renforcement de l'accessibilité ou par une action sur la politique des prix des établissements. La question de l'accueil institutionnel des personnes handicapées vieillissantes doit également être évoquée.

Enfin, il s'agira aussi de bien mesurer les conséquences de la **disparition de l'APA et du BAP** afin de ne pas pénaliser certains bénéficiaires et de ne pas engendrer d'inégalités nouvelles entre ceux-ci.⁵ Ainsi, une attention particulière devra être accordée à la situation des personnes les plus précarisées hébergées en institution (MR/MRS, lieux d'accueil et d'hébergement pour personnes handicapées).

2.2.5 Champ d'application de l'assurance autonomie

Dans les modalités de mise en œuvre de l'assurance autonomie, il y aura lieu de prendre en considération les revenus, dont la définition devra être précisée, et de prévoir des dispositions particulières concernant les personnes aux revenus les plus faibles.

Bénéficiaires (= qui a droit ?)

Le CESW considère que l'assurance autonomie doit s'adresser idéalement à tout type de bénéficiaire domicilié en Wallonie en situation de dépendance, quel que soit l'âge, en fonction de l'évolution des besoins. Il relève en effet que le ciblage sur un public prioritaire (ex. réduction des inégalités socio-économiques, grande dépendance, etc.) comporte un

⁵ En ce qui concerne l'APA, cette remarque s'inscrit au-delà de la phase d'extinction du dispositif qui prévoit le maintien des droits acquis.

risque d'engendrer une segmentation dans la prise en charge de la dépendance et de voir se développer des formes d'interventions « hors système », avec toutes les dérives que cela suppose (aide informelle non encadrée, travail au noir, tarifs non régulés etc.).

Dans le même ordre d'idée, le Conseil s'interroge sur l'orientation définie par le Gouvernement de limiter, pour des raisons budgétaires, l'accès à l'assurance autonomie aux bénéficiaires résidant à domicile et non à ceux accueillis en établissements. Il estime qu'il serait contre productif de construire un tel dispositif en opposant entre eux des secteurs (résidentiel/domicile) ou des bénéficiaires au profil et aux besoins similaires. Il indique qu'il convient de veiller à la meilleure allocation possible des moyens publics sans créer de distorsion ou d'injustices entre les citoyens. Il convient également d'éviter que certains bénéficiaires fassent le choix du maintien à domicile compte tenu de l'aide accordée par l'assurance dépendance alors qu'un accueil en institution aurait été plus opportun au vu de leurs besoins.

Toutefois, cet écueil peut être évité si l'on aborde la question de la dépendance dans son ensemble, l'assurance autonomie n'étant qu'un des outils d'une politique plus globale en la matière. Le CESW estime qu'il s'agira d'apprécier les conditions de création de l'assurance autonomie à la lumière des dispositions qui pourraient être prises par ailleurs pour répondre aux besoins des usagers (cf. modes de gestion et/ou de subventionnement des établissements pour personnes âgées, SAFA, services destinés aux personnes en situation de handicap, etc.).

Cotisants (= qui doit cotiser ?)

Le CESW partage la volonté du Gouvernement d'inscrire le dispositif résolutement dans une logique assurantielle, avec pour corollaire l'établissement d'une large base de cotisants. Il lui recommande toutefois de tirer les enseignements de l'évolution du montant des cotisations de la « zorgverzekering » en Flandre et d'envisager les hypothèses susceptibles d'enrayer le système à terme (ex. déficit dû à l'explosion des demandes, dispositions à prendre en cas de non-acquittement des cotisations).

Coopération intrabelge et internationale

Le CESW relève que l'assurance autonomie wallonne sera instaurée parallèlement à celle existant en Communauté flamande « zorgverzekering » depuis près de 15 ans et celle en cours de réflexion en Région de Bruxelles-Capitale. La Communauté germanophone dispose elle aussi des compétences pour élaborer son propre système, si elle le souhaite. Le Conseil s'interroge dès lors sur la coopération éventuelle à prévoir entre les entités fédérées pour répondre aux situations particulières qui pourraient se poser (ex. droit à accéder à l'assurance autonomie wallonne après y avoir cotisé - ou non - si changement de domicile, utilisation de services ancrés dans une autre région, possibilité d'intégrer le dispositif d'une autre entité, etc.). Dans le même ordre d'idées, une coopération internationale devrait être envisagée pour résoudre les différents cas de figure qui pourraient se présenter (ex. transfrontaliers,...). On pourrait utilement s'inspirer de la jurisprudence européenne en la matière.

2.2.6 Financement de l'assurance autonomie

Le CESW demande des précisions quant à la répartition des **différentes sources** de financement envisagées pour l'assurance autonomie wallonne, faisant apparaître clairement les moyens qui résulteront des cotisations, d'une part et le budget régional (nouveau ou réaffecté) qui sera engagé à cet effet, d'autre part.

A cet égard, le Conseil s'interroge sur le seuil de cotisations nécessaire pour amorcer le financement du dispositif au démarrage. Le socle de financement envisagé par le Gouvernement sur base des cotisations et de moyens existants réaffectés (APA/BAP/une partie du budget des SAFA) s'avérera-t-il suffisant ? ⁶ Le CESW souligne le fait que, dans les trois dispositifs similaires qu'il a étudiés (cf. Flandre, France, Grand Duché de Luxembourg), le financement est largement assuré par l'Etat ou le Gouvernement complémentarément aux moyens dégagés par le biais des cotisations.

En tout état de cause, le CESW estime que l'introduction d'une cotisation obligatoire à l'assurance autonomie ne doit en aucun cas entraîner un glissement vers un désengagement ou une diminution des moyens publics affectés à ce jour au subventionnement des politiques et des services concernés.

Le CESW recommande, par ailleurs, que l'on établisse une **programmation pluriannuelle** des moyens en fonction des prévisions relatives aux besoins, à moyen et long termes. Le démarrage du dispositif pourrait s'avérer progressif quitte à envisager son élargissement par la suite.

Enfin, le Conseil insiste sur la nécessité de prendre également en compte dans le financement, le **coût opérationnel** lié à la gestion de l'assurance autonomie ainsi qu'à sa mise en place au départ.

2.2.7 Conditions d'attribution de l'assurance autonomie

Le CESW se montre davantage favorable à l'octroi de l'assurance autonomie **conditionnée** à un plan de prise en charge ou à l'utilisation de services existants plutôt que l'attribution d'une intervention financière à usage libre. Il attire en effet l'attention du Gouvernement sur les risques d'effets pervers qu'une telle allocation financière pourrait engendrer : augmentation tarifaire des prestataires (tarifs non réglementés)⁷, recours à de l'aide informelle ne garantissant pas la qualité. Il estime donc important d'anticiper ces risques en concevant dès le départ un modèle qui fonctionne autrement (ex. droit de tirage sur des prestations de services agréés/tarifs régulés).

Cette option est à mettre en perspective avec le respect de la **liberté de choix**, l'autonomie et la responsabilisation du bénéficiaire. S'il semble légitime que la personne concernée puisse rester maître de ses choix de vie, il est tout aussi important que les prestations à son service s'effectuent dans un cadre respectueux pour le prestataire. Cela suppose d'intégrer les conditions de travail comme élément intrinsèque à la qualité du service rendu. Dès lors que des moyens publics sont engagés, on est en droit d'imposer que la prestation s'effectue dans certaines conditions. La liberté individuelle ne peut pas se justifier à n'importe quel prix (ex. travail à domicile, disponibilité permanente). Il convient d'être prudent afin de ne pas détricoter ce qui a été construit en termes de professionnalisation des métiers dans ces secteurs d'activités.

Par ailleurs, il va de soi que le conditionnement de l'assurance autonomie à la prestation de services suppose de proposer une **offre de qualité en suffisance** (en volume d'heures/jours prestés/semaine), régulière et accessible sur le plan géographique et financier. Le Conseil recommande pour cela de s'appuyer autant que possible sur ce qui existe déjà et de le

⁶ NB. Le budget de départ a été estimé par le Cabinet entre 250 à 300 millions € (400 millions € à l'échéance d'une vingtaine d'années).

⁷ En Flandre, on a assisté à une hausse des tarifs dans les structures résidentielles pour personnes âgées consécutive à l'introduction de l'assurance soins.

renforcer (ex. SAFA, Centres de coordination, etc.), quitte à ajuster en conséquence les dispositions qui régissent ces structures.⁸

Enfin, il faudra veiller à prendre en compte le rôle et la place des professionnels et autres intervenants, en bonne complémentarité. En ce qui concerne les **aidants proches**⁹, il conviendra de prévoir le soutien, les solutions de répit et l'encadrement adéquats.

2.2.8 Mesure de la dépendance

Le CESW souligne qu'une étape importante dans l'instauration de l'assurance autonomie wallonne sera définir les modalités de mesure de la dépendance. Il estime qu'il conviendra de définir préalablement quel objectif l'on poursuit à travers cet exercice et de déterminer ensuite quel est l'instrument le plus approprié pour atteindre l'objectif visé. Le Conseil a pris connaissance des travaux universitaires comparatifs qui avaient été menés dès 2002 sur différentes échelles d'évaluation existantes (cf. KATZ, APA, AGGIR, etc.).¹⁰

A propos du BeIRAI

Il s'est également informé sur le BeIRAI (Resident Assessment Instrument), un instrument auquel il est souvent fait référence à l'heure actuelle au niveau belge puisqu'il constitue un des axes du Plan d'action E-Health 2013-2018.¹¹ A cet égard, il semblerait qu'un accord politique soit intervenu récemment au sein de la CIM Santé entre le pouvoir fédéral et les entités fédérées concernant les engagements réciproques quant à l'utilisation commune du BeIRAI. Le Conseil s'interroge sur la portée exacte de cet accord en ce qui concerne la

⁸ Cf. Voir à ce propos le point 2.2.9.

⁹ Le CESW se réfère à la notion large de l'aidant proche telle que définie à l'art.3 de la Loi du 12 mai 2014 relative à la reconnaissance de l'aidant proche aidant une personne en situation de grande dépendance, à savoir : « *L'aidant proche est la personne qui apporte une aide et un soutien continus ou réguliers à la personne aidée. Pour être reconnu, l'aidant proche remplit les conditions cumulatives suivantes : être majeur ou mineur émancipé, avoir développé une relation de confiance ou de proximité, affective ou géographique avec la personne aidée. En outre, les conditions d'exercice suivantes doivent être réunies : exercer le soutien et l'aide à des fins non professionnelles, d'une manière gratuite et avec le concours d'au moins un intervenant professionnel, tenir compte du projet de vie de la personne aidée (...)* ».

¹⁰ L'étude intitulée « *Etude relative à la mise en œuvre de mécanismes d'aides en faveur des personnes en perte d'autonomie* » avait été réalisée dans la foulée de la mise en place de l'assurance soins en Flandre (zorgverzekering) entrée en vigueur en octobre 2001. Les responsables politiques francophones avaient souhaité que l'on examine, en toute confidentialité, la possibilité d'instaurer un dispositif de ce type au sud du pays. Un Gouvernement conjoint de la Région wallonne, de la COCOF, de la Communauté française et de la Communauté germanophone, réuni le 25 février 2002, avait décidé de confier la réalisation de cette étude à un consortium universitaire (ULB, Ulg, UCL) et aux membres francophones du Collège intermutuelliste. Un rapport intermédiaire avait été publié en septembre 2002 et la synthèse finale en janvier 2003.

L'étude avait précisé quelles étaient les **activités de la vie quotidienne** pour lesquelles une personne peut être dépendante (AVJ et AIVJ) et avait procédé à une analyse critique des différentes échelles utilisées pour mesurer la dépendance. Les auteurs de l'étude mettaient en garde contre la confusion souvent effectuée entre la perte d'autonomie et la dépendance. Ils développaient les avantages et inconvénients des **échelles** utilisées, axées tantôt sur le modèle déficitaire (ex. KATZ, APA) ou sur le modèle des compétences (ex. AGGIR). Pour leur part, ils recommandaient le recours à la grille AGGIR (France) combinée à SOCIOS. Les Mutualités libres émettaient toutefois des réserves quant à cette recommandation.

Actes de la vie journalière (AVJ) que sont les actes vitaux tels que l'hygiène personnelle, l'habillement, l'alimentation, l'élimination, les transferts (changements de positions corporelles), les déplacements.

Actes instrumentaux de la vie journalière (AIVJ) qui sont nécessaires pour avoir accès aux AVJ : la gestion des biens, l'entretien de l'habitat, la préparation des repas, le transport, l'usage du téléphone, le suivi d'un traitement, les activités récréatives, etc.

¹¹ Plan d'action E-Health 2013-2018, action 8 "Instauration d'un instrument d'évaluation uniforme (BeIRAI) », déclinée en 12 actions spécifiques – www.rtreh.be.

Région wallonne et sur ses implications éventuelles dans le cadre de l'assurance autonomie wallonne.

Le Conseil comprend en effet le souci du Gouvernement de se baser sur une échelle d'évaluation de la perte d'autonomie, unique, commune avec le niveau fédéral et les autres entités fédérées, notamment la Flandre. Il s'inscrit dans cette logique et partage aussi l'idée d'adopter un outil de mesure qui soit commun aux divers secteurs (soins/résidentiel/domicile/handicap) permettant de suivre le bénéficiaire au cours de son trajet de vie, en fonction de l'évolution de ses besoins. Il considère que cela constituerait une avancée importante concernant la continuité de la prise en charge avec des « aller-retour » possibles vers l'autonomie (cf. réversibilité des situations), ce qui est difficilement praticable actuellement.

Doit-on pour autant en conclure que le BelRAI est le moyen le plus approprié pour atteindre ces objectifs ?

Questions préliminaires

Le CESW estime que cela suscite à tout le moins une série de questions préalables :

- Quel usage du BelRAI envisage-t-on en Wallonie : sa version minimaliste comme instrument de « screening » de base ou plus ambitieuse comme outil global de gestion (cf. procédure d'évaluation complète, plans de soins - CAP's, analyse prospective des besoins, prévention des situations à risque, outil statistique et d'aide à la décision, etc.) ?
- Comment va-t-on définir et mesurer la dépendance dans le cadre de l'assurance autonomie wallonne ? Le BelRAI constitue un des outils disponibles mais il en existe d'autres.¹² Il apparaît qu'à ce jour le BelRAI est surtout adapté au volet « soins », dans la perspective d'un dossier médical unique mais qu'il ne semble pas encore au point pour le volet « aide » qui concerne prioritairement la région wallonne. Ainsi, avant d'envisager éventuellement son utilisation en Wallonie, il conviendra de s'assurer que la grille d'évaluation couvre bien l'ensemble des items du volet « aide », en ce compris l'aide matérielle.
- En quoi un outil d'aide à la décision médicale (diagnostic) serait-il opportun pour déterminer un plan d'aide et l'octroi d'une allocation dans le cadre de l'assurance autonomie ?
- L'outil « screener » du BelRAI serait-il suffisant pour mesurer la dépendance et pourrait-il être complété d'un volet « social » tel que celui utilisé dans les services d'aide à domicile en Wallonie ?
- Il conviendrait de connaître les dispositions de la convention établie entre le SPF Santé publique et InterRAI pour l'utilisation de l'outil et d'en mesurer les implications pour la Wallonie. Quels seront les coûts potentiels de l'utilisation de cet instrument aux différentes étapes du processus et pour les divers acteurs concernés ? Le SPF entend-il répercuter une partie des coûts d'utilisation sur les entités fédérées ? La Région sera-t-elle également sollicitée pour le financement des équipes de recherche belges travaillant sur le BelRAI ?
- Quelles sont les implications juridiques concernant la propriété numérique des données, a fortiori dans le contexte international dans lequel s'inscrit le BelRAI ? Qui sera propriétaire des données figurant dans la base de données ? Le RAI seul ? Une propriété partagée entre le RAI et les autorités publiques belges ?
- Quel sera le droit de regard du patient par rapport à l'évaluation faite dans le BelRAI de son état de dépendance ? Bénéficiera-t-il d'un droit d'évocation/de recours ?

¹² KATZ, AGGIR, échelle utilisée dans le secteur de l'aide à domicile, échelle en cours de construction au sein de l'AWIPH, etc.

Les Interlocuteurs sociaux ont pu échanger avec certains experts à ce sujet et mesurer les avantages et les inconvénients du BelRAI. Ils souhaitent souligner différents aspects qui leur paraissent importants à ce stade de leur réflexion.

Avantages du BelRAI

Le BelRAI comporte sans nul doute une série d'avantages et pourrait contribuer à améliorer le fonctionnement à différents niveaux :

- L'analyse des besoins par une récolte systématique de données sur le profil pointu des bénéficiaires (possibilité de faire apparaître des informations qui ne sont pas accessibles a priori et de croiser des données entre elles).
- L'objectivation, selon des critères précis, de ce qui détermine une prise en charge adaptée, dans un ratio « qualité-prix » qui garantirait la rationalisation des ressources et la meilleure allocation possible des subsides publics.
- La mise à jour régulière des données relatives aux bénéficiaires et la mise à disposition de l'historique de leur parcours.
- Le partage de données entre divers professionnels et la collaboration entre différents partenaires (transversalité entre les régions et les secteurs soins/résidentiels/domicile/handicap) permettant d'éviter les redondances / les questionnaires multiples et d'assurer un suivi longitudinal des bénéficiaires.
- Une appréhension différente de la problématique de la « liste d'attente » dans la réponse aux besoins des bénéficiaires. En effet, l'inscription par ordre chronologique n'est pas nécessairement l'approche la plus cohérente, la priorité pourrait être accordée davantage à la personne présentant une plus grande dépendance ou une pathologie plus lourde.
- L'aide à la décision politique en matière de santé publique : approche statistique, prospective, prévention, lutte contre la maltraitance, etc.

Réserves sur le BelRAI

L'utilisation du BelRAI renvoie néanmoins aussi à certains questionnements ou réserves :

- Si l'outil peut s'avérer précieux comme instrument de gestion des données individuelles ou de traitement statistique, il ne semble en revanche pas opportun qu'il soit corrélé à une logique de financement (ex. révision du système de financement des institutions).
- L'instrument, à ce stade, semble plus adapté au secteur « soins » qu'au secteur « aide », au détriment peut-être d'une approche globale de la personne.
- L'outil ne risque-t-il pas d'engendrer une vision trop standardisée des situations, sans prise en compte de l'aspect relationnel de la prise en charge (temps « hors soins ») ?
- Quel est le risque d'empiètement sur le libre choix du bénéficiaire ?
- Qu'en sera-t-il de l'impact sur les pratiques professionnelles/conditions de travail au sein des services (ex. informatisation intégrée, report de la charge sur la « première ligne » pour le premier encodage, adaptation de la périodicité des évaluations).
- Quelle pourrait en être l'influence sur la recherche ou sur les normes applicables dans les structures (subventionnement/personnel) ?
- Qui remplira les échelles et qui procédera à l'évaluation ? Cela ne va-t-il pas engendrer une moindre capacité réactive des services si la gestion de l'outil suppose de passer par un administrateur ? La part subjective dans la manière de répondre aux questions ne réduit-elle pas sa robustesse ?
- Quelle sera la marge de manœuvre des professionnels par rapport au diagnostic posé par le BelRAI ? S'il s'agit bien d'un outil d'aide à la décision permettant d'objectiver les situations, il faudra veiller à ce que les travailleurs conservent une certaine latitude dans l'élaboration des projets d'aide (cf. pas d'automatisation des décisions ni d'impact négatif pour le travailleur qui s'écarterait de la solution prescrite par l'outil).

- Se posent également les questions de protection de la vie privée des patients et, en corollaire, de l'accès aux données par les professionnels. Compte tenu de la multiplicité des intervenants, il faudra établir clairement « quel acteur aura accès à quel type de données », le cadre actuel n'étant pas suffisant à cet égard (cf. SAFA).
- Qu'en sera-t-il de la formation des professionnels pour l'encodage et l'utilisation de cet outil ainsi que de l'équipement qui sera nécessaire (ex. PC portables pour les travailleurs de première ligne, etc.) ?
- L'accès à l'outil BelRAI-screener par d'autres intervenants que les professionnels de santé (ex. agents administratifs/travailleurs sociaux), pose a fortiori la question de la formation de ceux-ci et de leur inscription dans une base de données spécifique.

Plate-forme wallonne d'échange électronique des données de santé

Le CESW demande quelle sera l'articulation avec la plate-forme d'échange électronique des données de santé dont le décret wallon du 16 octobre 2015 vient de définir les modalités de reconnaissance.

2.2.9 Prestations dans le cadre de l'assurance autonomie

Prestations couvertes

Le Conseil suggère que l'on précise quelles sont les **prestations** qui pourront être couvertes par l'assurance autonomie : les aides immatérielles (services) ou également matérielles (ex. actuelles aides à la mobilité). En ce qui concerne le soutien à l'**aidant proche**, le Conseil préconise que l'aide intervienne sous forme d'une offre de services adaptée (formations, conseils et/ou solutions de répit) mais non via une allocation financière versée directement au bénéficiaire.¹³

Des précisions devront être apportées concernant les **lieux d'intervention** des prestataires. La notion de « domicile » devra être appréhendée au sens large, incluant toute une série de « lieux assimilés ». Le Conseil évoque, par exemple, le cas des personnes âgées et/ou handicapées, domiciliées dans l'institution qui les héberge (maisons de repos, centres d'accueil et d'hébergement pour personnes handicapées). La particularité des résidences-services ou des « courts séjours » doit aussi être évoquée. Enfin, la question du statut de la personne bénéficiaire, selon qu'elle est locataire ou propriétaire, doit également être prise en considération, que ce soit par rapport aux types d'interventions possibles sur le lieu d'habitation (cf. aménagement du logement) ou par rapport aux revenus pris en compte pour l'accès au droit à l'assurance autonomie.

En outre, le CESW se demande comment va s'articuler concrètement la couverture de l'assurance autonomie wallonne avec celle de l'**assurance maladie** relevant du niveau fédéral (ex. soins infirmiers). Si l'application du principe supplétif semble logique, l'impact symbolique pour le bénéficiaire qui sera confronté à deux types de factures (assurance maladie/assurance autonomie) n'en sera pas moins réel. Cela ne risque-t-il pas de discréditer le dispositif wallon, a fortiori si l'ensemble des frais complémentaires liés à une dépendance accrue ne peuvent pas être couverts ?

¹³ L'étude de 2002 soulignait le rôle central joué par l'**aidant proche** dans le maintien à domicile. Elle mettait en évidence le poids que représentent ces tâches pour les aidants qui se situent dans la tranche d'âge de – 45 ans (essentiellement des femmes – 70%) et l'impact potentiel sur leur état de santé.

Limite des prestations

Le CESW se demande si le droit à l'assurance autonomie impliquera de facto l'accès à tout type de service ou si cet accès sera limité à certains services (en nature et/ou en nombre), en fonction du degré de dépendance mesuré. Le conseil conçoit bien que soit établie, en raison de choix politiques et de contraintes budgétaires, une limite au volume global de prestations admissibles dans le cadre du dispositif.

En revanche, il n'est pas favorable à ce que l'on fixe de manière automatique ou standardisée, à partir de la seule grille d'évaluation de la dépendance, les limites dans lesquelles devraient s'inscrire les interventions, à chaque degré de dépendance donné. Il estime qu'il serait préférable de laisser une capacité d'appréciation en la matière aux prestataires de services leur permettant d'en juger sur base de la situation globale du bénéficiaire appréciée dans ses différents aspects. Il souligne l'importance du rôle du travailleur social exercé à ce jour dans le cadre de l'enquête sociale réalisée au sein des services d'aide à domicile agréés et estime que cet apport devrait être préservé dans le fonctionnement de l'assurance autonomie.

Prestataires

Les **services d'aide à domicile** (SAFA) seront amenés à jouer un rôle central dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance autonomie. A cet effet, plusieurs aspects concernant l'évolution de ces services devront être approfondis. Le Conseil mentionne, par exemple, l'adaptation des barèmes d'intervention des bénéficiaires, non seulement en fonction du profil des bénéficiaires mais également de l'intensité de l'aide et du type de métiers requis, la diversification de l'offre (aide-ménagères sociales, gardes à domicile, etc.) et des tranches horaires (cf. travail de nuit des gardes à domicile), etc.

Par ailleurs, le Conseil recommande que l'on apporte toute la clarté sur l'évolution annoncée à la hausse des contingents relatifs à ces services, en proportion des responsabilités accrues qui leur seront confiées. Dans ce cadre, il conviendra de veiller à respecter un équilibre entre le secteur public et privé et à maintenir le rôle de régulation de l'administration (AViQ) dans la gestion globale des heures attribuées (cf. dérogations à l'intensité d'aide).

Enfin, il faudra veiller à intégrer dans l'agrément des SAFA les services ayant développé des activités d'aide à domicile exercés par les aides ménagères APE et les gardes à domicile APE.

Il conviendra de tenir compte, par ailleurs, des prestataires intermédiaires entre le bénéficiaire et l'administration concernant l'évaluation des besoins en **aide matérielle** (ex. agences-conseils en matière de handicap).

La **coordination** des services dans le nouveau paysage ainsi dessiné sera également d'une importance cruciale. Une réflexion spécifique doit donc être menée quant à la place et aux moyens qu'il convient d'attribuer aux opérateurs chargés plus particulièrement de cette fonction (cf. centres de coordination, SISD).

D'une manière générale, le Conseil souligne la nécessité d'anticiper **l'évolution des métiers** en corollaire de l'évolution des besoins : cela implique des ajustements tant sur le volume que sur la préparation des professionnels disponibles dans ces secteurs d'activités (nombre et qualification adaptée des travailleurs). Cela suppose d'organiser en conséquence la formation initiale et continuée relative à ces métiers (cf. offre de formation suffisante sur l'ensemble du territoire, budget adapté octroyé aux services).

2.2.10 Modalités d'organisation de l'assurance autonomie

Le CESW relève que de nombreuses modalités devront encore être précisées concernant l'organisation opérationnelle de l'assurance autonomie : montant des prestations, types de prestataires, organes de gestion et de contrôle, procédures de décisions et de recours, etc. Le Conseil souhaite être étroitement associé à la prochaine réflexion sur ces différents aspects.

Il insiste d'ores et déjà pour que l'on s'oriente vers un **système simple et efficace** tant pour les bénéficiaires que pour les prestataires. Le Conseil souligne les multiples **responsabilités** qui seront engagées dans la mise en œuvre de l'assurance autonomie : perception des cotisations, mesure de la dépendance, prestation de services, paiement des aides, gestion administrative, missions d'évaluation et de contrôle, traitement des recours, etc.

Le Conseil demande que l'on évite de concentrer l'ensemble de ces fonctions sur les mêmes acteurs. Il convient d'éviter tout cumul excessif des rôles et de veiller à une **répartition équilibrée** des tâches, notamment entre les Mutualités et l'AViQ¹⁴, dans la mise en œuvre du dispositif, en toute transparence. Il s'agit, en outre, de respecter le libre choix du bénéficiaire et de désamorcer les conflits d'intérêt potentiels en évitant aux instances concernées de se trouver dans une position de juge et partie.

Le Conseil préconise que toutes les modalités techniques qui seront définies pour l'établissement de l'assurance autonomie (mesure du niveau de dépendance, volume et type de prestations autorisées, modalités de paiement des Mutualités, etc.) applicables au secteur de l'aide à domicile, soient transposables mutatis mutandis au secteur résidentiel, le cas échéant.

¹⁴ Agence pour une Vie de Qualité - Décret wallon du 2 décembre 2015 visant la création de l'Agence wallonne de la Santé, de la Protection sociale, du Handicap et des Familles.

ANNEXE

DPR

IX Aînés

1. Jeter les bases d'une couverture autonomie au bénéfice de tous les Wallons

« Le transfert de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA) constitue une occasion de mettre sur pied une véritable « couverture autonomie » au profit de tous les aînés de Wallonie. Le Gouvernement n'entend pas modifier les droits des bénéficiaires actuels de l'APA. Pour l'avenir, le Gouvernement souhaite privilégier des réponses concrètes aux situations de dépendance, à domicile comme en institution, par des interventions en fonction des besoins et des prestations, plutôt qu'une logique de supplément de revenu. Progressivement, cette couverture autonomie devra bénéficier à tous les Wallons, avec une attention particulière pour ceux qui en ont le plus besoin. »¹⁵

ORIENTATIONS GW 2 JUILLET 2015

Les orientations prises dans la note au GW du 2 juillet 2015, telles que présentées par le Cabinet du Ministre M. PREVOT sont les suivantes.¹⁶

« Mise en place d'une Assurance autonomie

- *Objectif : accompagner la dépendance qu'elle soit due à l'âge, au handicap ou à la maladie*
- *Sur base d'une échelle d'évaluation de la perte d'autonomie, unique, commune avec le niveau fédéral et la Flandre*
- *Mise en œuvre par le biais des mutualités*
- *Timing : pour le 1er janvier 2017*
- *Elle donnera droit à des services à domicile agréés et de qualité :*
 - *Des services d'aides et de maintien à domicile*
 - *Des gardes à domicile*
 - *Des aménagements de l'habitation,...*
- *Développement important de l'offre de services (aides familiales, gardes à domicile, ...)*
- *Diminution de la quote-part personnelle*
- *En Flandre : forfait qui est octroyé aux personnes : à elles de se débrouiller pour trouver les services d'aides ».*

¹⁵ Déclaration de Politique régionale, extrait - page 46.

¹⁶ Powerpoint du 2 juillet 2015 du Cabinet du Ministre M. PREVOT, extrait – pp.26-27.