



**PARLEMENT BRUXELLOIS
BRUSSELS PARLEMENT**

SESSION ORDINAIRE 2019/2020 10 OCTOBRE 2019

ASSEMBLÉE RÉUNIE DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE COMMUNE

**PROPOSITION D'ORDONNANCE
instituant une assurance autonomie bruxelloise**

(déposée par Mmes Céline FREMAULT (F), Gladys KAZADI (F) et M. Pierre KOMPANY (F))



Remarque Assemblée Citoyenne Bruxelloise :

La version vulgarisée se trouve à gauche, la version originale à droite.

Comme toutes les propositions d'ordonnance, cette proposition est composée de 3 parties :

D'abord 1° « **Développements.** » contient l'explication du contenu de la proposition, de ses objectifs, les caractéristiques, sa raison d'être etc. C'est la partie la plus importante pour une compréhension du texte, et la seule partie qui a été vulgarisée.

Ensuite 2° « **Commentaire des articles** » contient les règles et 3° « **Articles** » expliquent les règles. Ces parties traduisent le contenu de la proposition en des termes juridiques. Ces parties n'ont pas été vulgarisées vu leur technicité, leur longueur et le timing serré.

S'il y a des questions précises sur le contenu des articles : postez-les sur la plateforme (sur la page de ce texte) (jusqu'au 06/05), ou envoyez un mail à votre personne-ressource à gilles.balis@agora.brussels. Nous chercherons une explication avec l'aide de l'équipe Information.

Développements

L'assurance autonomie est une assurance sociale spéciale qui a pour objectif de répondre aux besoins liés à **l'allongement de la vie** et la **perte d'autonomie**.

Branche 1: Interventions à domicile.

Cette première des deux branches (=partie) de l'assurance permet, aux personnes en perte d'autonomie, d'avoir accès à des heures de **prestations d'aide à domicile**.

Il y a également un objectif de prévention, pour l'avenir, via par exemple: la télé vigilance.

Développements

L'assurance autonomie a pour objectif de déployer une couverture sociale inédite afin de répondre aux besoins liés à l'allongement de la vie et à la perte d'autonomie. Cette assurance sera constituée de deux branches. Elle ouvre donc un droit nouveau de couverture sociale.

Branche 1 : Interventions au domicile. Cette branche de l'assurance donnera droit aux personnes en perte d'autonomie, sous certaines conditions, à un nombre d'heures de prestations d'aide au domicile (aide-ména-gère sociale, aide familiale et garde à domicile). Après évaluation, d'autres prestations pourront à terme être ajoutées dans l'assurance autonomie, comme par exemple la télé vigilance. Elle permet l'intervention au domicile dès les premiers symptômes de la perte d'autonomie afin d'éviter que les bénéficiaires, quel que soit l'âge, n'évoluent vers les niveaux de dépendance plus élevés. Elle permet également d'intervenir dans les cas de difficultés sociales complexes afin de prévenir toute perte d'autonomie sociale ou physique également.

Branche 2 : Allocation forfaitaire autonomie

Cette deuxième partie de l'assurance accorde aux bénéficiaires **une somme d'argent** calculée sur base de leur niveau d'autonomie, en fonction de leur âge et leur revenu.

Une cotisation sera obligatoire à **partir de 26 ans**. Le gouvernement déterminera le montant des cotisations en fonction de 3 catégories de personnes et de leurs revenus.

Pour info :

A Bruxelles, **1/3 des Bruxellois** vivent avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté.

1/5 de la population perçoit une allocation d'aide sociale ou un revenu de remplacement.

¼ des enfants de moins de 18 ans grandissent dans un ménage sans revenu du travail.

Parmi les personnes de 65 ans ou plus (ce sont les bénéficiaires de l'assurance autonomie). **1/8 doit vivre avec le GRAPA** (Garantie de revenu aux personnes âgées).

Ce sont les organismes d'assurance bruxellois qui feront la perception des cotisations.

La qualité de vie des personnes est une question qui concerne tout le monde.

La **perte d'autonomie** peut être liée :

- au handicap
- au contexte social
- à l'âge
- à la santé.

C'est un élément important qui influence la qualité de vie.

Malgré la perte d'autonomie, les auteurs affirment que la majeure partie des personnes **souhaitent rester le plus longtemps possible dans leur propre maison**.

L'allongement de vie de notre population exige que les méthodes existantes soient complétées par une aide au domicile des personnes.

Branche 2 : Allocation forfaitaire Autonomie (AFA).

Cette branche de l'assurance, conditionnée par des critères d'âge (65 ans et plus) et de revenus, accorde au bénéficiaire à une intervention financière calculée sur la base de son niveau d'autonomie. Elle est octroyée tant aux personnes résidant à domicile qu'en institutions (MR/MRS, institution pour personnes handicapées).

Une cotisation à partir de 26 ans : le paiement d'une cotisation sera obligatoire à partir de l'année dans laquelle la personne atteint l'âge de 26 ans. Le Collège réuni déterminera le montant des cotisations par rapport à la capacité contributive des assurés avec au minimum trois catégories dont une d'exemption pour les personnes les plus précarisées et une pour les bénéficiaires de l'intervention majorée. À titre d'information, et selon le baromètre social 2018, un tiers des Bruxellois vivent avec un revenu inférieur au seuil de risque de pauvreté. Plus d'un cinquième de la population bruxelloise d'âge actif perçoit une allocation d'aide sociale (RIS, GRAPA, etc.) ou un revenu de remplacement (chômage ou invalidité), et près d'un quart des enfants bruxellois de moins de 18 ans grandissent dans un ménage sans revenu du travail. En ce qui concerne les allocations d'aide sociale, près de six pour cent de la population bruxelloise d'âge actif perçoit un revenu d'intégration sociale (RIS) ou équivalent, et ce pourcentage est plus de deux fois plus élevé parmi les jeunes adultes. Parmi les personnes de 65 ans et plus, une sur huit doit vivre avec la Garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA). La perception des cotisations sera effectuée par les organismes assureurs bruxellois.

La qualité de vie de nos concitoyens implique une responsabilité politique et collective essentielle. Il s'agit de prendre collectivement l'ensemble des mesures qui permettent, dans les meilleures conditions possibles, l'accompagnement et la promotion de cette qualité de vie. La perte d'autonomie, qu'elle soit définitive ou momentanée, qu'elle soit liée au handicap, au contexte social, à l'âge ou à la santé, constitue un élément important influençant cette qualité de vie. Et quand cette perte d'autonomie est liée à une situation de handicap ou de vieillissement, nous savons que le souhait de la majeure partie de la population est de rester le plus longtemps possible dans son habitation. Durant les cinquante dernières années, une série de décisions politiques ont été prises dans le cadre de la sécurité sociale, et en particulier dans les soins de santé : prise en charge dans le prix de journée de la dépendance en maison de repos ou en maison de repos et de soins, subsides aux pouvoirs organisateurs des institutions d'hébergement de personnes en situation de handicap, etc. Les situations de dépendance sont donc couvertes solidairement lorsque les citoyens vivent dans des institutions collectives et de manière assurantielle en MR et MRS. Aujourd'hui, au vu de l'évolution de notre population, de l'allongement de la vie, des risques liés à la perte d'autonomie sous toutes ses formes, ces dispositifs doivent être complétés solidairement au domicile des personnes. La présente ordonnance

L'ordonnance a pour objectif de mettre en place une **assurance autonomie qui organise solidairement une protection sociale** pour répondre aux besoins **liés à la perte d'autonomie**.

Le vieillissement de la population est un phénomène qui existe dans toute l'Union européenne.

Entre 2007 et 2017, il y a eu, en Moyenne, une augmentation de 2,4% des personnes âgées de plus de 65 ans.

En Belgique: entre 2017 et 2070, la population totale devrait croître de 18,5 %, passant de 11,4 millions à 13,5 millions de personnes, mais avec un accroissement touchant principalement les personnes de plus de 67 ans (dont le nombre devrait augmenter de 61 %). Selon le Bureau du plan, l'âge moyen de la population devrait passer de 41 ans en 2014 à 44 ans en 2060. La part des 15-64 ans devrait être ramenée de 65 % à 59 %, alors que la part des plus de 65 ans devrait passer de 18 % en 2014 à 25 % en 2060. Le taux de dépendance des personnes âgées – à savoir le pourcentage des personnes de plus de 65 ans par rapport aux personnes en âge de travailler – devrait se situer aux alentours de 42 % en 2060 alors qu'il était de 28 % en 2014.

L'assurance est constituée de 2 branches :

1) Intervention au domicile

Ceci donne droit aux personnes en pertes d'autonomies un montant **d'heures mensuel** utilisables pour des prestations dans le cadre d'un accompagnement au domicile fournies par les services d'aide aux familles et aux aînés, **via un compte assurance autonomie**.

visé donc à mettre en place une assurance autonomie qui organise solidairement une protection sociale pour répondre aux besoins liés à la perte d'autonomie.

Si l'évolution des besoins de soins de longue durée est particulièrement difficile à anticiper, la corrélation entre l'augmentation de ces besoins et l'âge, et donc avec le vieillissement de la population, paraît indiscutable ⁽¹⁾. Or, le vieillissement de la population est une réalité à laquelle sont confrontés tous les pays de l'Union européenne. C'est ainsi qu'au cours de la période 2007-2017, la part de la population de plus de 65 ans a en moyenne augmenté, au cours de cette période de 10 ans, de 2,4 % au sein des 28 États membres. ⁽²⁾

Au niveau belge, entre 2017 et 2070, la population totale devrait croître de 18,5 %, passant de 11,4 millions de personnes à 13,5 millions, mais avec un accroissement touchant principalement les personnes de plus de 67 ans (dont le nombre devrait augmenter de 61 %) ⁽³⁾. Selon le Bureau du plan ⁽⁴⁾, l'âge moyen de la population devrait passer de 41 ans en 2014 à 44 ans en 2060. La part des 15-64 ans devrait être ramenée de 65 % à 59 %, alors que la part des plus de 65 ans devrait passer de 18 % en 2014 à 25 % en 2060. Le taux de dépendance des personnes âgées – à savoir le pourcentage des personnes de plus de 65 ans par rapport aux personnes en âge de travailler – devrait se situer aux alentours de 42 % en 2060 alors qu'il était de 28 % en 2014.

Cette assurance est constituée de deux branches distinctes :

Branche 1 : Intervention au domicile

Cette branche de l'assurance donne droit aux personnes en perte d'autonomie, dans les conditions fixées par la présente proposition d'ordonnance, à un montant d'heures mensuel utilisables pour des prestations dans le cadre d'un accompagnement au domicile fournies par les services agréés d'aide aux familles et aux aînés. Sur la base du niveau de dépendance, le bénéficiaire se verra octroyer un nombre d'heures dans un « compte assurance autonomie », ouvert auprès de son organisme assureur. Ces heures seront exclusivement utilisées pour des prestations d'aide et de services effectués au domicile. Cette branche de l'assurance autonomie s'adresse aux personnes en perte d'autonomie au sens large. Elle permet l'intervention au domicile dès

J. BREDÁ, « Pourquoi une assurance dépendance ? », RBSS, 2004/1, p. 22.

(1) https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php?title=Population_structure_and_ageing/fr

(2) Comité d'Étude sur le Vieillissement (CEV), Rapport Annuel, Juillet 2018, p. 25.

(3) https://www.plan.be/admin/uploaded/201503170937470_FORPOPI460_10926_150310_F.pdf, p. 33.

L'objectif est aussi de **prévenir** une évolution de la perte d'autonomie vers un niveau de dépendances plus élevés.

2) Allocation forfaitaire autonome

En fonction de l'âge et du revenu des personnes, le bénéficiaire aura droit à **une intervention financière** (c.à.d. une somme d'argent) calculé sur base de son niveau d'autonomie.

Cette allocation forfaitaire autonomie (AFA) correspond à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées qui existe aujourd'hui.

Elle sera directement versée au bénéficiaire et peut se cumuler avec la première branche (Intervention au domicile).

L'assurance autonomie vise donc à couvrir pour l'ensemble de la population résidant à Bruxelles le risque de dépendance, avec l'envie de privilégier et de faciliter l'accompagnement des personnes **la ou ils vivent (=leur domicile)** via une aide adaptée à leur situation.

les premiers symptômes de la perte d'autonomie. De plus, sachant que l'isolement ou la désaffiliation sociale sont également des facteurs d'accélération de la perte d'autonomie, le mécanisme prend également en compte des critères visant à définir la dépendance sociale afin d'éviter que les bénéficiaires, quel que soit l'âge, n'évoluent vers les niveaux de dépendance plus élevés.

Rappelons que ces situations de pertes d'autonomies sont prises en charge dans les milieux d'accueil collectifs par la couverture du prix de journée dans les MR et MRS et par les subsides au fonctionnement des accueils pour personnes en situation de handicap ainsi que par diverses prises en charge dans des accueils plus diversifiés grâce à la réforme de l'accueil des personnes âgées. Nous aurions pu ramener sous le vocable d'« Assurance autonomie » l'ensemble de ces interventions... Mais cela aurait perdu en lisibilité.

Après évaluation, d'autres prestations pourront à terme être ajoutées dans l'assurance autonomie, comme par exemple la télé vigilance.

Branche 2 : Allocation forfaitaire Autonomie (AFA)

Cette branche de l'assurance, conditionnée par des critères d'âge et de revenus fixés par la présente proposition d'ordonnance, donne droit au bénéficiaire à une intervention financière calculée sur la base de son niveau d'autonomie. Cette allocation forfaitaire autonomie (AFA) correspond actuellement à l'allocation pour l'aide aux personnes âgées telle que définie par la Loi du 27 février 1987 et l'arrêté royal du 5 mars 1990. Elle sera versée au bénéficiaire. Les deux branches de l'assurance autonomie peuvent être cumulées. Elles créent ensemble un maillage de protection sociale qui s'accroît au fur et à mesure de la perte d'autonomie du bénéficiaire. L'assurance autonomie vise donc, selon les principes généralement admis dans un cadre assurantiel, à couvrir pour l'ensemble de la population résidant à Bruxelles le risque de dépendance, avec une volonté affirmée de privilégier et de faciliter l'accompagnement des personnes à leur domicile (ou assimilé) via une aide adaptée à leur situation. Dans une volonté de soutenir également les aidants proches, ces services sont aussi accessibles à ces derniers en fonction d'un plan d'aide global à définir.

Dans ce cadre, l'assurance autonomie couvre des prestations à domicile via des aides familiales, des gardes à domicile et des aides ménagères sociales. Après évaluation, d'autres prestations pourront à terme être ajoutées dans l'assurance autonomie, comme par exemple la télé vigilance.

Le bénéfice de l'assurance autonomie est octroyé tant aux personnes vivant à domicile qu'à celles résidant

Ainsi, les personnes qui vivent dans leur domicile mais aussi les personnes qui vivent en maison de repos pourront bénéficier de l'allocation forfaitaire autonome.

Cette proposition d'ordonnance permettra à la population en perte d'autonomie d'avoir **facilement accès à des services d'aides au domicile et ce à des prix accessibles.**

Les aidants proches pourront ainsi bénéficier d'un peu de répit et pourront s'appuyer sur des services d'aides spécialisés.

Les paragraphes suivants expliquent pourquoi les communautés sont compétentes pour créer cette assurance. C'est très technique et pas important pour comprendre la proposition.

en institutions (MR/MRS, institution pour personnes handicapées) via sa deuxième branche (conditionnée à des critères d'âge et de revenus) qui prévoit le versement d'une allocation forfaitaire autonomie qui peut être utilisée par le bénéficiaire afin de l'aider à couvrir les coûts liés à sa perte d'autonomie. L'objectif de l'assurance autonomie est un objectif d'intérêt général qui a vocation de permettre au bénéficiaire de rester le plus longtemps possible dans son milieu de vie, ce qui aboutit à un impact positif sur sa qualité de vie et à une prise en charge de ses coûts liés soit aux aides à domicile soit au coût de sa facture en institution. Le soutien aux aidants proches est également au cœur des préoccupations de l'assurance autonomie. Au vu du contexte actuel, notamment de vieillissement de la population, il n'est pas toujours aisé de pouvoir faire appel à son entourage afin d'aider au maintien de l'autonomie sur le long terme. L'octroi de services au domicile soulagera non seulement le bénéficiaire direct mais permettra également aux aidants proches de prendre un peu de répit en s'appuyant sur le savoir-faire et le professionnalisme des services d'aide. C'est la raison pour laquelle, c'est bien la situation globale de la famille qui sera prise en compte en particulier dans les situations de fragilité sociale.

En outre, cette proposition d'ordonnance permettra à la population en perte d'autonomie d'avoir facilement accès à des services d'aides au domicile et ce à des prix accessibles. Cela permettra aux aidants proches de ces personnes dépendantes (souvent la famille) d'obtenir un peu de répit. L'octroi de services au domicile soulagera non seulement le bénéficiaire direct, mais il permettra également aux aidants proches de prendre un peu de répit en s'appuyant sur le savoir-faire et le professionnalisme des services d'aide !

Contexte

Dans le contexte belge, se pose la question de savoir quelles entités sont compétentes pour organiser la couverture des soins de longue durée rendus nécessaires par la perte d'autonomie et la dépendance. En vertu de l'article 128 de la Constitution, les matières personnalisables relèvent de la compétence des communautés. Les matières personnalisables sont habituellement définies comme « toutes les matières étroitement liées à la vie de l'individu dans sa communauté »⁽⁵⁾. Elles sont énumérées à l'article 5, § 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles.

Si la prise en charge de la dépendance n'apparaît pas explicitement dans l'énumération qui figure à l'article 5, § 1^{er}, de la loi spéciale du 8 août 1980, la Cour constitutionnelle a, dans son arrêt n° 33/2001 relatif à la zorgverzekering (« assurance soins ») instituée par la Communauté flamande, levé tout doute quant à la compétence des

(5) Doc. Parl., Kamer, 1977-1978, nr. 461/1, p. 28.

(5) Doc. parl., Chambre, 1977-1978, n° 461/1, p. 28.

communautés pour instaurer une assurance autonomie. À la question de savoir si le décret flamand du 30 mars 1999 avait pu valablement être adopté par la Communauté flamande⁽⁶⁾, la Cour constitutionnelle, suivant en cela l'avis de la section de législation du Conseil d'État⁽⁷⁾, a considéré que la loi spéciale du 8 août 1980 a attribué aux communautés, au titre des matières personnalisables, « toute la matière de l'aide aux personnes » et que, sur cette base, la Communauté flamande était fondée à organiser une prise en charge des frais encourus par les personnes ayant une autonomie réduite. Ainsi, « il importe peu que la catégorie de bénéficiaires [de l'assurance autonomie] nesoit pas expressément mentionnée dans l'énumération de l'article 5, § 1^{er}, II, de la loi spéciale du 8 août 1980 ». L'aide « que les communautés peuvent prévoir n'est [...] pas limitée aux diverses catégories de personnes énumérées » par cette disposition⁽⁸⁾.

Il apparaît ainsi que la création d'une prestation destinée à soutenir les personnes en situation de dépendance entre bien dans les compétences des communautés.

Dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, l'aide aux personnes est susceptible d'être réglée par différents législateurs.⁽⁹⁾

Il résulte, tout d'abord, de l'article 128, § 2, de la Constitution que les communautés sont compétentes à l'égard des institutions établies dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale qui, en raison de leur organisation, doivent être considérées comme appartenant exclusivement à l'une ou à l'autre communauté, en ce compris les personnes qui s'adressent volontairement à ces institutions. La Communauté flamande a ainsi pu prévoir la possibilité pour les personnes domiciliées dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale de s'affilier volontairement à l'assurance

Décret de la Communauté flamande du 30 mars 1999 portant organisation de l'assurance soins, M.B., 28 mai 1999. Ce décret a été abrogé et remplacé par le décret de la Communauté flamande du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, M.B., 6 septembre 2016. Ce décret a lui-même été abrogé et remplacé par le décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, M.B., 17 août 2018. Dans ce décret comme dans le précédent, l'assurance soins est l'un des « piliers » de la nouvelle « protection sociale flamande » (Vlaamse sociale bescherming).

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

(7) Cour d'arbitrage, 13 mars 2001, n° 33/2001, B.3.3. et B.3.4. Voy. aussi Cour constitutionnelle, 22 janvier 2003, n° 8/2003, B.7. ; Cour constitutionnelle, 19 avril 2006, n° 51/2006, B.9.5. ; Cour constitutionnelle, 21 janvier 2009, n° 11/2009, B.12.1.

(8) À ce propos, il peut être renvoyé aux observations que le Conseil d'État, section de législation, a formulées sur la proposition devenue la loi spéciale du 6 janvier 2014 « relative à la Sixième Réforme de l'État », voy. Avis C.E. 53.932/AG du 27 août 2013, Doc. parl., Sénat, 2012-2013, n° 5-2232/3, pp. 12-17.

soins organisée par cette Communauté ⁽¹⁰⁾. La Commission communautaire française (COCOF), à qui la Communauté française a transféré en 1993, pour ce qui concerne la région bilingue, l'exercice de ses compétences en matière d'aide aux personnes, pourrait créer une assurance autonomie à laquelle les Bruxellois qui le souhaitent pourraient s'affilier. À ce jour, il n'a pas été fait usage de cette compétence.

La loi spéciale du 12 janvier 1989 relative aux institutions bruxelloises, prise en application des articles 135 et 136 de la Constitution, précise en son article 60, alinéa 4, que « l'institution compétente pour les matières communautaires communes aux deux communautés de Bruxelles-Capitale [est] la Commission communautaire commune ». La COCOM est donc compétente pour régler les aspects de l'aide aux personnes qui échappent à la compétence de la Communauté flamande ou de la COCOF. Or, l'instauration d'une assurance obligatoire leur échappe. En effet, compte tenu de l'absence de sous-nationalité des habitants de la région bilingue de Bruxelles-Capitale, ni la Communauté flamande, ni la COCOF, ne peuvent imposer à cette population de s'affilier à l'une des assurances autonomie qu'elles organisent ou organiseraient. ⁽¹¹⁾

Ainsi, seule la COCOM est compétente pour instaurer, au titre des matières dites « bipersonnalisables », une assurance autonomie obligatoire pour l'ensemble de la population bruxelloise.

Les conséquences de la coexistence d'une affiliation obligatoire prévue par la présente ordonnance et d'une affiliation volontaire à l'assurance organisée par la Communauté flamande pourraient faire l'objet d'un accord de coopération entre la COCOM, la Communauté flamande et la COCOF. Dans la mesure où la COCOM est la seule entité habilitée à instaurer une assurance autonomie obligatoire à Bruxelles, les compétences ne sont pas à ce point imbriquées que la conclusion d'un accord de coopération serait une condition préalable à l'exercice de sa compétence : en d'autres termes, l'élaboration d'un tel accord ne paraît pas indispensable à la mise en œuvre d'une politique cohérente ⁽¹²⁾. Par le passé, la Communauté flamande n'a d'ailleurs pas été invitée à conclure un accord

(9) Voy. actuellement, Décret du 18 mai 2018 relatif à la protection sociale flamande, art. 42, § 1^{er}, alinéa 2.

(10) Sur les sources et la portée de l'absence de sous-nationalité et de l'interdiction d'imposer à la population bruxelloise de faire le choix d'une Communauté, voir H. DUMONT et S. VAN DROOGHENBROECK, « L'interdiction des sous-nationalités à Bruxelles », Administration publique, 2011, p. 201-226. Voy. aussi Rapport fait au nom de la commission de la Révision de la Constitution et de la réforme des institutions par M. de Stexhe et M. Lindemans, Doc. parl., Sénat, 1979-1980, n° 100/27, p. 5-7.

(11) Cour d'arbitrage, 28 septembre 2005, n° 147/2005, B.8.3.

de coopération avec la COCOM ou la COCOF, avant de rendre l'assurance autonomie facultative à Bruxelles.

La loi spéciale du 6 janvier 2014, qui transcrit l'accord relatif à la sixième réforme de l'État, prévoit un important transfert de compétences aux régions et communautés. Les transferts de compétences aux entités fédérées concernent notamment la compétence complète de la politique des personnes âgées. Dans un second temps, les accords de la Sainte-Emilie ont transféré de la Communauté française à la Région wallonne pour le territoire de langue française et à la Commission communautaire française pour le territoire bilingue de Bruxelles-Capitale, l'exercice de la compétence à l'égard des matières personnalisables, à l'exception de certaines matières pour lesquelles la Fédération Wallonie Bruxelles reste compétente. A Bruxelles, le nouveau Collège réuni s'est engagé, dans la Déclaration de Politique Générale, à reprendre la compétence de l'allocation pour l'aide aux personnes âgées (ci-après l'« APA »), anciennement compétence fédérale, octroyée aux personnes de plus de 65 ans, en fonction de leurs revenus et de leur niveau de dépendance. La présente proposition d'ordonnance prévoit, après la reprise, l'intégration de l'APA dans la nouvelle assurance autonomie sous le nom d'Allocation Forfaitaire Autonomie (AFA), comme seconde branche de cette assurance. L'âge de départ de l'AFA sera augmenté de manière à rejoindre l'augmentation de l'âge de la pension légale dès que l'âge d'accès à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration aura été adapté pour suivre la même logique. La mise en place de cette assurance autonomie permettra un accès clair aux droits pour les personnes, une lisibilité des droits pour les acteurs sociaux ou d'aide sur le terrain, et une garantie d'être accompagné tout au long de la vie quand on est en perte d'autonomie, momentanée ou non, ou dans une situation pouvant y conduire.

Principes généraux

Ce paragraphe reprend les principes généraux que nous avons déjà mentionnés.

Principes généraux

Toute personne peut rencontrer au cours de sa vie un certain nombre de difficultés. Pour affronter plus aisément les conséquences de celles-ci, la volonté des auteurs est d'instaurer une assurance autonomie permettant une mutualisation de la prise en charge de la dépendance. Pour la branche 1, la couverture de l'ensemble de la population bruxelloise quels que soient l'âge et la durée de la perte d'autonomie est assurée par l'indemnisation de prestations d'aide au domicile : aide-ménagère sociale, aide familiale et garde à domicile. Après évaluation, d'autres prestations pourront à terme être ajoutées dans l'assurance autonomie, comme par exemple la télé vigilance. Pour ce faire, il faudra veiller à renforcer progressivement l'offre des services d'aide aux familles et aux aînés agréés en augmentant le nombre de travailleurs ainsi que l'encadrement assuré par des travailleurs sociaux. L'octroi d'une indemnisation dans les prestations d'aide à domicile permet de garantir que le bénéficiaire utilise à bon escient le bénéfice de

l'assurance autonomie, et ce suivant l'objectif poursuivi, à savoir, l'accompagnement de la dépendance à domicile. Ce choix politique permet donc d'éviter l'utilisation détournée de ces moyens pour la prise en charge de dépenses sans lien avec la perte d'autonomie. Il s'agit également de garantir la qualité de prestations octroyées au bénéficiaire par les contrôles réguliers qui sont effectués par l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales (Iriscare). En effet, les services d'aide à domicile sont des services remplissant des missions d'intérêt général. Pour les personnes qui résident en MR/MRS ou en hébergement pour personnes handicapées, la prise en charge de l'aide nécessaire à l'accompagnement de la perte d'autonomie est à charge des budgets d'Iriscare relatifs à ces secteurs. Ils ne sont pas intégrés dans le budget global de l'assurance autonomie mais le besoin est couvert par le budget des MR/MRS et les subsides aux institutions d'hébergement. La branche 2, qui reprend le mécanisme de l'APA, couvre les personnes qu'elles résident dans leur domicile ou en institution. Les montants accordés sont versés aux bénéficiaires mensuellement par les Organismes Assureurs auxquels ils sont affiliés. Les bénéficiaires peuvent utiliser ces montants à leur libre choix, qu'ils demeurent à domicile ou qu'ils résident en institution.

Evaluation de la perte d'autonomie et de la situation sociale

Ce paragraphe explique que l'échelle d'évaluation doit être commune à toutes les entités belges, appelé *BelRAI*

Évaluation de la perte d'autonomie et de la situation sociale

Le choix de l'échelle d'évaluation est déterminant dans la mise en œuvre de l'assurance autonomie. À cet effet, la Région de Bruxelles-Capitale, en collaboration avec l'État fédéral, la Communauté flamande, la Communauté germanophone et la Région wallonne sont désireuses de déterminer une échelle commune à l'ensemble du territoire en adoptant l'échelle BelRAI. L'utilisation de cette échelle pour la première branche de l'Assurance autonomie permet que des personnes se trouvant dans la même situation puissent bénéficier des mêmes droits à l'ouverture du droit, mais tout en bénéficiant d'un plan d'aide adapté à chaque situation. La généralisation de cet outil permettra également d'obtenir des indicateurs précis sur le niveau d'autonomie de la population bruxellois. Afin de garantir la prise en charge dès l'entame de la perte d'autonomie, mais aussi agir au plus près des besoins d'accompagnement social auprès d'un public fragilisé et de familles précarisées, le BelRAI Screener est complété par un module social permettant de tenir compte de cette dimension sociale. Ce questionnaire, défini en concertation avec le secteur, reprend une série de critères permettant d'objectiver et de définir cette dimension sociale. Dans le cadre de la deuxième branche de l'assurance autonomie consistant à une reprise de l'APA, les conditions d'évaluation sont calquées sur le modèle actuel de l'APA.

Cotisation

Les cotisations sont perçues par les organismes assureur, comme c'est déjà le cas en Flandre aujourd'hui (exemple : zorgkas).

Le paiement de la cotisation se fait tous les ans par les personnes âgées de plus de 26 ans.

Une indexation des cotisations est possible en fonction de l'indice santé.

Certaines catégories personnes ne doivent pas cotiser :

- Les personnes sans abri et les personnes en règlement collectif de dettes.
- Les personnes qui bénéficie d'un revenu d'intégration sociale
- Les personnes en prison ou en établissement de défense sociale.

Cotisations

La perception des cotisations est effectuée par les organismes assureurs auprès de leurs affiliés, à l'instar de ce qui se passe en Flandre depuis plus de dix ans dans le cadre des « zorgkas » et de la « vlaamse sociale bescherming ». Les cotisations sont dues annuellement à partir de l'année dans laquelle la personne atteint l'âge de 26 ans. On peut en effet considérer qu'à partir de cet âge-là, la plupart des individus sont entrés dans la vie professionnelle. Les personnes de moins de 26 ans ne cotisent pas mais ont droit au bénéfice de l'assurance autonomie.

Le Collège réuni déterminera le montant des cotisations par rapport à la capacité contributive des assurés avec au minimum trois catégories dont une d'exemption pour les personnes les plus précarisées.

Ces cotisations peuvent être indexées en fonction de l'indice santé. La totalité des cotisations perçues seront injectées dans un fonds exclusivement dédié à la prise en charge de personnes en perte d'autonomie. Ce mécanisme garantit à la population que les montants collectés ne serviront pas à d'autres projets de la Région. L'assurance autonomie constituera l'une des branches de la future protection sociale bruxelloise, en complément à la sécurité sociale en soins de santé. La future protection sociale bruxelloise comprendra une bonne partie des matières liées à la sixième réforme de l'État, notamment les interventions dans les MR/MRS, IHP, MSP, centres de rééducation fonctionnelle, etc. Elle vient compléter les mécanismes de santé de la sécurité sociale fédérale. En outre, une exemption de cotisation devra à tout le moins être prévue par le Collège réuni pour les personnes les plus précarisées suivantes :

- les personnes sans-abri et les personnes en règlement collectif de dettes ;
- les personnes bénéficiant depuis au moins trois mois du revenu d'intégration sociale tel que défini par les articles 14 et 15 de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale, ainsi que les personnes bénéficiant de l'allocation de revenu de remplacement (ARR) définie par la loi du 27 février 1987 ou bénéficiant de la Garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), telle que définie par le chapitre IV de la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées ;
- les personnes en prison ou en établissement de défense sociale : l'article 5 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que les prestations de santé prévues par la loi sont refusées aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement de défense sociale. Les frais des soins de santé sont pris en charge par le service

Contribution des bénéficiaires

Le calcul des contributions des personnes qui utilisent les services de l'assurance (=les bénéficiaires = les personnes âgées qui ont une autonomie de vie réduite), **dépend des revenus de ces personnes**. Certaines catégories de personnes, les bénéficiaires de l'intervention majorée (BIM) sont soumis à un régime de contribution réduit voir supprimé.

Budget
/

public fédéral justice sur la base d'une Convention avec l'INAMI. Pour les mêmes raisons, et compte tenu du fait que les prestations relevant de l'assurance autonomie ne peuvent pas être réalisées en prison ou dans un établissement de défense sociale, une exemption de cotisation est accordée aux détenus et aux internés.

Contribution des bénéficiaires

De manière à tenir compte de la différence de capacité contributive, il est prévu que lorsque les membres du ménage de l'affilié sont bénéficiaires de l'intervention majorée en matière de soins de santé en raison de leur niveau de revenus (« BIM revenus »), le montant de base de la cotisation est divisé par deux. La cotisation est entièrement supprimée lorsque le bénéfice de l'intervention majorée est accordé, de manière automatique, en raison de l'octroi d'une prestation d'aide sociale (« BIM avantage »)⁽¹³⁾.

Il est également prévu que le Collège réuni a la possibilité de remplacer les cotisations forfaitaires prévues par la présente ordonnance par des cotisations progressives, établies en fonction des revenus du ménage.

Budget

Le budget total de l'assurance autonomie est composé :

- Pour la branche 1 « Intervention au domicile »:

Depuis la sixième réforme de l'État, la Région de Bruxelles-Capitale peut inscrire à son budget une dotation au profit de la COCOM ⁽¹⁴⁾. Elle est donc compétente pour participer au financement de l'assurance autonomie bruxelloise. L'ordonnance prévoit la possibilité d'un tel financement.

Il n'appartient pas à la COCOM de déterminer les critères en vertu desquels la Région fixera le montant de la dotation. La présente ordonnance précise toutefois les conditions dans lesquelles la COCOM veillera à informer la Région de l'évolution de l'assurance et de ses besoins de financement.

Arrêté royal du 15 janvier 2014 relatif à l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, M.B., 29 janvier 2014, art. 8 à 16.

(13) Loi spéciale du 16 janvier 1989 relative au financement des communautés et des régions, art. 65, § 1^{er}, 4^o.

- Pour la branche 2 « Allocation forfaitaire Autonomie » : du budget actuel de l'APA.

L'ensemble de ces montants fera l'objet d'une indexation liée à l'évolution de l'indice-santé des prix à la consommation.

Dans une optique de gestion responsable, au sein d'Iriscare, les organes existant, et notamment le Comité général de gestion et le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes prévus par l'article 9 de l'ordonnance du 23 mars 2017, assureront le suivi de l'assurance autonomie, selon la même logique de répartition des attributions que celle qui prévaut actuellement.

Acteurs impliqués dans le cadre de la mise en œuvre de l'assurance autonomie

Différents acteurs sont nécessaires à la gestion de cette assurance autonomie.

Sur le plan des structures, la présente ordonnance entend s'appuyer, dans la mesure du possible, sur les acteurs déjà en place, à savoir, d'une part, l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales, dénommé « Iriscare », et, d'autre part, les organismes assureurs bruxellois. Elle entend ainsi éviter la création de nouvelles institutions et de nouveaux organes.

Dans le cadre de l'assurance autonomie, Iriscare a vocation, en particulier, à organiser et suivre le financement de l'assurance, à préparer le budget, à centraliser les moyens de financement (en ce compris les cotisations collectées pour son compte par les organismes assureurs), à répartir les moyens financiers entre les organismes assureurs, à approuver les conventions avec les prestataires, à encadrer la procédure de contrôle de l'évaluation de la réduction d'autonomie (même si c'est essentiellement de manière « inter-mutualiste » que ce contrôle a lieu), à exercer le contrôle sur les organismes assureurs,...

De même, par application de l'article 24 de l'ordonnance du 23 mars 2017, la commission technique compétente pour l'assurance autonomie est la Commission « accueil et prise en charge des dépendances ». Cette Commission est notamment compétente pour « préparer les conventions entre les prestataires et les organismes assureurs, notamment à propos des tarifs, des financements par l'Office et des conditions de financement ».

Dans la mesure où l'assurance autonomie fait partie de l'aide aux personnes, le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes et le Comité général de gestion voient leurs attributions s'élargir à l'assurance autonomie, sans

Acteurs impliqués

-Iriscare

-Organismes Assureurs bruxellois

Les Organismes Assureurs auront également **deux**

missions :

- 1) Effectuer l'affiliation des personnes et la collecte des cotisations.
- 2) Reconnaître les droits des affiliés et assurer le remboursement des prestations.

qu'il soit nécessaire de modifier l'ordonnance du 23 mars 2017. Le Conseil de gestion de la santé et de l'aide aux personnes d'Iriscare est ainsi appelé à assumer, y compris en ce qui concerne l'assurance autonomie, les missions prévues par l'article 22 de l'ordonnance du 23 mars 2017 et en conséquence « déterminer les orientations de politique générale », « adresser des avis au Collège réuni, d'initiative ou sur demande de ce dernier », proposer au Comité général de gestion le budget de l'assurance, « approuver les conventions et les conventions de revalidation élaborées par les commissions techniques », « attribuer aux organismes assureurs les ressources financières nécessaires », « assurer la mise en œuvre de la programmation », « définir les modalités pratiques suivant lesquelles les organismes assureurs introduisent et justifient leurs comptes », veiller à l'équilibre financier et proposer le cas échéant des mesures de correction budgétaire au Comité général de gestion, arrêter les comptes, informer et conseiller le Collège réuni sur la politique mise en œuvre ou à mettre en œuvre ainsi que sur les enjeux qui y sont liés, évaluer la politique mise en œuvre...

Le statut des organismes assureurs bruxellois est fixé, pour l'essentiel, par l'ordonnance précitée du 21 décembre 2018. Ces organismes assureurs sont, d'une part, les sociétés mutualistes régionales (SMR) bruxelloises et, d'autre part, la caisse auxiliaire bruxelloise. Ces organismes ont été créés dans le cadre des transferts de compétence prévus par la sixième réforme de l'État dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes handicapées.

La présente ordonnance étend les missions des organismes assureurs bruxellois, en vue de la mise en œuvre de l'assurance autonomie. Ces organismes auront, dans ce cadre, une double mission, à savoir :

- effectuer l'affiliation des personnes comprises dans le champ d'application de l'assurance et collecter les cotisations dues par ces personnes ;
- reconnaître les droits des affiliés (en ce compris les personnes à charge) et assurer le remboursement des prestations aux prestataires.

Le choix de s'adresser exclusivement aux organismes assureurs bruxellois issus des unions nationales de mutualités historiquement associées à la gestion de la branche des soins de santé et des indemnités organisée dans le cadre de la sécurité sociale à l'origine exclusivement fédérale est justifié par le caractère social et la dimension de solidarité de l'assurance autonomie. Comme indiqué précédemment, l'assurance autonomie vise à assurer la prise en charge d'un risque social de même nature que les risques sociaux couverts par les régimes légaux de sécurité sociale. Il apparaît en outre que le financement répond à des principes fondamentaux de solidarité. Ainsi, les cotisations qui ne représenteront

Contrôle de la conformité des prestations

Le contrôle de l'évaluation du **niveau de dépendance** est effectué par les organismes assureurs bruxellois.

Il y a **3 possibilités** de contrôle :

- Contrôle de manière régulière et aléatoire ;
- Contrôle à la demande d'Iriscare ;
- Contrôle lorsque les évaluations effectuées par un service présentent un écart trop important avec la moyenne générale des autres services.

Ce chapitre est obsolète parce qu'il prévoit l'ouverture de l'assurance au 1^{er} janvier 2021.

qu'une partie du financement ont vocation à être établies en fonction, non pas de l'importance du risque assuré tel qu'il peut être apprécié sur un plan individuel, mais selon la capacité contributive des bénéficiaires.

Contrôles de la conformité des prestations

Niveau de dépendance

Le contrôle de l'évaluation du niveau de dépendance est effectué par les organismes assureurs bruxellois dans les hypothèses suivantes :

- de manière régulière et aléatoire ;
- à la demande d'Iriscare ;
- lorsque les évaluations effectuées par un service présentent un écart trop important avec la moyenne générale des autres services.

L'organisation de ce contrôle a pour but de responsabiliser les acteurs chargés de l'évaluation et de régler les conflits en la matière.

Timing. L'ouverture des droits à l'assurance autonomie sera opérationnelle au 1^{er} janvier 2021

La première perception de la cotisation aura lieu en 2020. Les années 2019 et 2020 seront donc des années de préparation essentielles à la mise en œuvre du dispositif et nécessitera la mise à disposition par le Collège réuni de moyens financiers consentis à titre exceptionnel pour effectuer la transition avant que ceux-ci ne soient pris en charge par le budget de l'assurance autonomie.

La présente proposition d'ordonnance est conforme à l'avis n° 64.809/4 du Conseil d'État concernant la proposition de décret du Parlement wallon relatif à l'assurance autonomie et portant modification du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé. La solidité juridique de cette proposition d'ordonnance est démontrée, dès lors que celle-ci est identique à la proposition de décret émanant du Parlement wallon.

Les articles n'ont pas été vulgarisés. Voir la remarque sur la 1^{ière} page.

Commentaire des articles

CHAPITRE 1^{ER} Dispositions générales

Article 1^{er}

Cet article précise que l'ordonnance règle une matière visée à l'article 135 de la Constitution. En ce qui concerne la justification de la compétence de la Commission communautaire commune pour instaurer une assurance autonomie obligatoire, il est renvoyé à l'exposé des motifs.

L'article 1^{er} précise également que l'ordonnance met en œuvre l'article 23 de la Constitution. Cette disposition énonce comme principe que « chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine » et qu'il appartient aux législateurs de garantir ce principe par la reconnaissance de droits économiques, sociaux et culturels. Parmi ces droits, l'article 23 de la Constitution vise ainsi en son alinéa 3 « le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique » ainsi que le droit à l'épanouissement social.

La présente ordonnance contribue à la concrétisation de ce droit constitutionnel, en particulier, dans sa dimension de droit à l'épanouissement social. Elle institue à cette fin des dispositifs d'assistance en faveur des personnes dont la capacité à exécuter de manière autonome les actes essentiels de la vie quotidienne se trouve réduite en manière telle que le maintien des acquis, la participation à la vie sociale et l'inclusion dans la société de ces personnes sont susceptibles d'être altérés.

L'exécution de l'article 23 de la Constitution implique notamment une obligation de standstill : celle-ci interdit au législateur compétent de réduire substantiellement le niveau de protection de l'aide instituée, à moins qu'il existe des motifs d'intérêt général et que la réduction soit proportionnée au but d'intérêt général poursuivi. En l'espèce, s'agissant de l'instauration d'une nouvelle prestation, sans modification des dispositifs tels que l'allocation pour l'aide aux personnes âgées, le principe de standstill n'est pas en cause.

Article 2

Cet article définit les termes et concepts utilisés dans l'ordonnance. Ces définitions visent à faciliter la lecture de l'ordonnance et à assurer un sens et une portée uniformes aux principaux termes utilisés.

Les définitions visées sous 1°, 2° et 3°, permettent d'explicitier trois notions essentielles dans le nouveau système de l'Assurance Autonomie. La « prestation » est le service dont on peut bénéficier dans le cadre de la première branche de l'assurance. Il s'agit d'une aide de nature matérielle. L'« allocation » vise l'objet que le bénéficiaire peut obtenir en vertu de la seconde branche. Il s'agit, cette fois, d'une aide de nature financière. L'« intervention » vise l'allocation devenue exigible, et donc ayant dépassé le stade de concept technique ou théorique. Il s'agit pour le bénéficiaire de mériter une intervention lorsqu'il a été reconnu comme entrant dans les conditions complètes l'autorisant à revendiquer l'allocation forfaitaire autonomie.

La définition de la perte d'autonomie (5°), qui constitue la pierre angulaire de la première branche de l'assurance autonomie vise la situation d'une personne qui requiert l'assistance d'une autre personne pour tout ou partie des actes essentiels de sa vie, tels que définis à titre non exhaustif et/ou (conditions cumulatives ou alternatives) pour maintenir ses acquis, sa participation à la vie sociale et son inclusion dans la société. Cette situation peut découler de diverses causes : une maladie, un accident, une déficience acquise dès la naissance, le vieillissement, une situation d'handicap émanant d'une autre cause voire, de manière plus générale et non nécessairement physiologique, d'une « situation sociale spécifique ».

Article 3

Cette disposition fixe les objectifs de la mise en œuvre de l'assurance autonomie, à savoir, une première branche donnant droit à un accompagnement de la perte d'autonomie à domicile quel que soit l'âge du bénéficiaire et une deuxième branche donnant droit à une intervention financière forfaitaire calculée en fonction des revenus du bénéficiaire et de son niveau de perte d'autonomie, pour peu qu'il soit âgé de plus de soixante-cinq ans.

Les deux branches de l'assurance autonomie peuvent être cumulatives pour les bénéficiaires qui répondent aux conditions d'accès de chacune d'entre elles.

CHAPITRE 2 **Champ d'application de l'assurance et obligation d'affiliation**

Article 4

§ 1^{er}. Toute personne qui, conformément à l'article 3, relève du champ d'application de l'assurance autonomie bruxelloise doit s'affilier auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois.

Le Collège réuni précise les personnes qui, par dérogation à l'alinéa 1^{er}, ne sont pas tenues de s'affilier personnellement et sont inscrites en qualité de personne à charge d'un autre affilié.

Le Collège réuni fixe le délai dans lequel l'affiliation visée à l'alinéa 1^{er} doit intervenir et la date à laquelle cette affiliation prend effet.

§ 2. Toute personne qui, étant tenue de s'affilier personnellement, omet de le faire dans le délai fixé par le Collège réuni est affiliée d'office à la Caisse auxiliaire bruxelloise, avec effet à la date à laquelle elle aurait dû être affiliée. La personne en est informée sans délai et par écrit. Cette affiliation prend fin, dans les conditions fixées par le Collège réuni, si la personne s'affilie auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois.

§ 3. Le Collège réuni fixe les conditions dans lesquelles les communes de la région bilingue de Bruxelles-Capitale sont tenues de porter à la connaissance des personnes qui sollicitent une inscription au registre de la population ou au registre des étrangers dont elles assurent la tenue, l'obligation de s'affilier auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois. Elles sont dispensées de cette obligation d'information lorsqu'il s'agit d'un changement de domicile à l'intérieur de la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

§ 4. Le Collège réuni fixe les modalités de l'affiliation.

Article 5

Cette disposition fixe d'abord l'âge minimal de cotisation à l'assurance autonomie. À titre d'exemple, une personne a 26 ans le 30 juin de l'année X. Une première cotisation annuelle sera due pour l'année X et lui sera réclamée au cours de cette année X.

Les alinéas 2 et 3 habilitent le Gouvernement à respectivement fixer les montants des cotisations, déterminer les moyens de perception de ces cotisations par les organismes assureurs bruxellois et définir les modalités de paiement de la première année de cotisation (celle durant laquelle l'assuré bruxellois atteint l'âge de 26 ans).

L'alinéa 4 de l'article en projet confie enfin la charge de la perception de la cotisation aux organismes assureurs et les autorise à fractionner cette perception par trimestre ou semestre sachant qu'au final, la responsabilité de trésorerie leur incombera.

Article 6

Cet article prévoit diverses hypothèses de dispense ou de réduction du paiement de la cotisation à l'assurance autonomie.

Le paragraphe 1^{er} confère une habilitation au Collège réuni lui permettant d'organiser une réduction de cotisation au profit des personnes bénéficiaires de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 19, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. La réduction accordée à cette catégorie de personnes est d'application l'année suivant l'année qui suit celles au cours de laquelle elles sont bénéficiaires de l'intervention majorée. Ce statut BIM pouvant être ouvert ou fermé à n'importe quel moment de l'année, l'ordonnance prévoit que la date de référence retenue pour vérifier les conditions du bénéfice de la personne à l'intervention majorée est le 31 décembre. À titre d'exemple, une personne est bénéficiaire de l'intervention majorée au 31 décembre de l'année X. La réduction est appliquée à partir du 1^{er} janvier de l'année X+1. Par contre, si elle a été bénéficiaire de l'intervention majorée entre le 1^{er} janvier et le 30 juin de l'année X mais qu'elle ne l'est plus au 31 décembre, aucune réduction ne sera appliquée à partir du 1^{er} janvier de l'année X + 1.

Cette disposition projet, en son paragraphe 2, exempte par ailleurs plusieurs catégories de personnes de la perception de cette cotisation.

Les deux premières hypothèses visent les suites, en termes d'obligation de cotiser, du décès ou de la déclaration d'absence de l'assuré bruxellois, respectivement pour l'année suivant son décès et l'année du décès elle-même. La preuve de décès ou de l'absence résulte de l'information visée à l'article 3, alinéa 1^{er}, 5^o, de la loi du 8 août 1983 organisant un Registre national des personnes physiques.

Une exemption de cotisation est également prévue en cas de détention en prison ou d'internement dans un établissement de défense sociale. L'article 5 du règlement du 28 juillet 2003 portant exécution de l'article 22, 11^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 prévoit que les prestations de santé prévues par la loi sont refusées aussi longtemps que le bénéficiaire est détenu en prison ou est interné dans un établissement de défense sociale. Les frais des soins de santé sont pris en charge par le service public fédéral justice sur la base d'une convention avec l'INAMI. En vertu de cette même logique et au vu du fait que les prestations relevant de l'assurance autonomie ne peuvent pas être réalisées en prison ou dans un établissement de défense sociale, une exemption de cotisation est accordée

aux détenus et aux internés.

Enfin, l'obligation de cotiser cesse également au 1^{er} janvier de l'année suivant celle où l'assuré bruxellois est le destinataire d'une décision judiciaire de règlement collectif de dettes (jusqu'à la fin de l'application de cette décision), celle où l'assuré devient une personne sans domicile fixe, celle où il est devenu bénéficiaire pour une durée minimum de 3 mois du revenu d'intégration sociale, de la garantie de revenu aux personnes âgées (GRAPA) ou de l'allocation de revenu de remplacement (ARR).

Article 7

Cet article permet au Collège réuni de prévoir la suspension temporaire de l'octroi des prestations lorsque, malgré des démarches en vue du recouvrement, des cotisations restent impayées.

Il autorise aussi la mise en place d'un régime de renonciation au recouvrement des cotisations annuelles, dans des cas dignes d'intérêt. Il s'inspirera, à cet égard, de ce que prévoit l'article 22 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social.

Article 8

Cet article charge le Collège réuni de fixer le niveau de réduction d'autonomie qui doit être atteint et de définir la procédure qui doit être suivie en vue de l'évaluation de la réduction d'autonomie.

Il appartiendra au Collège réuni de désigner les personnes en charge de l'évaluation de la réduction d'autonomie. Ces évaluateurs pourraient être un service spécialisé des organismes assureurs bruxellois, associant des compétences médicales et des compétences sociales.

En ce qui concerne le niveau de réduction d'autonomie et pour autant que les spécificités de la population bruxelloise ne justifient pas de développer une prise en charge plus large ou plus restreinte, le Collège réuni pourra, dans un premier temps, s'inspirer de ce qui est d'application au sein des autres entités fédérées.

Les seuils suivants pourraient ainsi être envisagés :

- au moins un score B sur l'échelle de KATZ en cas de soins à domicile ;
- au moins un score de 35 sur l'échelle de profil BEL ;

- au moins un score de 15 sur l'échelle médico-sociale utilisée pour évaluer le degré d'autonomie dans le cadre de la législation sur les allocations aux personnes handicapées ;
- au moins un score de 18 points sur l'échelle médico-légale utilisée pour l'octroi des allocations familiales majorées.

À terme, le Collège réuni devrait adopter le BELRAI comme outil, en principe, unique d'évaluation de la réduction d'autonomie.

Article 9

Cet article règle l'octroi ou le refus de l'octroi au de la première branche de l'assurance autonomie à l'affilié.

Article 10

Cet article vise le libre choix du bénéficiaire.

Article 11

Cet article fixe les règles de refus ou de clôture d'une demande d'aide pour des raisons relatives à la mise en danger du prestataire d'aide.

Article 12

Cette disposition fait référence aux prestations d'aide à domicile pour lesquelles le bénéficiaire de l'assurance autonomie peut obtenir une intervention. Trois métiers, correspondant à des services requis par les bénéficiaires de la première branche, sont visés : l'aide familial, l'aide ménager social et le garde à domicile.

Certains services d'aide à domicile n'organisent qu'un seul métier, ce qui a pour conséquence de ne pas pouvoir répondre à la demande d'un bénéficiaire ayant besoin de plusieurs métiers. Cette disposition permet de parer à cette difficulté en autorisant les services d'aide à domicile à désigner un service référent entre eux afin de pouvoir répondre aux demandes d'aide, et ce de manière à rencontrer les besoins des bénéficiaires.

Article 13

Cette disposition a pour objectif de permettre aux services d'aide à domicile de facturer des prestations à charge de la première branche de l'assurance autonomie dès le premier jour de la demande introduite par l'assuré bruxellois.

Certaines situations nécessiteront en effet l'intervention d'urgence des services d'aide à domicile avant que l'ensemble de la procédure d'évaluation et de notification

n'ait pu aboutir. Le bénéfice de la première branche de l'assurance autonomie ne pourra évidemment être réclamé que si, au final, l'affilié répond à l'ensemble des conditions reprises dans cette ordonnance. Dans le cas contraire, la facturation des prestations devra être adressée à l'affilié.

Article 14

Le service d'aide à domicile doit exiger du bénéficiaire une contribution en fonction de ses ressources et selon un barème défini dans le cadre de l'assurance autonomie. Le nombre d'heures mensuel facturé à l'organisme assureur dans le cadre de la première branche de l'assurance autonomie par le service d'aide au domicile ne peut être supérieur au nombre d'heures mensuel octroyé par l'organisme assureur bruxellois du bénéficiaire déterminé conformément aux résultats de l'évaluation du niveau d'autonomie suivant les modalités précisées dans cette ordonnance. Toute prestation facturée au-delà de ce montant devra être prise en charge par le bénéficiaire.

La facturation des prestations est prévue sur une base mensuelle, tant auprès des organismes assureurs qu'auprès des bénéficiaires.

À terme, la facturation entre services d'aides à domicile et organismes assureurs se fera exclusivement par flux électroniques.

Article 15

Ces dispositions rendent les tribunaux du travail de Bruxelles compétents pour connaître des litiges auxquels peuvent donner lieu la présente ordonnance.

Selon que la procédure est introduite par ou contre un bénéficiaire ou par ou contre toutes autres personnes impliquées dans le fonctionnement de l'assurance, la procédure est introduite par une requête simplifiée ou par une requête contradictoire. En ce qui concerne les bénéficiaires, il paraît souhaitable de mettre en place une procédure simplifiée offrant les mêmes garanties que celles qui sont d'application dans le contentieux des prestations de sécurité sociale (voy. les matières visées à l'article 704, § 2, du Code judiciaire).

Article 16

Cet article définit le champ d'application de la deuxième branche de l'assurance autonomie, soit l'allocation forfaitaire autonomie. Celle-ci ne peut être accordée qu'aux personnes âgées de 65 ans au moins pour lesquelles un manque ou une réduction d'autonomie est établi.

Par rapport à la première branche de l'assurance autonomie, cet article ajoute une condition supplémentaire, à savoir la condition de l'âge.

Il s'agit ici de s'aligner sur les conditions reprises dans la loi-programme du 22 décembre 1989 complétant la loi du 27 février 1987 pour y inclure les personnes devenues handicapées après l'âge de 65 ans en réunissant l'allocation de complément du revenu garanti aux personnes âgées et l'allocation pour l'aide d'une tierce personne en une seule allocation pour personnes âgées.

Une habilitation est donnée au Collège réuni pour adapter l'âge d'accès de la deuxième branche de l'assurance autonomie afin de la faire correspondre à l'âge légal de la pension si l'Autorité compétente était amenée à modifier dans ce sens l'âge d'accès à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, telles que définies par la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées.

En effet, l'ensemble de ces trois dispositifs étant reliés et complémentaires, la modification des conditions d'âges de l'un d'eux sans modification des conditions d'âge des deux autres pourraient créer des situations de réduction de droits ou de double bénéfice par rapport à la législation actuelle.

Article 17

Cet article précise le champ d'application de l'allocation forfaitaire autonomie (AFA).

Conformément à l'article 5 de la loi du 27 février 1987, le droit à une allocation de remplacement de revenus ou à une allocation d'intégration ne s'éteint pas à l'âge de 65 ans. Il convient dès lors de prévoir une règle de telle sorte que l'AFA ne puisse être cumulée avec une allocation de remplacement de revenus ou à une allocation d'intégration.

Par ailleurs, l'article 28 de la loi du 27 février 1987 prévoyait des dispositions transitoires pour les personnes bénéficiant jusque-là soit de l'allocation pour l'aide d'une tierce personne, soit d'une allocation ordinaire ou une allocation particulière, en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative aux allocations aux personnes handicapées. Il s'impose de prévoir un dispositif interdisant le cumul de ces dispositifs avec l'allocation forfaitaire autonomie.

Le même raisonnement vaut pour l'allocation de complément du revenu garanti aux personnes âgées régie par la loi du 1^{er} avril 1969 qui a été remplacé par la GRAPA : Garantie de Revenu Aux Personnes Agées régie par la loi du 22 mars 2011.

Article 18

Cet article, qui définit le champ d'application personnel de la deuxième branche de l'assurance autonomie, reprend

les dispositions de l'article 4 de la loi du 27 février 1987, modifié en dernier lieu par la loi-programme du 24 décembre 2002.

Article 19

Il est important que la réduction d'autonomie soit évaluée de manière comparable par les différents évaluateurs. Des disparités pourraient mettre en danger la crédibilité et la viabilité de l'assurance. Le Collège réuni est chargé de mettre en place une procédure de contrôles sur une base intermutualiste. Les différents organismes assureurs bruxellois seront ainsi associés, au sein d'Iriscare, à la procédure de contrôle qui pourra, *mutatis mutandis*, s'inspirer de ce que prévoient les articles 120 à 122 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

La procédure de contrôle peut déboucher sur une décision de révision avec effet le premier jour du mois suivant sa notification.

Article 20

Cet article reprend les dispositions de l'article 4 de la loi du 27 février 1987.

Article 21

Cet article reprend les dispositions de l'article 6 de la loi du 27 février 1987.

Article 22

Cet article détaille la procédure à suivre afin de pouvoir bénéficier de la deuxième branche de l'assurance autonomie.

La demande de prise en charge est introduite par l'affilié ou son représentant directement auprès de son organisme assureur qui vérifie les deux premières conditions, ainsi que la condition d'âge.

Si ces trois conditions sont respectées, l'organisme assureur recueille auprès des services et institutions concernées les données nécessaires à la détermination du niveau d'autonomie et au calcul des revenus, afin de déterminer le montant de l'allocation forfaitaire autonomie.

Le Collège réuni est chargé de définir les modalités de la procédure d'évaluation et de sa transmission entre l'évaluateur et les organismes assureurs.

Article 23

Dès que l'organisme assureur de l'affilié est en possession de l'attestation d'évaluation et des montants de ses revenus, il dispose de toutes les informations lui permettant de notifier à son affilié s'il peut ou non bénéficier de la branche 2 de l'assurance autonomie. L'article donne délégation au Collège réuni pour les modalités d'envoi de cette notification.

Article 24

Cette disposition mandate Iriscare pour les missions de contrôle de la bonne application de la réglementation par les organismes assureurs bruxellois.

Article 25

Cet article détermine dans quelles mesures l'allocation peut être totalement ou partiellement suspendue.

Article 26

Cet article détermine les conditions d'arrêt de l'allocation en cas de décès du bénéficiaire.

Article 27

Dans un objectif de simplification administrative, cette disposition vise à introduire le concept de force probante pour toute donnée communiquée par voie électronique afin de simplifier les échanges de flux d'informations entre les différents acteurs.

Article 28

Cet article, relatif aux délais de prescription des actions en récupération d'allocations perçues indûment et plus généralement à la procédure de récupération, reprend les dispositions de l'article 16 de la loi du 27 février 1987.

Article 29

Ces dispositions fixent les flux financiers et la gestion budgétaire de l'assurance autonomie.

Article 30

Cet article délègue au Collège réuni la détermination des frais de fonctionnement des organismes assureurs calculés sur la base d'un pourcentage du budget global l'assurance autonomie.

Le Collège réuni veillera à intégrer dans ce calcul un mécanisme visant à responsabiliser financièrement les

organismes assureurs vis-à-vis de la bonne exécution de leurs missions dans le cadre de la gestion de l'assurance autonomie.

Article 31

Cette disposition règle l'entrée en vigueur de l'ordonnance.

Céline FREMAULT (F)
Gladys KAZADI (F)
Pierre KOMPANY (F)

PROPOSITION D'ORDONNANCE

instituant une assurance autonomie bruxelloise

CHAPITRE 1^{ER}

Dispositions générales et définitions

Article 1^{er}

La présente ordonnance règle une matière visée à l'article 135 de la Constitution.

L'ordonnance met en œuvre l'article 23 de la Constitution.

Article 2

Pour l'application de la présente ordonnance, on entend par :

- 1° la prestation : la prestation d'aide à domicile fournie dans le cadre de la première branche de l'assurance autonomie ;
- 2° l'allocation : l'allocation forfaitaire autonomie octroyée dans le cadre de la deuxième branche de l'assurance autonomie ;
- 3° l'intervention : le paiement de l'allocation forfaitaire autonomie découlant de la reconnaissance du droit à son bénéfice ;
- 4° le service d'aide à domicile : le service agréé d'aide aux familles proposant des prestations d'aide familial, de garde à domicile ou d'aide ménager social qui répond aux conditions d'intervention dans le cadre de l'assurance autonomie ;
- 5° la perte d'autonomie : l'état temporaire ou permanent d'une personne qui, par la suite d'une maladie, d'un accident, d'une déficience acquise dès la naissance, en raison de son âge, de sa situation de handicap, ou d'une situation sociale spécifique, a un besoin régulier d'assistance d'une tierce personne pour tout ou partie des actes essentiels de la vie, à savoir, notamment l'hygiène corporelle, la nutrition, la mobilité, ou pour maintenir ses acquis, sa participation à la vie sociale et son inclusion dans la société ;
- 6° l'évaluateur : le prestataire agréé par le Collège réuni chargé d'établir le niveau d'autonomie d'une personne en utilisant les outils d'évaluation prévus par le Collège réuni ;
- 7° le domicile : l'adresse inscrite au registre de la population ou au registre des étrangers d'une commune sur le territoire de la région de langue française ;

- 8° l'établissement d'accueil et d'hébergement pour aînés : la maison de repos ou maison de repos et de soins ;
- 9° les institutions pour personnes handicapées : les institutions pour personnes handicapées à l'exclusion de l'hébergement de court séjour, des services résidentiels pour jeunes et des services de logements supervisés ;
- 10° la personne sans domicile fixe : la personne visée à l'article 2, 1°, de l'ordonnance du 14 juin 2018 relative à l'aide d'urgence et à l'insertion des personnes sans-abri ;
- 11° le service assurance autonomie : le service établi au sein des organismes assureurs bruxellois et lié à l'assurance autonomie telle qu'organisée par le présent Code ;
- 12° l'assuré : la personne visée à l'article 32 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 et domiciliée, le cas échéant par le biais d'une adresse de référence au sens de l'article 20, § 3, de l'arrêté royal du 16 juillet 1992 relatif au registre de la population et au registre des étrangers, sur le territoire de la Région bruxelloise ;
- 13° l'affilié : la personne inscrite auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois, en qualité de titulaire ou de personne à charge ;
- 14° le bénéficiaire : la personne bénéficiant, y compris en tant que personne à charge, des prestations prévues par l'assurance autonomie bruxelloise ;
- 15° les organismes assureurs bruxellois : les sociétés mutualistes régionales bruxelloises agréées ainsi que la Caisse auxiliaire bruxelloise au sens de l'ordonnance du 21 décembre 2018 ;
- 16° Iriscare : l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales institué par l'ordonnance du 23 mars 2017 ;
- 17° l'ordonnance du 23 mars 2017 : l'ordonnance du 23 mars 2017 portant création de l'Office bicommunautaire de la santé, de l'aide aux personnes et des prestations familiales ;
- 18° l'ordonnance du 21 décembre 2018 : l'ordonnance du 21 décembre 2018 relative aux organismes assureurs bruxellois dans le domaine des soins de santé et de l'aide aux personnes ;
- 19° la loi coordonnée du 14 juillet 1994 : la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ;
- 20° le règlement (CE) n° 883/2004 : le règlement (CE) n° 883/2004 du Parlement européen et du Conseil du 29 avril 2004 portant sur la coordination des systèmes de sécurité sociale ;

21° la loi du 15 décembre 1980 : la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;

22° le représentant : soit

a) le représentant légal ou judiciaire ;

b) le mandataire ;

c) si une des personnes visées aux a) et b), ne souhaite pas intervenir ou si elle fait défaut, en ordre subséquent :

1. l'époux cohabitant, le partenaire cohabitant légal ou le partenaire cohabitant de fait ;

2. un enfant majeur ;

3. un frère ou une sœur majeur(e) ;

4. un travailleur social, à l'exception de toute personne qui exerce une activité dans un centre de coordination ou d'un service d'aide à domicile ou qui prend part à sa gestion, ou qui est soumise à l'autorité du gestionnaire du service.

23° BelRAI Screener : outil d'évaluation scientifiquement fondé, basé sur le set d'outils international interRAI, destiné à mesurer la perte d'autonomie de l'assuré de façon standardisée et structurée dans le but de mettre en œuvre une aide adaptée à ses besoins ;

24° module de dépendance sociale : outil annexé au BelRAI Screener permettant de mesurer les besoins sociaux spécifiques de l'assuré dans le but de mettre en œuvre une aide adaptée à ses besoins.

Article 3

§ 1^{er}. La présente ordonnance organise solidairement une protection sociale pour répondre aux besoins liés la perte d'autonomie. Elle est constituée de deux branches distinctes :

1° la première branche (prestations d'aide à domicile) donne droit aux personnes en perte d'autonomie à un nombre mensuel d'heures de prestations fournies par les services d'aide à domicile ;

2° la deuxième branche (allocation forfaitaire autonomie), conditionnée par des critères d'âge et de revenus fixés par le Collège réuni, donne droit au bénéficiaire à une intervention financière forfaitaire calculée sur la base de son degré de perte d'autonomie appelée allocation forfaitaire autonomie.

§ 2. Le bénéfice des deux branches de l'assurance autonomie peut être cumulé.

CHAPITRE 2
**Champ d'application de l'assurance
et obligation d'affiliation**

Article 4

§ 1. Pour obtenir une ou plusieurs prestations de l'assurance autonomie, le bénéficiaire doit :

- 1° être affilié, ou être à charge d'une personne affiliée, depuis au moins trois ans auprès d'un service assurance autonomie d'un organisme assureur bruxellois ;
- 2° résider sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale ou être à charge d'une personne résidant sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale ;
- 3° être en situation de réduction d'autonomie, au sens de l'article 13.

Pour l'application du délai de trois ans visé à l'alinéa 1^{er}, 1°, le Collège réuni précise les interruptions qui ne sont pas prises en compte et fixe les conditions dans lesquelles les périodes d'affiliation intervenues dans le cadre d'une assurance autonomie en vigueur au sein d'une autre entité fédérée en Belgique ou au sein d'un autre État membre de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse sont prises en considération dans le délai de trois ans.

§ 2. Par dérogation au paragraphe 1^{er}, les prestations en nature de l'assurance autonomie bruxelloise sont octroyées aux personnes qui sont comprises dans le champ d'application de l'assurance alors qu'elles ne sont pas domiciliées dans la Région bilingue de Bruxelles-Capitale :

- 1° aux conditions fixées par la législation internationale relative à la coordination des systèmes de sécurité sociale ;
- 2° aux conditions arrêtées par le Collège réuni pour des prestations fournies dans un autre État membre de l'Union européenne, dans un autre État qui est partie à l'Espace économique européen ou en Suisse, conformément à la directive sur les droits des patients ou conformément aux conventions conclues entre le Collège réuni et les institutions opérant dans ces autres États ;
- 3° aux conditions, arrêtées par le Collège réuni, sur la base d'accords de coopération avec d'autres États membres de l'Union européenne, à propos de prestations en nature fournies dans ces autres États.

Le Collège réuni arrête les conditions et la procédure pour l'octroi des prestations visées au présent paragraphe.

Article 5

Tout assuré paie annuellement une cotisation au titre de l'assurance autonomie à partir du 1^{er} janvier de l'année au cours de laquelle il atteint l'âge de vingt-six ans.

Le Collège réuni fixe les montants des cotisations par rapport à la capacité contributive des assurés, avec au minimum trois catégories, dont une d'exemption pour les personnes les plus précarisées. Il en détermine les moyens de perception.

Le Collège réuni définit les modalités de paiement de la première année de cotisation.

Les services assurance autonomie des organismes assureurs bruxellois sont chargés de la perception des cotisations selon les modalités définies par le Collège réuni. Ils sont autorisés à fractionner la perception de la cotisation annuelle par trimestre ou par semestre pour tout ou partie de leurs affiliés.

Article 6

§ 1^{er}. S'il est constaté à la date du 31 décembre que la personne est bénéficiaire de l'intervention majorée visée à l'article 37, § 19, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994, le Collège réuni lui accorde une réduction à partir de l'année qui suit, jusqu'à extinction du bénéfice de ce statut.

§ 2. La cotisation annuelle n'est pas due :

- 1° à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année du décès de l'assuré ou de la déclaration de son absence ;
- 2° par les ayants droit d'un assuré décédé entre le 1^{er} janvier et la date d'appel à cotisations de l'année du décès ;
- 3° à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année de la décision du tribunal du travail si l'assuré fait l'objet d'un règlement collectif de dettes et tant que s'applique cette décision ou celle de la Cour du travail qui s'y serait substituée en maintenant un règlement collectif de dettes ;
- 4° à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année de la détention en prison ou de l'internement dans un établissement de défense sociale de l'assuré ;
- 5° à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant l'année où l'assuré devient une personne sans domicile fixe ;
- 6° à partir du 1^{er} janvier suivant l'année où l'assuré devient bénéficiaire pour une durée minimum de trois mois du revenu d'intégration sociale défini par les articles 14 et 15 de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale ;

7° à partir du 1^{er} janvier suivant l'année où l'assuré bruxellois devient bénéficiaire de la garantie de revenus aux personnes âgées (GRAPA), définie par la loi du 22 mars 2001 instituant la garantie de revenus aux personnes âgées ;

8° à partir du 1^{er} janvier suivant l'année où l'assuré bruxellois devient bénéficiaire de l'allocation de remplacement de revenu (ARR), visée par l'article 2, § 1^{er}, de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations pour personnes handicapées.

Concernant le 2°, si la cotisation a été payée l'année du décès, les ayants droit ont la possibilité d'introduire une demande en récupération de la cotisation versée auprès de l'organisme assureur bruxellois qui leur rétribuera au prorata du nombre de mois complet restant entre le mois du décès et le 31 décembre de l'année en cours.

Concernant le 3°, la cotisation est de nouveau due à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant la fin de l'application de la dernière décision.

Concernant le 4°, la cotisation est de nouveau due à partir du 1^{er} janvier de l'année suivant la sortie du détenu ou de l'interné.

Article 7

Le Collège réuni précise les conditions dans lesquelles le non-paiement des cotisations annuelles entraîne la suspension du droit aux prestations.

Il précise également les conditions dans lesquelles il peut, dans les cas dignes d'intérêt, être renoncé au recouvrement des cotisations restant dues par des débiteurs de bonne foi.

Article 8

§ 1^{er}. Le Collège réuni fixe le niveau de réduction d'autonomie qui doit être atteint pour obtenir le bénéfice d'une ou plusieurs prestations. Il définit les outils d'évaluation de ce niveau d'autonomie et agréé les personnes compétentes pour procéder à cette évaluation.

La demande d'évaluation est introduite par l'affilié ou son représentant auprès du service assurance autonomie de son organisme assureur bruxellois qui procède ou fait procéder à l'évaluation du niveau d'autonomie dans les conditions et dans le délai maximum fixés par le Collège réuni.

La demande d'évaluation donne lieu à la délivrance d'un accusé de réception, selon les modalités fixées par le Collège réuni.

La demande d'évaluation peut, par une décision motivée de l'organisme assureur, être rejetée, sans qu'il soit procédé à un examen d'évaluation, si l'une ou l'autre des conditions visées à l'article 4, §1^{er}, 1^o en 2^o, n'est pas remplies.

§ 2. L'évaluateur se rend au lieu de résidence de l'affilié dans le délai fixé par le Collège réuni.

En fonction de la situation de l'affilié, l'évaluateur peut également procéder à l'évaluation dans un établissement hospitalier, dans un établissement d'accueil et d'hébergement pour personnes âgées ou dans une institution pour personnes handicapées.

Le Collège réuni détermine les situations spécifiques dans lesquelles le délai visé à l'alinéa 1^{er} peut être raccourci ou allongé.

§ 3. L'évaluateur transmet l'évaluation du niveau de réduction d'autonomie au service assurance autonomie de l'organisme assureur bruxellois.

Sauf s'il constate, de manière motivée, que le niveau de réduction d'autonomie ne permet manifestement pas d'envisager l'octroi d'une prestation, l'évaluateur transmet un avis à propos des besoins d'aide spécifiques de la personne évaluée et des prestations qui, parmi celles figurant dans la nomenclature, sont susceptibles de rencontrer ces besoins.

Article 9

§ 1^{er}. Selon les modalités définies par le Collège réuni, l'organisme assureur bruxellois notifie à l'affilié la décision d'octroi ou de refus du bénéfice de la première branche de l'assurance autonomie.

§ 2. Le contrôle de l'évaluation du niveau d'autonomie est effectué de manière intermutualiste par les organismes assureurs bruxellois de manière régulière et aléatoire ou à la demande d'Iriscare.

Le Collège réuni détermine les modalités d'exécution et d'organisation de ces contrôles.

Si le contrôle de l'évaluation du niveau d'autonomie révèle le caractère incorrect de celle-ci, une nouvelle

notification du bénéfice ou du refus de l'assurance autonomie est adressée à l'affilié selon les modalités fixées par le Collège réuni.

Les prestations auxquelles a droit le bénéficiaire sont révisées à partir du premier jour du mois qui suit la notification visée à l'alinéa précédent.

Les organismes assureurs bruxellois transmettent les informations relatives à la nouvelle évaluation à Iriscare, aux services d'aide à domicile et aux centres de coordination via flux électronique.

Iriscare sanctionne le service pour le compte duquel travaille l'évaluateur convaincu de fraude sur la base d'un dossier transmis par l'organisme assureur bruxellois. Cette sanction est soit un avertissement, soit l'application d'une amende administrative à l'encontre du service pour le compte duquel travaille l'évaluateur. Le Collège réuni précise le montant maximal de l'amende administrative et détermine les modalités d'application de cette sanction.

Article 10

§ 1^{er}. En cas de décision accordant le bénéfice des prestations, le bénéficiaire dispose du libre choix des services d'aide à domicile auxquels il peut faire appel dans les limites de leurs disponibilités.

§ 2. Pour respecter ce libre choix, toute forme de publicité qui, quel que soit le moyen utilisé, privilégie certains prestataires d'aides, est interdit sur les supports gérés par les organismes assureurs bruxellois dans le cadre de la gestion de l'assurance autonomie. Le Collège réuni détermine les modalités de contrôle et de sanction en cas de non-respect de cette interdiction.

Article 11

§ 1^{er}. Le Collège réuni fixe les règles de refus ou de clôture d'une demande d'aide pour des raisons relatives à la mise en danger du prestataire d'aide.

§ 2. Les prestations répondent aux conditions suivantes :

- 1° être prestées au domicile du bénéficiaire ;
- 2° être assurées par un service d'aide à domicile.

§ 3. Par dérogation au paragraphe 2, 1°, le bénéfice des prestations est refusé lorsque les personnes résident effectivement dans les établissements d'accueil et d'hébergement pour aînés, les institutions pour personnes handicapées, les maisons de soins psychiatriques, les prisons et les établissements de défense sociale.

Le Collège réuni peut compléter la liste visée à l'alinéa 1^{er} soit par d'autres structures qui offriraient des prestations similaires déjà financées par la COCOM, soit par d'autres structures dans lesquelles les services d'aide à domicile ne sont pas autorisés à prester.

§ 4. Par dérogation au paragraphe 2, 1^o, les prestations peuvent être réalisées hors du domicile du bénéficiaire pour autant que le lieu de séjour ne soit pas visé au paragraphe 3.

§ 5. Le bénéficiaire choisit le service d'aide à domicile qui lui fournira les prestations auxquelles il a droit.

Pour le bénéficiaire, l'intervention d'un service fournissant une aide à domicile sera assurée conformément aux conditions et selon les modalités déterminées par un accord de coopération, ou des accords de coopération, à conclure avec la Communauté flamande, la Communauté germanophone, la Commission communautaire commune et la Commission communautaire française.

Pour le bénéficiaire, l'intervention d'un service fournissant une aide à domicile sera assurée conformément aux conditions et selon les modalités déterminées par traité international conclu avec l'État concerné.

Article 12

§ 1^{er}. Les prestations consistent en des activités d'aide à la vie quotidienne ainsi que de garde de personne à domicile, effectuées par l'aide familial, l'aide ménager social et le garde à domicile des services d'aide.

§ 2. Si plusieurs services d'aide à domicile sont nécessaires pour répondre aux besoins des bénéficiaires, ceux-ci sont tenus de désigner un service référent entre eux selon les modalités fixées par le Collège réuni.

Article 13

Le bénéfice des prestations est exigible au jour de la demande de prise en charge déposée auprès de l'organisme assureur bruxellois.

Article 14

§ 1^{er}. Le service d'aide à domicile exige du bénéficiaire une contribution en rapport avec ses ressources selon les barèmes fixés par le Collège réuni.

§ 2. Sans préjudice du paragraphe 1^{er}, le bénéfice de la première branche de l'assurance autonomie est pris en charge par l'organisme assureur bruxellois du bénéficiaire sur la base des prestations effectuées et dans les limites du nombre mensuel d'heures de prestations octroyé.

§ 3. Sur une base mensuelle, les services d'aide à domicile envoient leurs factures aux organismes assureurs bruxellois de leurs affiliés.

§ 4. Sur une base mensuelle, les services d'aide à domicile envoient leurs factures aux bénéficiaires pour la contribution visée au paragraphe 1^{er}.

§ 5. Le flux de facturation entre les services d'aide à domicile et les organismes assureurs bruxellois est électronique. Une phase transitoire permettant l'utilisation d'un flux autre qu'électronique peut être prévue par le Collège réuni.

§ 6. Le Collège réuni précise les modalités pratiques de mises en œuvre de la présente disposition.

Article 15

§ 1^{er}. Toute contestation entre un affilié, d'une part, et un organisme assureur bruxellois ou Iriscare, d'autre part, est de la compétence du tribunal du travail francophone ou néerlandophone de Bruxelles.

Sous peine d'irrecevabilité, le recours dirigé contre une décision administrative est introduit dans un délai de trois mois à compter de la date de réception de la décision contestée.

La procédure est introduite par une requête écrite, déposée ou envoyée, au greffe du tribunal du travail. Les parties sont convoquées par le greffe à comparaître à l'audience fixée par le juge. La convocation précise l'objet de la demande.

Les dispositions de l'article 704, § 1^{er} du Code judiciaire et de la quatrième partie, livre II, titre *Vbis*, y compris les articles 1034*bis* à 1034*sexies*, du même Code, ne sont pas applicables.

La requête est communiquée à l'auditorat du travail qui émet son avis, selon l'une des formes prévues à l'article 766 du Code judiciaire, lorsqu'il le juge convenable ou lorsque le tribunal le demande.

Les jugements prononcés par le tribunal du travail sont notifiés aux parties selon les modalités prévues aux alinéas 2 à 4 de l'article 792 du Code judiciaire. Cette notification fait courir le délai d'appel.

La condamnation aux dépens est toujours prononcée, sauf en cas de demande téméraire ou vexatoire, à charge de l'autorité ou de l'organisme tenu d'appliquer la présente ordonnance.

§ 2. Le Collège réuni peut organiser un recours administratif spécifique, préalable au recours visé au paragraphe 1^{er}. Il précise les conditions dans lesquelles l'introduction d'un recours administratif suspend le délai de trois mois visé au paragraphe 1^{er}.

Le tribunal du travail connaît des contestations auxquelles peut donner lieu la présente ordonnance et ses arrêtés d'application entre les organismes assureurs bruxellois et Iriscare ainsi qu'entre les organismes assureurs bruxellois ou Iriscare et les prestataires.

Article 16

Pour bénéficier de l'intervention de la deuxième branche de l'assurance autonomie, l'affilié est âgé d'au moins soixante-cinq ans.

La condition d'âge visée à l'alinéa 1^{er} peut être révisée par le Collège réuni afin de la faire correspondre à l'âge de la pension légale pour autant que l'âge d'accès à l'allocation de remplacement de revenus et à l'allocation d'intégration, définies par la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées, soit également adapté en ce sens.

Article 17

L'intervention ne peut être cumulée avec des interventions suivantes :

- 1° une allocation de remplacement de revenus ou une allocation d'intégration payée en vertu de la loi du 27 février 1987 relative aux allocations aux personnes handicapées ;
- 2° une allocation ordinaire ou une allocation spéciale payée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;
- 3° une allocation pour l'aide d'une tierce personne payée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés ;
- 4° une allocation complémentaire ou allocation de complément du revenu garanti aux personnes âgées payée en vertu de la loi du 27 juin 1969 relative à l'octroi d'allocations aux handicapés.

Article 18

§ 1^{er}. L'allocation peut être octroyée uniquement à un affilié qui est soit :

- 1° belge ;
- 2° ressortissant d'un État membre de l'Union européenne ;
- 3° personne visée par les accords d'association euro-méditerranéens avec le Maroc, l'Algérie ou la Tunisie, satisfaisant aux conditions du règlement (CEE) n° 1408/71 du Conseil, du 14 juin 1971, relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ;
- 4° apatride qui tombe sous l'application de la Convention relative au statut des apatrides, signée à New York le 28 septembre 1954 et approuvée par la loi du 12 mai 1960 ;
- 5° réfugié visé à l'article 49 de la loi du 15 décembre 1980 sur l'accès au territoire, le séjour, l'établissement et l'éloignement des étrangers ;
- 6° exclu des catégories définies aux 1° à 5°, mais qui a bénéficié jusqu'à l'âge de vingt et un ans de la majoration de l'allocation familiale prévue à l'article 47, § 1^{er}, de la loi générale du 19 décembre 1939 relatives aux allocations familiales ou à l'article 20, § 2, de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants ;
- 7° ressortissant de l'Islande, du Liechtenstein, de la Norvège ou de la Suisse, satisfaisant aux conditions du Règlement (CEE) n° 1408/71 du 14 juin 1971 du Conseil des Communautés européennes relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés et à leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté, et ont leur résidence réelle en Belgique ;
- 8° le conjoint, le cohabitant légal, ou un autre membre de la famille, au sens du règlement n° 1408/71 précité du 14 juin 1971, d'une personne telle que visée à l'article 4, § 1, 1° à 5°, de la loi précitée du 27 février 1987, ou d'un ressortissant d'un État visé à l'article 1^{er}, 1°, du présent arrêté, qui ne sont pas elles-mêmes ressortissantes de ces États, et qui ont leur résidence réelle en Belgique.

On entend par membre de la famille du ressortissant les enfants mineurs, ainsi que les enfants majeurs, les père, mère, beau-père et belle-mère à charge du ressortissant. Est considéré comme étant à charge du ressortissant, la personne qui vit sous le même toit que le ressortissant et qui est considérée comme personne à charge du ressortissant au sens de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnées le 14 juillet 1994.

§ 2. Le Collège réuni peut aux conditions qu'il fixe, étendre l'application de la présente disposition à d'autres catégories de personnes que celles visées au paragraphe 1^{er} qui ont leur résidence réelle en Belgique.

§ 3. Si une personne à laquelle l'allocation a été octroyée ne satisfait plus aux conditions visées au paragraphe 1^{er} ou 2, le droit à cette allocation est retiré. Lorsqu'elle satisfait à nouveau à ces conditions, elle peut introduire une nouvelle demande.

§ 4. Le Collège réuni peut fixer la manière dont est opéré le contrôle du respect de la présente disposition.

Article 19

Le Collège réuni arrête, dans le cadre de la coopération entre les différents organismes assureurs bruxellois, une procédure de contrôle de l'évaluation du niveau d'autonomie.

Cette procédure est mise en œuvre de manière régulière et aléatoire ou à la demande d'Iriscare. Le Collège réuni détermine la composition de l'organe qui, au sein d'Iriscare, est chargé des contrôles. Il règle les modalités de ces contrôles.

Si le contrôle de l'évaluation du niveau d'autonomie révèle le caractère incorrect de celle-ci, les conclusions du contrôle sont notifiées à l'organisme assureur, qui dispose d'un délai de deux mois pour prendre une nouvelle décision après avoir donné à l'affilié la possibilité d'être entendu.

La décision de révision a effet le premier jour du mois suivant sa notification.

Article 20

§ 1^{er}. Le Collège réuni fixe le montant de l'allocation qui varie selon le degré d'autonomie du bénéficiaire déterminé par l'évaluation.

§ 2. Outre le degré d'autonomie, il est tenu compte, pour fixer le montant de l'allocation, des revenus du demandeur, évalués sur la base des résultats d'une enquête menée selon les modalités précisées par le Collège réuni.

Article 21

§ 1^{er}. L'allocation est octroyée moyennant l'imputation des revenus du ménage.

L'intervention est accordée uniquement si le montant des revenus de l'affilié et le montant des revenus de la personne avec laquelle il forme un ménage ne dépassent pas le montant des allocations fixé par le Collège réuni.

§ 2. Le Collège réuni détermine ce qu'il faut entendre par revenu et par qui, selon quels critères et de quelle manière le montant doit être fixé.

Le Collège réuni peut arrêter que certains revenus ou certaines parties du revenu ne sont pas ou ne sont que partiellement pris en compte, aux conditions fixés par lui. À cet effet, il peut faire une distinction sur la base :

- 1° de la composition du ménage de l'affilié ;
- 2° des membres du ménage pour lesquels le revenu est déterminé ;
- 3° de la source du revenu.

§ 3. L'affilié et la personne avec laquelle il forme un ménage, doivent faire valoir leurs droits :

- 1° aux prestations et indemnités auxquelles ils peuvent prétendre en vertu d'une autre législation belge ou étrangère ou en vertu de règles applicables au personnel d'une institution internationale publique, et qui trouvent leur fondement dans une limitation de la capacité de gain, dans un manque ou une réduction de l'autonomie ou dans les articles 1382 et suivants du Code civil relatif à la responsabilité civile ;
- 2° à des prestations sociales relatives à la maladie et l'invalidité, au chômage, aux accidents du travail, aux maladies professionnelles, aux pensions de retraite et de survie, à la garantie de revenus aux personnes âgées et au revenu garanti pour personnes âgées.

Le Collège réuni détermine de quelle manière les prestations et indemnités auxquels l'affilié, ainsi que la personne avec laquelle il forme un ménage, n'ont pas fait valoir leurs droits sont pris en compte.

§ 4. Pour l'application de la présente disposition, il y a lieu d'entendre par ménage toute cohabitation de deux personnes qui ne sont pas parentes ou alliées au premier, deuxième ou troisième degré.

L'existence d'un ménage est présumée lorsque deux personnes au moins qui ne sont pas parentes ou alliées au premier, deuxième ou troisième degré, ont leur résidence principale à la même adresse. La preuve du contraire peut être apportée par tous les moyens possibles par la personne en perte d'autonomie, son organisme assureur bruxellois ou par Iriscare.

Lorsqu'un des membres du ménage est détenu en prison ou dans un établissement de défense sociale, le ménage cesse d'exister pendant la durée de la détention.

§ 5. L'allocation visée au paragraphe 1^{er} peut être accordée au demandeur à titre d'avance sur les prestations et indemnités visées au paragraphe 3.

Le Collège réuni détermine dans quelles conditions, selon quelles modalités et jusqu'à concurrence de quel montant ces avances peuvent être accordées, ainsi que leur mode de récupération. L'organisme assureur bruxellois est subrogé aux droits du bénéficiaire jusqu'à concurrence du montant des avances versées. Le cas échéant, il récupère les avances sur les prestations et indemnités auprès du bénéficiaire.

Article 22

§ 1^{er}. La demande de prise en charge au titre de la deuxième branche de l'assurance autonomie est introduite par l'affilié, ou son représentant, auprès de son organisme assureur bruxellois.

Le Collège réuni détermine les modalités d'introduction de la demande, ainsi que la date de prise de cours de la décision d'octroi ou de refus de l'organisme assureur bruxellois. Il détermine également le délai dans lequel une nouvelle demande peut être introduite.

Le Collège réuni détermine les cas dans lesquels le droit à l'allocation est revu d'office.

Le Collège réuni détermine les cas dans lesquels une décision peut être rapportée.

§ 2. Après vérification des conditions, et des conditions visées aux sections 1^o et 2 du présent chapitre, l'organisme assureur bruxellois traite la demande d'allocation en calculant le revenu du bénéficiaire et de la personne avec laquelle il forme un ménage. Le Collège réuni détermine la méthodologie de calcul du revenu ainsi que les délais dans lesquels les organismes assureurs bruxellois examinent les demandes d'allocation, étant entendu qu'ils ne peuvent pas excéder six mois à partir du dépôt de la demande ou du changement donnant lieu à révision.

L'allocation porte intérêt de plein droit, uniquement pour l'affilié, à partir de la date de son exigibilité et au plus tôt à partir de la date découlant de l'alinéa précédent. Ces intérêts sont calculés au taux légal. Les données nécessaires au calcul des revenus, y compris des nouvelles données

susceptibles de donner lieu à une modification du montant de l'allocation, sont recueillies auprès des services et des institutions qui en disposent sur support électronique, sans préjudice des dispositions de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale.

Le Collège réuni détermine les données à communiquer par l'affilié ainsi que les modalités et les délais de communication.

§ 3. En cas d'ouverture du droit à la deuxième branche de l'assurance autonomie, l'allocation est payée au bénéficiaire selon les règles établies par le Collège réuni.

L'allocation payée indûment porte intérêt de plein droit à partir du paiement, si le paiement indu résulte de fraude, de dol ou de manœuvres frauduleuses de la part de l'affilié.

Les intérêts moratoires visés à l'alinéa précédent ne sont pas payés pour la période pour laquelle des intérêts judiciaires doivent être payés.

Les montants visés à l'alinéa 1^{er} sont liés aux fluctuations de l'indice des prix à la consommation conformément aux dispositions de la loi du 2 août 1971 organisant un régime de liaison à l'indice des prix à la consommation des traitements, salaires, pensions, allocations et subventions à charge du trésor public, de certaines prestations sociales, des limites de rémunération à prendre en considération pour le calcul de certaines cotisations de sécurité sociale des travailleurs, ainsi que des obligations imposées en matière sociale aux travailleurs indépendants.

Article 23

§ 1^{er}. Selon les modalités définies par le Collège réuni, l'organisme assureur bruxellois notifie à l'affilié la décision d'octroi, de révision ou de refus de l'allocation du bénéfice de la deuxième branche de l'assurance autonomie.

La décision d'octroi, de révision ou de refus de l'allocation doit, sous peine de nullité, être dûment motivée. Elle doit contenir les mentions suivantes :

- 1° la possibilité d'intenter un recours devant le tribunal du travail compétent ;
- 2° l'adresse du tribunal compétent ;
- 3° le délai et les modalités pour intenter un recours ;

- 4° le contenu des articles 728 et 1017 du Code judiciaire ;
- 5° les références du dossier et du service qui gère celui-ci.
- 6° la possibilité d'obtenir toute explication sur la décision auprès du service qui gère le dossier ou d'un service d'information désigné.

Si la décision ne contient pas les mentions prévues à l'alinéa précédent le délai de recours ne commence pas à courir.

§ 2. Le contrôle de l'évaluation du degré de perte d'autonomie est effectué par Iriscare de manière régulière et aléatoire. Le Collège réuni détermine les modalités d'exécution et d'organisation de ces contrôles.

Si le contrôle de l'évaluation du degré de perte d'autonomie révèle le caractère incorrect de celle-ci, une nouvelle notification du bénéficiaire ou du refus de l'assurance autonomie est adressée à l'affilié selon les modalités fixées par le Collège réuni.

L'intervention à laquelle a droit le bénéficiaire est révisée à partir du premier jour du mois qui suit la notification visée à l'alinéa précédent.

Article 24

Iriscare contrôle la bonne application des règles de versement des allocations sur la base des informations d'activités et des informations financières transmises de façon régulière par les organismes assureurs bruxellois.

Article 25

Le Collège réuni détermine les cas dans lesquels l'allocation est totalement ou partiellement suspendue à l'égard des bénéficiaires détenus dans les prisons ou internés dans les établissements de défense sociale, ainsi que la durée de la suspension.

Article 26

Le Collège réuni détermine les termes échus et non payés des allocations dont le paiement peut être effectué après le décès du bénéficiaire, les personnes physiques auxquelles ils sont payés, l'ordre dans lequel ces personnes peuvent exercer leur droit et les formalités à observer, ainsi que le délai d'introduction de la demande.

Article 27

Sans préjudice de l'application d'une réglementation contraire, les données communiquées par voie électronique par le biais de la présente ordonnance, ainsi que leur reproduction sur un support lisible, ont la même valeur probante que si elles avaient été communiquées sur support papier.

Article 28

§ 1^{er}. La répétition des allocations versées indûment se prescrit par deux ans à compter de la date du paiement.

Le délai prévu à l'alinéa 1^{er} est porté à cinq ans lorsque les sommes indues ont été perçues suite à des manœuvres frauduleuses ou à des déclarations fausses ou sciemment incomplètes.

§ 2. La décision de répétition est, sous peine de nullité, portée à la connaissance des débiteurs par envoi recommandé.

Cet envoi mentionne :

- 1° la constatation de l'indu ;
- 2° le montant total de l'indu, ainsi que le mode de calcul ;
- 3° le contenu et les références des dispositions en infraction desquelles les paiements ont été effectués ;
- 4° le délai de prescription pris en considération, et, lorsqu'il n'est pas de trois ans, sa justification ;
- 5° la possibilité d'introduire un recours auprès du tribunal du travail compétent dans les trois mois de la présentation de l'envoi recommandé à l'intéressé ;
- 6° la possibilité de soumettre une proposition motivée en vue d'un remboursement étalé ;
- 7° la possibilité, pour le Collège réuni, de renoncer d'office ou à la demande de l'affilé, à la récupération des allocations payées indûment.

Si la décision ne contient pas les mentions prévues à l'alinéa 2, le délai de recours ne commence pas à courir.

§ 3. La prescription est interrompue par le dépôt de l'envoi recommandé, la récupération par la retenue sur les allocations ou le remboursement volontaire effectué par l'affilé.

§ 4. La récupération s'opère de plein droit sur les allocations échues et non encore versées.

Si les montants échus non encore versés sont supérieurs à l'indu, la différence entre les arriérés et la dette est payée au bénéficiaire.

§ 5. À défaut pour l'organisme assureur bruxellois de pouvoir récupérer l'indu sur des allocations dues par lui, la récupération peut être opérée à la demande de celui-ci par un service ou un organisme versant l'une des prestations visées au paragraphe 1^{er}, 2^o, 3^o, 4^o, 5^o et 8^o, de l'article 1410 du Code judiciaire, ou sur des montants échus non encore versés de ces mêmes prestations.

§ 6. La décision de récupération peut être exécutée uniquement après un délai de trois mois à partir de la notification visée au paragraphe 2.

Lorsque le bénéficiaire a introduit une demande en renonciation avant l'expiration de ce délai de trois mois, la récupération est suspendue jusqu'à ce que le Collège réuni ait statué sur la demande.

Si la demande en renonciation est introduite au-delà du délai de trois mois suivant la notification de l'indu, la récupération des sommes indues est entamée ou poursuivie jusqu'à ce que le Collège réuni ait pris une décision contraire.

§ 7. Il est renoncé d'office à la récupération des allocations payées indûment, au décès du bénéficiaire.

Il n'y est toutefois pas renoncé d'office :

- 1^o en cas de dol ou de fraude ;
- 2^o si, au moment du décès du bénéficiaire, il existe des allocations échues et non encore payées. Dans ce cas, la récupération s'effectue sur les allocations échues mais non encore payées à l'intéressé ou aux personnes, et ce même si le bénéficiaire avait introduit de son vivant une demande en renonciation pour laquelle le Collège réuni n'aurait pas encore pris de décision ;
- 3^o lorsque le montant à récupérer est supérieur au montant à déterminer par le Collège réuni.

§ 8. Le Collège réuni peut, dans les conditions qu'il détermine, renoncer d'office ou à la demande de l'affilié, à la récupération des allocations payées indûment lorsqu'il s'agit de cas dignes d'intérêt ou que la somme payée indûment est inférieure à un montant qu'il détermine ou est hors de proportion avec les frais de procédure présumés.

Le Collège réuni détermine le mode d'introduction de la demande en renonciation. La demande en renonciation doit être motivée.

Article 29

§ 1^{er}. Dans le cadre de la première branche, les organismes assureurs bruxellois versent aux services d'aide à domicile une avance trimestrielle.

Le montant des avances opérées par les organismes assureurs bruxellois correspond à la moyenne trimestrielle du montant des prestations constatées par chacun des services d'aide à domicile au cours de quatre derniers trimestres connus.

Un décompte définitif des dépenses effectuées par chacun des services est opéré au plus tard pour le 20 du mois qui suit la fin de chaque trimestre. Ce décompte tient compte de la contribution facturée auprès des bénéficiaires.

En cas d'excédent, le remboursement est opéré par les opérateurs aux organismes assureurs bruxellois au plus tard le 15 du mois qui suit la date visée à l'alinéa précédent. Dans ce cadre, les intérêts éventuels générés par les opérateurs sont versés aux organismes assureurs bruxellois.

Si le montant des avances versées est insuffisant pour assurer le paiement des prestations effectivement réalisées, un versement est opéré à destination des opérateurs par les organismes assureurs bruxellois au plus tard le 15 du mois qui suit la réception du décompte. Dans ce cadre, les intérêts éventuels supportés par les opérateurs sont remboursés par les organismes assureurs bruxellois.

§ 2. Iriscare assure un suivi précis et régulier de la situation budgétaire. Il produit un rapport trimestriel adressé au ministre du Budget.

§ 3. Le Collège réuni arrête les modalités d'application du présent article.

Article 30

§ 1^{er}. Un pourcentage calculé sur le budget global de l'assurance autonomie est affecté aux frais de gestion des organismes assureurs bruxellois.

§ 2. Le Collège réuni arrête le pourcentage visé au paragraphe 1^{er}, ainsi que les modalités d'application du présent article.

Article 31

La présente ordonnance entre en vigueur le 1^{er} janvier 2021.

Céline FREMAULT (F)
Gladys KAZADI (F)
Pierre KOMPANY (F)