



# Avis d'initiative

## L'assurance autonomie bruxelloise

7 mai 2018

<b>Avis traité par</b>	GT affaires sociales-Santé
<b>Demande traitée le</b>	18 décembre 2017, 21 mars et 25 avril 2018
<b>Avis d'initiative rendu par le Conseil d'administration du</b>	7 mai 2018
<b>Avis ratifié par l'Assemblée plénière du</b>	17 mai 2018

## Préambule

La sixième réforme de l'État a transféré de l'État fédéral vers les Communautés une série de compétences relatives à la santé. Toute une série de compétences concernant les personnes âgées ont été transférées aux entités fédérées : forfaits INAMI pour les prestations d'aide dans les actes de la vie de tous les jours, au profit des résidents en maisons de repos (MR) et en maisons de repos et de soins (MRS), réglementation du prix réclamé à ces résidents, centres de soins de jours, centres de court séjour, hôpitaux gériatriques, aides à la mobilité, l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA),...

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

Ainsi, la COCOM a dans ses compétences la possibilité de mettre en place des dispositifs qui couvrent le risque de perte d'autonomie. Le Collège réuni de la Cocom a ainsi annoncé dans sa déclaration de politique vouloir étudier la question de la création d'une assurance autonomie<sup>1</sup>.

Une étude intitulée "[Vers une assurance autonomie bruxelloise](#)"<sup>2</sup> a été réalisée pour la Cocom afin d'examiner le cadre général et la direction que peut prendre l'instauration de l'assurance autonomie envisagée. Elle analyse une série de questions d'ordre financier et juridique que soulève la mise en place d'une assurance autonomie bruxelloise.

**Le Conseil** a également pris connaissance d'autres études, parfois plus anciennes, ou limitées à une partie de la problématique, mais qui peuvent éclairer le sujet<sup>3</sup>.

---

<sup>1</sup> « A la faveur des réflexions à venir quant à la gestion de l'APA (Aide aux personnes âgées) dont nous héritons de la compétence, nous avons décidé d'analyser la création d'une « assurance autonomie », destinée à soutenir le choix du maintien à domicile », Déclaration de politique générale de la COCOM, p. 12.

<sup>2</sup> Etude réalisée pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale et publiée le 30 juin 2017  
Lien : <http://www.ccc-ggc.brussels/fr/observatbru/publications/etude-2016-vers-une-assurance-autonomie-bruxelloise>

<sup>3</sup> Par exemple l'inventaire apparemment exhaustif, mais centré sur les personnes âgées, dans "Etude de programmation pour Bruxelles, recherche portant sur la mise en place d'une programmation relative aux structures de maintien à domicile et de logement des personnes âgées », par L. De Donder et al., Kenniscentrum Woonzorg Brussel, VUB, 2012

# Avis

## Préambule

**Le Conseil** a abordé la question de l'autonomie dans le cadre général de la politique de la santé.

Partant des besoins concrets des Bruxellois, il a souhaité énoncer quelques principes qui, selon lui, sont de nature à les couvrir de la façon la plus juste et la plus adéquate.

Isoler la dépendance comme risque social spécifique, ou créer un dispositif spécifique, quel que soit son intitulé, n'ont pas fait partie des préalables de sa réflexion.

Il constate que le risque de perte d'autonomie peut couvrir une vaste gamme de situations et de besoins, qui ne se distinguent pas nécessairement du profil médical général de la personne concernée.

Il constate que les dispositifs intitulés « assurance de soins » ou « assurance autonomie » dans les régions flamande et wallonne sont très loin de couvrir l'ensemble de ces besoins et de ces situations. Il en irait a fortiori de même en région bruxelloise, où les compétences en matière de santé sont réparties en plusieurs entités fédérées.

La Commission communautaire commune et son OIP Iriscare, souvent désignés comme réceptacles potentiels d'une « assurance autonomie » bruxelloise, ne disposent ainsi en la matière d'aucun monopole.

Le risque de perte d'autonomie peut être couvert par une très large gamme de dispositifs, dont tous ne peuvent pas s'assimiler à des soins de santé au sens habituel. L'aménagement du logement ou tout simplement la mise à disposition d'un logement adapté à une situation de mobilité réduite, la fourniture d'une aide-ménagère, assurer une présence à domicile, interviennent dans la gamme des dispositifs à envisager. Certains de ceux-ci sont de compétence régionale, ou la Région peut mobiliser adéquatement certaines de ses compétences –par exemple en matière de logement ou de services de proximité- pour contribuer à rencontrer ces besoins sociaux.

La première préoccupation, aux yeux du **Conseil**, devrait donc être une coopération optimale entre les diverses entités compétentes, en particulier au niveau bruxellois, en vue de la définition d'une politique coordonnée qui intègre les aspects médicaux, sanitaires et sociaux. Souhaitant que les interlocuteurs sociaux et les autres acteurs intéressés participent à ce travail de collaboration, il appelle de ses vœux que **le Conseil** de gestion de la santé et de l'aide aux personnes d'Iriscare joue un rôle concerté majeur en la matière.

## 1. Définition de la dépendance et besoins couverts

Le risque social visé par le vocable « dépendance » est généralement défini comme l'incapacité (définitive ou temporaire) pour la personne, pour des raisons de santé, d'assurer seule les actes de la vie de tous les jours.

La plupart des grilles d'évaluation tiennent compte des fonctions suivantes : se déplacer ; préparer et consommer sa nourriture ; assurer son hygiène personnelle ; entretenir son logement ; se vêtir. On y ajoute habituellement la capacité de « s'orienter dans le temps et dans l'espace », autrement dit vivre sans surveillance sans représenter un danger pour soi-même ou pour autrui.

**Le Conseil** souligne que si ce risque est souvent associé au grand âge, il peut se présenter en fait à tous les âges de la vie. A ses yeux, toute personne, quel que soit son âge, doit être couverte pour ce risque.

**Le Conseil** estime qu'il faut élargir le débat à la dépendance sociale définie comme le besoin d'aide dans les actes de la vie de tous les jours lié à des difficultés sociales.

Ce risque peut être couvert de différentes façons : complément de revenu à la personne, remboursement de soins<sup>4</sup>, subvention de services, aide matérielle, etc...

Dans toute la mesure du possible, et si cela correspond au souhait de la personne, le système social doit permettre le maintien de la personne dépendante dans son cadre de vie habituel.

**Le Conseil** attire cependant l'attention sur le fait que cette dernière option se heurte à des limites financières et pratiques, par exemple si l'état de la personne nécessite une aide ou une surveillance quasi permanente par un professionnel.

## 2. Une offre de service de qualité

**Le Conseil** constate l'existence et la croissance de multiples besoins, sanitaires et sociaux, liés à des formes de dépendance pour les Bruxellois. Ces dépendances sont de différents types : physique, psychique et sociale. De nombreux services, liés à divers niveaux de pouvoir (Fédéral, COCOM, COCOF, VG, VGC) y apportent une réponse.

Pour répondre à cette croissance des besoins de dépendance, **le Conseil** juge nécessaire d'augmenter ou de mieux financer l'offre de services non marchands reconnus pour les citoyens en situation de dépendance, de renforcer l'accessibilité des usagers et de soutenir la pérennisation et la qualité des services professionnels.

## 3. Un guichet unique

L'orientation du citoyen dans les différents dispositifs mis à sa disposition par les diverses entités compétentes, devrait être une prestation à part entière, financée en tant que telle.

Dans toute la mesure du possible, les différentes entités devront collaborer entre elle, pour reconnaître certains organismes comme guichet d'accès à leurs prestations. Plusieurs services jouent déjà un rôle de coordination. Ils pourraient voir leurs compétences élargies et renforcées en vue d'une coordination globale pour couvrir les besoins de dépendance.

**Le Conseil** souligne l'utilité d'un site internet de référence, qui recense chaque service existant en Région de Bruxelles-Capitale et qui permet de faire un lien entre l'offre et la demande.

**Il** souligne aussi la nécessité de procéder à des études transversales sur les besoins de soin et sur l'adéquation entre l'offre et la demande.

## 4. Complément de revenu à la personne ?

---

<sup>4</sup> Le cas échéant en tiers payant et en « case mix » (partie individualisée selon la personne, partie selon le coût de l'institution) ;

**Le Conseil** distingue mal la plus-value d'une nouvelle allocation indifférenciée en argent. Un tel dispositif permettrait sans doute à une proportion limitée de bénéficiaires de ne pas descendre sous le seuil de pauvreté, ou de se payer des aides qu'ils ne pourraient pas se procurer autrement. Elle est cependant très loin de couvrir l'ensemble des besoins liés à la dépendance.

Aux yeux du **Conseil**, si une allocation en argent est prévue, elle devrait cibler les besoins qu'elle est censée couvrir.

**Le Conseil** s'est interrogé dans ce cadre sur l'avenir de l'Allocation pour l'aide aux personnes âgées (APA), dans la mesure où la déclaration de politique indiquait que la création d'une assurance autonomie pourrait être envisagée au départ de l'APA.

Il constate que, dans la situation actuelle, cette allocation est essentiellement une allocation d'assistance, payée à des personnes à faibles revenus et en perte d'autonomie. Bien qu'il s'agisse en théorie d'une allocation d'aide de tierce personne, il apparaît en pratique qu'elle est mobilisée surtout pour satisfaire des besoins élémentaires, par exemple en matière de soins de santé ou de logement, et qu'elle constitue un instrument de lutte contre la pauvreté.

**Le Conseil** s'est demandé si cette allocation pourrait évoluer vers une réelle allocation d'aide de tiers, en mettant davantage l'accent sur l'effectivité de l'aide que sur l'enquête des ressources.

Suivant les recommandations du service compétent, il plaide pour ne réformer cette allocation qu'avec prudence, et en étant conscient des effets induits de l'octroi de cette allocation –par exemple en matière de tarif de fourniture d'énergie. En toute hypothèse, si une réforme doit avoir lieu, il faudra prévoir une période transitoire ménageant les droits acquis. Cette réforme devrait également apporter des solutions à la problématique actuelle du non take up.

Dans l'immédiat, sans plaider à ce stade pour une modalité déterminée de financement, **le Conseil** appelle à développer surtout des services de qualité, assuré par des professionnels formés.

## 5. Une logique de Sécurité sociale

**Le Conseil** partage le consensus politique, affirmé dans la déclaration de politique générale de la Cocom selon lequel la protection sociale bruxelloise soit mise en place dans une logique de « sécurité sociale ». A ses yeux, cette logique comporte les aspects suivants :

- Ouverture des droits sans enquête sur les ressources, même si l'étendue des droits peut être modulée en fonction des revenus (comparer avec le bénéfice de l'intervention majorée dans l'assurance maladie) ;
- Protection des droits subjectifs (droits basés sur la loi et non par une appréciation discrétionnaire, recours de pleine juridiction au tribunal du travail, application de la Charte de l'assuré social) ;
- Gestion paritaire.

Aux yeux du **Conseil**, la logique de sécurité sociale ne doit pas se confondre avec celle d'assurance sociale, où le financement serait basé sur une cotisation, dont le paiement conditionne l'ouverture du droit.

## 6. Financement

Sur la base des analyses et rencontres d'experts, **le Conseil** constate qu'il est possible dès à présent d'émettre l'hypothèse que les dotations reçues du Fédéral dans le cadre du financement des entités fédérées ne suffiront pas, à terme, à couvrir les prestations existantes (en particulier celles héritées du fédéral dans le cadre de la 6<sup>ème</sup> réforme), sans parler de développer ce qui existe, ni des besoins éventuellement nés du désinvestissement du fédéral. La nécessité d'un financement complémentaire est donc posée.

**Le Conseil** a pris note de l'analyse des experts, selon lesquels la Commission communautaire commune n'aurait pas le pouvoir juridique de lever un impôt. Elle aurait éventuellement la possibilité juridique d'instaurer une cotisation obligatoire dont le paiement conditionnerait l'accès aux droits, mais n'aurait sans doute pas la possibilité pratique d'asseoir cette cotisation sur les revenus de la personne. Cette cotisation devrait donc être nécessairement capitative, avec une modulation éventuelle sur la base de critères rudimentaires, comme le bénéfice de l'intervention majorée dans l'assurance maladie.

Les experts marquent eux-mêmes leur préférence pour un financement proportionnel aux revenus, dans une fourchette de contribution raisonnable, mais constatent qu'un tel financement devrait être organisé par la Région. Dans ce type de modèle de financement, la contribution proportionnelle est prélevée à la source.

Aux yeux du **Conseil**, plusieurs arguments militent pour cette dernière option.

D'une part, comme le montre l'exemple de l'assurance soins flamande, les moyens récoltés par une cotisation capitative ne suffisent pas à couvrir les besoins, même d'une prestation rudimentaire, et qui est loin de couvrir l'ensemble des dispositifs de couverture du risque de dépendance, offert par la Communauté flamande elle-même. L'étude portant sur la faisabilité de la mise en œuvre d'une assurance autonomie souligne par ailleurs que dans le modèle flamand, les cotisations ne couvrent que 1/3 des dépenses, les 2/3 restant provenant de moyens généraux. On peut en déduire que l'introduction d'une cotisation d'assurance autonomie au niveau bruxellois ne rendrait pas sans objet une intervention budgétaire (régionale) supplémentaire.

Ensuite, comme il a été dit, les dispositifs existants ou à créer, de compétence de la Cocom, sont loin de couvrir tous les dispositifs existants ou à envisager, susceptibles de couvrir le risque de dépendance, sans parler du risque de santé en général. Il faut donc pouvoir les renforcer de manière significative.

Enfin, afin d'assurer l'efficacité du dispositif à créer, il faudra faire en sorte que sa gestion administrative soit peu coûteuse, ce qui pourrait être le cas en prenant appui sur des structures existantes et disposant déjà des informations nécessaires concernant les bénéficiaires potentiels (comme les résultats de l'évaluation de la dépendance, ou le fait d'être bénéficiaire de l'intervention majorée, par exemple).

## 7. Relations avec les autres Régions

**Le Conseil** souligne la nécessité de régler, par des accords de coopération, les relations entre les dispositifs bruxellois et les dispositifs des autres Régions. Le principe doit être que le citoyen qui déménage dans une autre Région y bénéficie de manière automatique des droits accordés aux résidents permanents.

Il y aura lieu par ailleurs de déterminer les modalités de cumul entre certains dispositifs bruxellois et l'allocation de la *Zorgverzekering* flamande, dont les Bruxellois peuvent bénéficier en ayant cotisé sur une base volontaire.

\*  
\*       \*