

Comment est perçue l'instauration d'une assurance autonomie en Wallonie
par les différentes parties prenantes : professionnels de centres de
coordination et bénéficiaires potentiels (et leurs aidants informels) ?

Mémoire réalisé par
Adélaïde Pirson

Promoteur(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Comment est perçue l'instauration d'une assurance autonomie en Wallonie
par les différentes parties prenantes : professionnels de centres de
coordination et bénéficiaires potentiels (et leurs aidants informels) ?

Mémoire réalisé par
Adélaïde Pirson

Promoteur(s)
Thérèse Van Durme

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

Tout d'abord, je tiens particulièrement à remercier, Madame VAN DURME Thérèse, ma promotrice de ce mémoire, pour son accompagnement et ses conseils précieux, sa disponibilité, ainsi que son soutien tout au long de ce processus.

Je souhaite aussi remercier le Comité d'Ethique de l'UCL de nous avoir autorisées à réaliser notre enquête auprès des bénéficiaires d'un service d'aide et de soins à domicile.

J'adresse également mes remerciements à toutes les personnes de nos deux échantillons qui ont accepté de participer à notre recherche, sans elles nous n'aurions pas pu réaliser ce mémoire axé sur leurs perceptions quant à l'instauration de l'assurance autonomie.

Enfin, je remercie particulièrement mes amis, ma famille pour leurs encouragements et leur soutien considérable tout au long de cette période.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie.

Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

Table des matières

I. Introduction	7
II. Stratégie de recherche	9
III. Cadre théorique	10
Cadre conceptuel	10
A. Définition de l'autonomie et de l'indépendance	10
B. L'outil d'évaluation de la dépendance : le BelRAI Screener	11
C. Les Centres de Coordination de Soins et d'Aide à Domicile (CCSAD)	12
Cadre contextuel	14
A. Au niveau démographique : la population vieillit et s'accroît	14
B. Au niveau du lieu de vie : le souhait de vivre à domicile reste une priorité	14
C. Au niveau de la santé : une corrélation marquée entre l'âge et les problèmes de santé	15
D. Au niveau économique :	16
E. Assurance autonomie : le projet annoncé	19
F. Cadre légal de la profession d'assistante sociale	21
G. Présentation des deux systèmes	22
H. Les éléments principaux à prendre en considération	28
IV. Méthodologie	32
A. Le type d'approche choisie	32
B. La méthode de collecte de données	33
C. La méthode d'analyse des données	34
V. Résultats	37
A. Présentation des deux échantillons	37
B. Présentation des résultats	38
VI. Discussion	53
A. Interprétation des résultats	53
B. Forces et faiblesses de la méthode qualitative	56
C. Limites de la recherche	57
D. Recommandations pour la pratique	58
VII. Conclusion	61
VIII. Bibliographie	63
IX. Annexe	67
Annexe 1	67

I. Introduction

Sensibilisée par les difficultés rencontrées par les personnes âgées, l'envie d'intervenir, de travailler avec les personnes âgées et surtout le désir de les accompagner en vue d'améliorer leur quotidien ont guidé mon orientation professionnelle. Cet attrait pour les personnes âgées s'est révélé particulièrement dans mon entourage familial.

Cet intérêt personnel m'a amenée à réaliser la plupart de mes stages dans le secteur de gériatrie lors de mes études d'assistante sociale et également à poursuivre par la suite une spécialisation interdisciplinaire en psychogériatrie et en gériatrie. Mes différents stages réalisés (en milieu associatif, hospitalier, résidentiel) durant mon cursus scolaire ainsi que mon début d'expérience professionnelle dans un service d'aide et de soins à domicile m'ont permis d'approcher les différentes problématiques vécues par les personnes âgées. Ces expériences m'ont permis d'identifier leurs nombreux besoins et de saisir les différents enjeux dont notamment l'importance de l'enjeu du maintien à domicile.

L'envie de réaliser et de choisir comme sujet de mémoire « l'assurance autonomie » trouve son origine dans l'intervention de la responsable de coordination en Wallonie qui a évoqué le projet d'assurance autonomie dans le cadre de l'option « coordination et réseaux de soins ».

Le projet d'assurance autonomie en Wallonie représente une belle initiative et surtout un engagement de la part du gouvernement auprès des personnes âgées. Pour moi, cette assurance autonomie est une opportunité qui permettra de répondre en partie, au souhait exprimé par la majorité des personnes âgées, de vivre à domicile.

Le but principal de ce mémoire est de proposer une évaluation du processus de mise en œuvre de l'assurance autonomie. En effet, il s'agit de pouvoir apporter des éléments de réponse aux questions suivantes : « *Quels sont les apports, les enjeux ainsi que les répercussions possibles de ce projet d'assurance autonomie ?* » ; « *Quel est le regard porté par les professionnels des centres de coordination et par la population (bénéficiaires d'un service d'aide et de soins à domicile et leurs aidants proches) sur cette assurance autonomie ?* » ; « *La mise en place de cette assurance autonomie est-elle pertinente à leurs yeux ? Cette assurance autonomie répond-elle leurs besoins ?* »

Ces différentes questions m’ont amenée à ma question de recherche qui est la suivante :
« Comment est perçue l’instauration d’une assurance autonomie en Wallonie par les différentes parties prenantes : professionnels de centres de coordination et bénéficiaires potentiels (et leurs aidants informels) ? ».

Pour répondre à cette question, nous allons, tout d’abord, présenter notre stratégie de recherche avant de détailler les cadres théoriques suivants : le cadre conceptuel et le cadre contextuel.

Dans le cadre conceptuel, nous allons définir les différents concepts abordés via la question de recherche tels que l’autonomie, l’indépendance, le BelRAI Screener et les centres de coordinations d’aide et de soins à domicile.

Le deuxième chapitre sera consacré à la description du cadre contextuel belge au niveau économique, santé, démographique et du lieu de vie. Les principes du projet de l’assurance autonomie y seront développés ainsi que le cadre légal de la profession d’assistante sociale. Nous allons également dans ce chapitre présenter et comparer les systèmes flamand et luxembourgeois au système wallon pour cette question, vu l’interdépendance entre nos deux régions et la circulation des personnes, dans certains cas.

Ensuite, la partie méthodologie reprenant le matériel et les méthodes utilisés pour répondre à la question de recherche sera exposée. Cette partie sera suivie par la présentation des résultats empiriques.

Enfin, nous terminerons par la discussion des résultats, en les mettant en relief par rapport à ce qui est déjà connu sur cette thématique, et en prenant une distance critique par rapport à la méthode, et pour conclure quelques recommandations pour la pratique et la recherche seront proposées.

II. Stratégie de recherche

Afin de trouver de la littérature probante sur notre sujet de recherche, nous avons consulté plusieurs bases de données qui sont les suivantes : Google Scholar, Cairn ou encore Science Direct. Nous avons employé la méthode PICO (Patient, Intervention, Comparaison, Outcomes), les mots clés principaux utilisés dans les moteurs de recherche sont : « *assurance* », « *autonomie* », « *dépendance* », « *vieillissement* » ; « *maintien à domicile* », « *aidant proche* », « *services d'aide aux familles et aux aînés* », « *BelRAI Screener* », « *centres de coordination* » ainsi que leurs équivalents néerlandais et anglophones.

Nous nous sommes également rendues à la bibliothèque de Cardijn située à Louvain-la-Neuve pour rechercher de la littérature sur le sujet notamment dans les revues périodiques (ressources indisponibles sur internet).

Etant donné que le projet d'assurance autonomie s'implémente en Wallonie, notre recherche s'est axée particulièrement sur le cadre contextuel belge.

Nous nous sommes appuyées sur l'étude réalisée par le CEPESS (Centre d'Etudes Politiques, Economiques et Sociales) sur la création de l'assurance autonomie en Wallonie qui nous a beaucoup guidées dans la trame de notre rédaction du mémoire. Le support des cours ainsi que les notes de cours de l'option « *coordination et réseaux de soins* » suivie dans le cadre du master nous ont aidées dans notre recherche.

Nous avons également recherché et utilisé des références relatives en Flandre et au Luxembourg où des systèmes d'assurance existent déjà et sont mis en place depuis une quinzaine années. Cela nous a permis d'identifier les divergences, de constater les similitudes entre ces deux systèmes et d'analyser les éléments que nous pouvons prendre en considération dans l'instauration de l'assurance autonomie en Wallonie.

III. Cadre théorique

Cadre conceptuel

Avant d'aborder plus explicitement le projet d'assurance autonomie annoncé en Wallonie, il nous semble essentiel de définir les deux concepts suivants : l'autonomie et l'indépendance. Ces derniers sont encore à l'heure actuelle fréquemment confondus alors que ceux-ci n'ont pas la même signification. L'outil BelRAI Screener et les centres de coordinations d'Aide et de Soins à domicile y seront également détaillés.

A. Définition de l'autonomie et de l'indépendance

D'après Leleu (2014), l'autonomie est définie comme la capacité à se gouverner soi-même. [1] En effet, si nous nous référons à son étymologie grecque, elle est composée du mot « autos » (soi-même) et « nomos » (la loi, les règles). Son contraire est l'hétéronomie et non pas la dépendance. Selon nous, le principe d'autonomie désigne la capacité de la personne à effectuer ses propres choix, à prendre des décisions en toute liberté. Il est donc essentiel que chaque professionnel respecte l'autonomie de toute personne et contribue ainsi à la préserver.

L'indépendance, quant à elle, se définit comme la capacité à pouvoir accomplir seul les actes essentiels de la vie courante tels que s'habiller, se laver, se nourrir... Lorsque l'indépendance de la personne diminue, le besoin d'assistance ou de surveillance d'une tierce personne (proche ou un professionnel) dans l'exécution des diverses activités quotidiennes devient nécessaire. La perte d'indépendance peut être temporaire ou permanente. Il ne faut pas oublier également qu'une personne peut être dépendante et conserver son autonomie. [2]

Nous pouvons apercevoir beaucoup de confusion à ce sujet : à titre d'exemple, en Flandre, on parle d'assurance pour l'indépendance (Onafhankelijkheidspremie), alors qu'en Wallonie, on parle d'assurance autonomie. Cependant, pour l'évaluer, comme nous le verrons plus tard, on utilise en fait une échelle pour évaluer le besoin en soins en cas de perte d'autonomie, et non pas la perte d'indépendance. En effet, le BelRAI Screener évalue également la perte cognitive, dont les items interrogent la capacité de se gouverner soi-même, via l'autonomie décisionnelle et fonctionnelle.

Au niveau de la dépendance des personnes, étant donné qu'il existe plusieurs et différentes bases de données, il est difficile de savoir exactement le nombre de personnes dépendantes, sans compter les personnes qui ne recourent pas à des services professionnels. [3]

En 2016, selon le site du SPF sécurité sociale de la direction générale des personnes handicapées, 38.866 personnes ont bénéficié de l'Aide aux Personnes Agées (APA) en Wallonie. L'APA permet d'octroyer une aide financière aux personnes âgées de minimum 65 ans présentant une perte d'autonomie et d'indépendance et ne disposant pas de revenus suffisants. Cette compétence a été transférée aux Régions suite à la sixième réforme. [4]

Cependant, il faut prendre ce chiffre avec précaution puisqu'il ne recense que les personnes pour lesquelles l'APA octroie une allocation. Ce chiffre ne représente pas l'ensemble des personnes âgées en situation de perte d'indépendance et d'autonomie. Les personnes ayant des revenus élevés ne peuvent pas recourir à cette allocation car leurs revenus dépassent le plafond. De plus, il y a encore à l'heure actuelle certaines personnes qui ne sont pas informées de l'existence de cette aide. [5] Contrairement à la GRAPA (Garantie de Revenus Aux Personnes Agées), l'APA n'est pas octroyée automatiquement.

B. L'outil d'évaluation de la dépendance : le BelRAI Screener

Le BelRAI Screener a été choisi pour évaluer la dépendance, l'autonomie et les besoins des personnes. L'outil a déjà été testé par certaines coordinatrices des CCSAD en Wallonie par rapport à son acceptabilité afin d'en favoriser son intégration. Quant à la Flandre, un testing de cet instrument a également été réalisé et est déjà utilisé par les services d'aide aux familles et des services à domicile dans le cadre de la protection sociale flamande (introduit dans l'arrêté du gouvernement flamand du 13 mai 2016).

Le BelRAI Screener est en réalité une version simplifiée du BelRAI et a été élaboré à la demande de l'agence flamande pour les soins de santé (Vlaams Agentschap Zorg en Gezondheid, via son ministre, Jo Vandeurzen), afin de pouvoir screener les personnes dépendantes qui auraient besoin d'une évaluation multidimensionnelle et multidisciplinaire à l'aide du BelRAI complet.

Il est à savoir que le BelRAI est la version belge de l'outil InterRAI, qui comporte plusieurs versions et qui a été validé internationalement comme un outil permettant l'évaluation multidimensionnelle et multidisciplinaire des besoins en soins pour des personnes dépendantes. Il doit servir de base pour élaborer un plan de soins et de services. [6]

En effet, ce dernier comporte une trentaine de pages à remplir et doit être rempli par une équipe multidisciplinaire alors que le BelRAI Screener ne contient seulement que deux pages et ne doit être rempli que par un seul professionnel. Son remplissage est très rapide lorsque la personne n'a pas de problèmes (2 minutes). Si la personne est très dépendante, il y a davantage de questions à répondre et donc, son remplissage dure environ 15 minutes. [7]

Il a également pour objectif de permettre une meilleure collaboration interprofessionnelle et de favoriser une continuité des soins. [8]

Le BelRAI Screener est constitué de 5 modules à savoir : [8]

1. AIVQ (Activités Instrumentales de la Vie Quotidienne)
2. AVQ (Activités de la Vie Quotidienne)
3. Troubles cognitifs
4. Troubles psychiques
5. Troubles du comportement

En Flandre, les personnes évaluées doivent obtenir un score minimum de 13 points (ou un score de 6 points comptabilisés dans les deux premiers modules AIVQ et AVQ) sur l'échelle BelRAI Screener pour être considérées comme « dépendant ». [9]

C. Les Centres de Coordination de Soins et d'Aide à Domicile (CCSAD)

Les coordinatrices des CCSAD seront chargées d'évaluer la dépendance et l'autonomie de la personne à l'aide de l'instrument BelRAI Screener. Cette évaluation permettra d'établir un plan d'intervention par les services d'aide et de soins à domicile.

En Wallonie, il existe au total 30 CCSAD agréés qui sont répartis dans les provinces suivantes : Hainaut (12), Liège (7), Namur (5), Brabant Wallon (4), Luxembourg (2). [10]

Selon le décret relatif à l'agrément des CCSAD en vue de l'octroi des subventions du 30 avril 2009, les objectifs principaux des centres de coordination sont d'assurer une continuité de soins et d'offrir une prise en charge de qualité aux bénéficiaires. [11]

Les coordinateurs sont considérés comme des acteurs essentiels du maintien à domicile des personnes en perte d'indépendance et/ou d'autonomie.

La mission première du coordinateur est d'analyser la situation du bénéficiaire en globalité afin de mieux comprendre ses difficultés et ainsi d'identifier ses besoins et ses demandes. Il établit ensuite un plan d'intervention comprenant l'ensemble des services nécessaires au maintien à domicile du bénéficiaire. Le coordinateur doit toujours respecter le libre choix du bénéficiaire ou de son représentant. [12]

Le coordinateur doit effectuer un suivi de manière continue auprès de ses bénéficiaires. Des réunions de coordination sont organisées afin d'évaluer ce plan d'aide et ainsi vérifier que les services soient toujours adaptés en fonction de l'évolution des besoins du bénéficiaire.

Il a également pour rôle d'informer et d'orienter les bénéficiaires vers des services adéquats et de répondre à leurs sollicitations.

Cadre contextuel

Pour bien comprendre les enjeux de la perception des différentes parties prenantes par rapport à l'assurance autonomie, il nous semble essentiel de commencer par une présentation du contexte (démographique, lieu de vie, santé et économique) de la population wallonne afin de mieux comprendre l'enjeu de la création de l'assurance autonomie en Wallonie.

A. Au niveau démographique : la population vieillit et s'accroît

D'après le site IWEPS, les personnes âgées de plus de 65 ans représentent actuellement 18 % de la population wallonne. Selon les projections réalisées, cette proportion de personnes âgées de plus de 65 ans augmentera de manière conséquente au fil des années pour atteindre un taux de 24,9 % en 2061. [13] Quant au nombre de personnes âgées appartenant à la catégorie d'âge de 80 ans et plus, également appelée le « quatrième âge », le taux est de 5,2 % en 2017 et progressera à 9,7 % en 2061. Ce groupe d'âge augmentera de façon importante par rapport à la population du « troisième âge » (65 ans), celle-ci se verra presque doubler. [14] Ces statistiques nous montrent que les personnes âgées seront de plus en plus nombreuses et leur espérance de vie plus longue également.

Ce changement démographique spectaculaire va entraîner une importante augmentation de l'aide à l'autonomie et à l'indépendance. [14] De plus, il est à savoir que le risque de dépendance s'accroît avec l'âge (*ceci sera décrit de manière plus exhaustive dans le point C*).

B. Au niveau du lieu de vie : le souhait de vivre à domicile reste une priorité

Selon le rapport Wallonie Santé n°5 de 2014, la majorité des personnes âgées vivent chez elles contre une minorité en Maison de Repos ou en Résidences Services. En 2012, le nombre de personnes âgées de 60 ans et plus s'élevait 822.849 dont seulement 48.000 résidaient en Maison de Repos et 1.800 dans une Résidence Services. [15] Le choix de vivre à domicile et d'y rester le plus longtemps possible est un souhait émis par la plupart des personnes âgées. L'enjeu du maintien à domicile est considéré comme une priorité dans notre société. Il est à souligner que le soutien de l'autonomie des personnes

âgées vivant chez elles est souvent pris en charge par des aidants proches. Cette prise en charge peut être vécue comme lourde et difficile. Cette dernière augmente avec le temps mais aussi en fonction de l'évolution de l'état de santé de la personne âgée ; ce qui met parfois un fardeau lourd sur les épaules des aidants proches, malgré que ces derniers souhaitent aussi que la personne âgée en perte d'autonomie reste chez elle (*cet élément est décrit de manière plus exhaustive dans le point D.2*).

C. Au niveau de la santé : une corrélation marquée entre l'âge et les problèmes de santé

En Belgique, d'après l'enquête de santé menée par l'Institut Scientifique de Santé Publique de 2013, le pourcentage des personnes âgées de 75 ans et plus souffrant d'une maladie chronique s'élève à 48,8 % représentant près de la moitié des personnes concernées. Il a été recensé également que « *plus d'une personne sur trois âgée de 65 ans et plus est atteinte de deux maladies chroniques au moins (multimorbidité)* ». [16, p.11]

De plus, il ressort d'après les résultats de l'enquête au niveau des limitations fonctionnelles de longue durée, que les personnes appartenant à la catégorie d'âge de 65 ans et plus rencontrent des difficultés modérées ou sévères notamment dans la réalisation des activités de la vie quotidienne (28,8 %) et dans les tâches domestiques (46,8 %). Ces pourcentages augmentent considérablement à partir de l'âge de 75 ans. [16]

En lien avec le paragraphe précédent, selon le rapport Wallonie Santé n°5 de 2014, 48.021 personnes ont bénéficié des services d'aide aux familles dont 33.452 étaient âgées de 60 et plus représentant ainsi 70 % des utilisateurs. Parmi ce pourcentage, 46 % des personnes sont âgées entre 80 et 89 ans, ce groupe constitue majoritairement les bénéficiaires. En outre, il est à noter que ces chiffres ne comprennent pas tous les services d'aide et de soins à domicile répertoriés en Wallonie. [15]

Ces différentes statistiques nous montrent que les personnes âgées (surtout à partir de 75-80 ans) sont davantage plus exposées au risque accru de la perte d'indépendance, d'autonomie liée à l'âge ou à la santé (maladies chroniques...). Des incapacités, des difficultés peuvent être rencontrées au niveau de l'accomplissement des actes de la vie

quotidienne par ce groupe d'âge. Ce dernier nécessite alors des aides et des services afin de répondre à leurs besoins et pour favoriser leur maintien à domicile. [16]

Par ailleurs, pour d'autres personnes, le maintien à domicile n'est plus envisageable pour différentes raisons. En effet, soit la personne a des problèmes de santé nécessitant un encadrement résidentiel ou soit la personne est isolée et n'a pas de famille, d'aidant proche sur qui compter. Il existe également des personnes qui souhaitent vivre en Maison de Repos pour briser leur solitude. D'autres, en revanche, n'ont pas choisi d'y entrer.

D. Au niveau économique :

Comme nous l'avons vu précédemment les personnes âgées doivent recourir à des services d'aides et de soins à domicile ou être institutionnalisées suite à l'augmentation de la perte d'indépendance et d'autonomie.

1. Un premier constat à relever : les coûts élevés des services

Les personnes âgées doivent assumer d'une part, des coûts médicaux plus élevés et d'autre part, des frais des services d'aide à domicile ou autres. [17]

Il est à noter qu'à l'heure actuelle, peu d'aides financières existent pour soutenir l'effort financier des personnes âgées à domicile et que donc, ces services sont souvent impayables pour les personnes en perte d'autonomie et d'indépendance. [18]

Il est à souligner que le montant des prestations (aides familiales, aides ménagères, aides-soignants) variant de 0,87€ à 7,81€ par heure est calculé en fonction des revenus du ménage et de la situation du bénéficiaire selon une échelle de barème fixée par le gouvernement wallon. Toutefois, ce barème n'a pas été révisé depuis son instauration en 1993 et il est considéré comme inadapté à la réalité du terrain.

Selon le mémorandum Interfédération des services d'aides et de soins à domicile du 25 mai 2014, *« le montant total de la facture des aides familiales représente aujourd'hui un coût substantiel pour les ménages ou pour les personnes isolées, les poussant à renoncer ou à diminuer le nombre d'heures dont ils ont pourtant besoin et/ou à devoir faire un choix entre l'aide et les soins. Ce constat s'est amplifié de manière inquiétante au cours des derniers mois. Par exemple, un service d'aide aux familles de la région*

de Wallonie Picarde nous a informé que sur 10 offres d'aides, 6 ont été refusées en raison du coût ». [19, p.12]

En Belgique, le site Service de Lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale relève, dans sa rubrique « Des faits et des chiffres », que « *15,2 % des personnes de 65 ans et plus connaissaient un risque de pauvreté sur base du revenu selon les données EU-SILC 2015*». [17]

En comparaison, d'après le site IWEPS, le taux des bénéficiaires d'une GRAPA (Garantie de Revenus Aux Personnes Agées) s'élève à 5,71 % chez les 65 ans et plus en Wallonie en 2016. [20]

Au niveau du secteur résidentiel, c'est le même constat, les prix d'hébergement ont évolué durant ces dernières années et coûtent de plus en plus cher. L'étude menée par Solidaris en 2016 met en évidence que le séjour en Maison de Repos s'avère inaccessible pour la plupart des personnes en raison de son prix élevé. Elle relève que les revenus des trois quarts des affiliés à la Mutualité Socialiste vivant en Maison de Repos ne sont pas suffisants pour couvrir la totalité des frais d'hébergement. Le coût moyen d'hébergement est généralement plus élevé que la pension légale moyenne. [21] C'est ainsi que la Maison de Repos sollicitera l'intervention de la famille du résident ou le cas échéant se dirigera vers le CPAS compétent pour assumer les factures d'hébergement.

Toujours d'après cette même étude, une personne résidant en Maison de Repos en Wallonie débourse en moyenne 1.338 euros par mois en incluant les frais supplémentaires (coiffure, pédicure...) qui peuvent s'ajouter à la facture d'hébergement. Il faut préciser que le coût mensuel d'hébergement varie notamment en fonction des Régions ou des Provinces ou encore en fonction du secteur public, privé et associatif. [21]

Il est donc évident que l'accessibilité financière est un enjeu à prendre en considération tant au niveau du secteur résidentiel qu'au niveau du secteur des aides et des soins à domicile.

2. Un deuxième constat à souligner : les travailleurs dans l'ombre, les aidants proches non reconnus

L'étude du CEPESS en 2016 relève que « 80 % des heures de soins aux personnes âgées et aux personnes handicapées sont fournies gratuitement par la famille ou l'aide informelle. Convertie en emplois, l'aide informelle représenterait plus de 150.000 temps plein » (repris du communiqué de presse du 5 mai 2015 de l'Institut Scientifique de Santé publique) [14, p.39].

Tout ce réseau informel nommé les aidants proches est à prendre en considération. Ceux-ci sont issus généralement de la famille ou du réseau d'amis et du voisinage de la personne aidée. Ils sont considérés comme des acteurs indispensables au maintien à domicile des personnes âgées. Ces derniers donnent de leur temps pour apporter de l'aide, des soins à leur entourage qui est dans le besoin, parfois au détriment de leur santé physique et mentale. Le pourcentage de dépression est plus important lorsque le fardeau est lourd, surtout en cas de déficit cognitif. En effet, selon une étude menée par la Fondation Roi Baudouin, environ 94,4 % des aidants proches qui s'occupent de personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer sont touchés par des problèmes psychologiques tels que la dépression et l'angoisse. [22] La prise en charge d'un proche peut également avoir des conséquences au niveau financier pour les aidants proches, lorsqu'ils sont contraints de diminuer leur temps de travail professionnel, entraînant ainsi une perte de revenus. [18]

3. Un dernier constat : la nécessité de renforcer l'offre des services d'aide et de soins à domicile et d'hébergement.

Selon une étude réalisée par le KCE en 2011, ce changement démographique ne sera pas sans conséquence. L'évolution du nombre de personnes âgées va représenter de nombreux enjeux à relever dans les prochaines années à venir. En effet, les autorités politiques devront développer l'offre en matière d'aide et de soins à domicile et en matière d'hébergement afin de faire face à l'augmentation du nombre de personnes âgées. Les demandes, les besoins des personnes âgées vont s'accroître considérablement. [23]

Au niveau du secteur d'aide et soins domicile, selon les prévisions futures (2025), une augmentation de 50 % de la demande de soins à domicile est estimée par le KCE dans les prochaines années à venir.

Par ailleurs, l'offre en matière d'hébergement devra également être renforcée. Les projections montrent que 40.500 lits supplémentaires (MRPA, MRS, centres de soins de jour et centres de court séjour) devront s'ouvrir entre 2010 et 2025 dont 9.946 en Wallonie afin de répondre au vieillissement de la population. Cela représente une progression de 32 % (de 125.500 lits en 2010 à 166.000 lits en 2025) et respectivement de 23 % pour la Wallonie des personnes séjournant dans une structure résidentielle. [23]

Cette étude nous démontre que si le gouvernement s'engage à développer 50 % de l'offre de l'aide et des soins à domicile, le besoin en terme de nombre de lits se verra baisser et passera alors à 23.500 lits, ce qui représente la création de 1.600 lits par an en Belgique. Toutefois, il faut souligner que ces chiffres sont des estimations réalisées sur base de scénarios.

De plus, l'augmentation de l'offre va en lien avec l'augmentation du nombre du personnel. Le gouvernement devra engager du personnel suffisant sans compter également qu'il devra être formé.

Enfin, le gouvernement devra également améliorer la flexibilité des heures inconfortables (soirée, nuit, week-end) dans le secteur d'aide et de soins à domicile.

Face à ce cadre contextuel, les autorités politiques en Wallonie ont prévu d'instaurer une assurance autonomie afin de répondre aux besoins croissants. Selon le portail de la Wallonie, les objectifs soulignés dans ce projet d'assurance autonomie sont « *d'accompagner la dépendance qu'elle soit due à l'âge, au handicap ou à la maladie* » et ainsi de favoriser le maintien à domicile des personnes âgées. [24] L'assurance autonomie aura également pour but d'intervenir dans les frais non-médicaux ou d'hébergement encourus par les personnes dépendantes.

E. Assurance autonomie : le projet annoncé

Selon le dernier communiqué de presse (17/10/2017) de la ministre wallonne de la Santé et de l'Egalité des chances (publié sur le portail Wallonie), Alda Greoli a annoncé que le dispositif réglementaire de l'assurance autonomie entrera en vigueur pour le 1^{er}

janvier 2019. Prévue pour début 2017, la mise en place de l'assurance autonomie a été notamment reportée suite à des désaccords politiques.

Selon les dires d'Alda Greoli, l'objectif du projet d'assurance autonomie est « *de créer un maillage de protection sociale qui s'accroît au fur et à mesure de l'état de dépendance du bénéficiaire* ». [25]

Les critères d'accès à l'assurance autonomie sont les suivants [25] :

- a. « Être en état de dépendance. *L'irréversibilité ne sera pas une condition d'accès au bénéfice de l'assurance autonomie puisque la volonté est également de permettre aux personnes ayant eu un accident de pouvoir en bénéficier pour autant que leur niveau de dépendance soit suffisant et de longue durée.*
- b. Être en ordre de cotisations auprès du service « assurance autonomie » de son organisme assureur ; »

Les personnes âgées de 26 ans et plus, résidant en Région Wallonne devront cotiser obligatoirement 50 € par an auprès de leur mutuelle. Quant aux personnes bénéficiant de l'intervention majorée, la cotisation s'élèvera à 25 €. Un troisième taux de 0 € sera également envisagé pour les personnes ayant des ressources limitées. En outre, les personnes majeures non émancipées ainsi que les personnes âgées de moins de 26 ans pourront bénéficier des interventions de l'assurance autonomie. Ces cotisations seront soumises à l'indexation.

- c. « Au moment de la prise en charge, résider depuis au moins 3 ans, de façon ininterrompue en Région wallonne ». [25]

Les principes :

La future assurance autonomie wallonne sera composée de deux volets distincts : [25]

- ❖ Le premier portera principalement sur **les prestations à domicile** ou en résidence assimilée au domicile comme par exemple les Résidences Services. La personne pourra bénéficier indépendamment de son âge et de son revenu d'un quota d'heures d'aides prestées soit par une aide familiale, une aide-ménagère sociale ou encore par une garde à domicile d'un Service d'Aide aux Familles et aux Aînés (SAFA). Un compte « assurance autonomie » reprenant le nombre d'heures de prestations attribué au bénéficiaire sera créé auprès de la mutualité de ce dernier.

Un montant plafond d'heures de prestations sera fixé par le gouvernement wallon. Il est à préciser qu'aucune somme d'argent ne sera allouée directement aux bénéficiaires. Ce volet vise à offrir une aide pour les personnes en perte d'indépendance tout au long de leur vie et ainsi favoriser leur maintien à domicile.

- ❖ Quant au second volet, il sera accordé uniquement aux personnes âgées de 65 ans et plus ne disposant pas de revenus suffisants. Il s'agit de « **l'Assurance Forfaitaire Autonomie** » (AFA) qui remplacera l'actuelle Allocation pour Personnes Agées (APA). Les conditions pour accéder à l'AFA seront identiques à celle de l'APA. Le bénéficiaire pourra percevoir une aide financière mensuelle calculée en fonction de son score de dépendance (calculé selon l'échelle médico-sociale), de ses revenus et également ceux de son ménage. L'AFA s'élèvera de 85 à 571 euros quel que soit le lieu de vie du bénéficiaire (domicile, Maison de Repos ou institution pour personnes handicapées).

Le bénéficiaire pourra avoir droit aux interventions respectives des deux volets, ces derniers sont cumulables.

Pour rappel, il s'agit des bases du projet d'assurance autonomie, mais comme expliqué précédemment il n'existe encore à l'heure actuelle aucun cadre législatif. Donc, il faut prendre avec précaution ces principes car ils devraient encore faire l'objet de modifications et de précisions.

F. Cadre légal de la profession d'assistante sociale

La législation du 12 juin 1945 protège le titre du métier d'assistant social. [26] Selon le Conseil Supérieur de l'Enseignement Supérieur Social (1983) [26], « *l'Assistant Social est :*

- un agent d'aide personnelle *visant à permettre à l'homme de mieux se réaliser par une meilleure utilisation de ses propres ressources et celles de la société et de favoriser ainsi l'épanouissement de ses potentialités, une plus grande autonomie et une prise en charge responsable ;*
- un agent d'action sociale *en participant à des actions qui contribuent au développement d'une société propre à faciliter les progrès humains. Par sa fonction d'analyse et d'intervention auprès des personnes, des groupes et des communautés dans*

les structures où ils vivent, l'Assistant Social est révélateur des besoins et agent de développement individuel et social. ».

G. Présentation des deux systèmes

Cette partie sera consacrée à la présentation de deux systèmes existants, d'une part, « l'assurance dépendance » au Grand-Duché du Luxembourg mis en place en 1999 et d'autre part, la « Vlaamse Zorgverzekering » qui existe en Flandre depuis 2001.

1. Flandre

L'assurance dépendance flamande connue sous le nom « Vlaamse Zorgverzekering » a été mise en place le 1^{er} octobre 2001 (décret du 30 mars 1999). Depuis son introduction, elle a évolué progressivement, plusieurs décrets et arrêtés gouvernementaux ont vu le jour, des changements, des ajustements ont été réalisés notamment au niveau de l'affiliation, des critères d'accès, du montant de la cotisation et de l'allocation forfaitaire. De plus, le décret de 1999 a dû subir de nombreuses modifications afin d'être conforme avec le droit européen de la libre circulation des personnes. [27] Les politiques flamandes ont développé leur propre protection sociale flamande nommée « Vlaamse Sociale Bescherming » établi par le dernier décret du 24 juin 2016. Elle est constituée de trois piliers, ceux-ci sont la zorgverzekering, le Budget d'Assistance de Base (BAB) et l'APA. [28] La protection sociale flamande va s'élargir dans les prochaines années avec l'intégration d'autres compétences transférées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat telles que les soins résidentiels pour personnes âgées, les aides à la mobilité, etc. [29]

2. Luxembourg

L'assurance dépendance luxembourgeoise est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1999. Elle constitue la cinquième branche obligatoire de la sécurité sociale au Grand-Duché du Luxembourg. [30] Cette loi du 19 juin 1998 introduisant l'assurance dépendance n'a subi que deux modifications (23 décembre 2005, dispositions entrées en vigueur 1^{er} janvier 2007 et du 29 août 2017 dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018). Les réformes de 2007 et de 2018 avaient pour but de compléter et de renforcer des points

manquants du dispositif de l'assurance dépendance. Il est à noter que les fondements principaux de la loi de l'assurance dépendance n'ont pas été modifiés depuis son instauration.

Ce système diffère de celui de la Flandre.

Ces deux systèmes sont présentés de manière synthétique sous forme de tableau récapitulatif. Vous trouverez la présentation des deux systèmes de manière détaillée à l'annexe 1.

Tableau 1 : Présentation des deux systèmes

	Vlaamse Zorgverzekering	Assurance dépendance luxembourgeoise
Définition de la dépendance ou de l'autonomie	➔ Emploie le terme d'autonomie réduite <u>Autonomie réduite</u> = « la limitation des possibilités d'autosoins. Par autosoins, on entend les décisions et actions entreprises par une personne physique dans la vie quotidienne afin de répondre à ses besoins de base, et les activités correspondantes. Ces activités concernent principalement l'exécution d'activités ménagères, le développement de contacts sociaux et la possibilité de s'épanouir et de s'orienter dans le temps et l'espace » [31]	➔ Emploie le terme de dépendance <u>La dépendance</u> = « l'état d'une personne qui par suite d'une maladie physique, mentale ou psychique ou d'une déficience de même nature a un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne pour les actes essentiels de la vie ». [32, art 348]
Qui a droit ?	Personnes qui vivent à domicile ou dans une structure assimilée au domicile et les personnes séjournant dans une institution (MR, MRS, MSP). Quel que soit son âge et son revenu	Personnes qui vivent à domicile ou dans un établissement d'aide ou de soins pour personnes âgées ou handicapées. Quel que soit son âge et son revenu

Les critères d'accès	1. Présentation d'une réduction de l'autonomie de la personne 2. « avoir habité de façon ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles durant les 5 dernières années ou être assujetti durant 5 années à la sécurité sociale dans un des états faisant partie de l'Espace Economique Européen » [31, art.28, 4°] 3. Être affilié à une « Zorgkas » de leur choix et avoir cotisé 51 euros/an (26 euros pour les BIM) ➔ Obligatoire pour tout habitant en Flandre âgé de 25 ans ➔ Facultative pour les résidents bruxellois ou les personnes travaillant en Flandre ou à Bruxelles [31]	1. Etre affilié ou co-affilié à une caisse de maladie luxembourgeoise (1,4 % sur tous les revenus) 2. Cause médicale : maladie ou déficience physique et psychique 3. Intensité de l'aide : la personne doit avoir besoin d'une aide minimale hebdomadaire de 3h30 4. Durée de la dépendance : irréversible ou installée depuis minimum 6 mois [33] ➔ Dérogations possibles (personnes atteintes de cécité complète, soins palliatifs...)[32]
Démarche à réaliser pour effectuer la demande	Remplir un formulaire + adresser attestations requises	Remplir un formulaire + rapport médical du médecin traitant

Rôle de l'évaluateur	➔ Mutualité - Examiner le dossier - Versement de l'intervention forfaitaire	➔ AEC (Autorité d'Evaluation et de Contrôle) : administration indépendante et multidisciplinaire - Examiner le dossier - Évaluer l'état de dépendance et les besoins de la personne - Elaboration d'un plan d'intervention personnalisé
Echelles de mesure utilisées	- Echelle de Katz - Echelle profil BEL - Echelle médico-sociale - Echelle BelRAI Screener  Il est prévu au 1^{er} janvier 2019 d'abandonner le Katz et le BEL pour ne retenir que le BelRAI Screener.	Pas d'échelle de mesure, se base sur un relevé type qui comprend 15 niveaux progressifs de besoins hebdomadaires en aides et soins en nombre d'heures (allant de 3h30 à 36h par semaine).
Prestations	Allocataire forfaitaire mensuelle de 130 euros	Prestations en nature, en espèces (sous certaines conditions à respecter) et mixtes ✓ Aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie ✓ Aides pour les tâches domestiques ✓ Activités de soutien (gardes individuelles ou en groupe) ✓ Formation à destination des aidants proches et Intervention pension aidant proche ✓ Aides techniques et adaptations du logement [33]

Contrôle	Contrôle effectué par la société « Mediwe vzw » suite à un échantillonnage sur base de l'échelle profil BEL. [36]	Contrôle de la qualité des prestations effectué par l'AEC [33]
Evolution du nombre de bénéficiaires	2002 : 115.000 [34] 2016 : 253.814 [36]	2000 : 5.810 [30] 2016 : 13.742 [35]
Lieu de vie :	175.502 à domicile (2016) [36]	9.180 à domicile (2016) [35]
Age :	141.979 groupe d'âge 80 ans et plus (2016) [36]	7.283 groupe d'âge 80 ans et plus (2016) [35]

H. Les éléments principaux à prendre en considération

Sur base des deux dispositifs d'assurance dépendance analysés précédemment, nous avons relevé les principaux éléments que la Wallonie devrait prendre en considération.

1. Au niveau du public cible

Nous pouvons constater au travers des statistiques analysées une augmentation considérable du nombre de bénéficiaires depuis la mise en place de l'assurance dépendance aussi bien en Flandre qu'au Luxembourg jusqu'à aujourd'hui. Leur nombre s'est vu plus que doubler sur une période d'environ de 15 ans. Le gouvernement wallon devra développer une offre suffisante et adaptée afin de répondre à la demande croissante des futurs bénéficiaires en tenant compte également du vieillissement démographique. Nous avons également pu constater que la majorité de la population dépendante vit à domicile et est également âgée.

Nous pouvons prendre en considération l'expérience vécue par la Flandre par rapport à la sous-estimation du nombre de personnes dépendantes. Leur estimation était sous-évaluée et la population dépendante s'est avérée être le double de ce qu'ils avaient estimé. (54.000 au lieu de 115.000). [34] Nous savons qu'à l'heure actuelle, il n'est pas aisé de déterminer précisément le nombre de personnes dépendantes car elles ne sont pas toutes répertoriées sur une même base de données, sans oublier que certaines personnes ne recourent pas à des services professionnels. Donc, le gouvernement wallon devra veiller à estimer au mieux le nombre de population dépendante pour ajuster/anticiper les prévisions budgétaires afin d'éviter d'avoir des mauvaises surprises. L'enjeu principal est de garantir la pérennisation du régime de l'assurance autonomie sur le long terme.

De plus, nous avons pu constater lors de l'analyse des deux systèmes que les critères d'accès définis au départ se sont assouplis par la suite, permettant d'élargir ainsi l'accessibilité à d'autres personnes. Par exemple, les politiques flamandes ont supprimé l'obligation de répondre à une catégorie de forfait pour les personnes résidant dans une institution, une attestation de résidence suffit pour avoir droit à l'assurance dépendance. [37] Dans le cas du Luxembourg, des dérogations (pour certains types de pathologie, soins palliatifs) ont été mises en place afin que plus de personnes puissent bénéficier des prestations de l'assurance dépendance même si ces dernières ne répondent pas à tous les critères.

D'un point de vue législatif, la Flandre a dû revoir plusieurs fois son décret afin d'être conforme au droit européen de la liberté de circulation. Le gouvernement wallon devra prendre note de

cette expérience. Dans le cas de la Wallonie, par exemple concernant les résidents en Wallonie mais qui travaillent au Luxembourg, ceux-ci contribuent déjà au système d'assurance dépendance luxembourgeois (idem pour les personnes qui travaillent à Bruxelles et se sont affiliées volontairement à la protection sociale flamande), quid pour ces personnes, devront-elles payer une double cotisation ? De plus, les prestations proposées en Flandre devraient-elles être les mêmes en Wallonie dans l'optique de favoriser l'équité entre les différentes Régions ? Donc, nous pouvons retenir que tous ces changements, ces adaptations ont été réalisés dans l'objectif de viser l'équité. Cet objectif devra également être pris en considération dans le projet d'assurance autonomie en Wallonie pour éviter d'exclure certaines catégories de personnes ou certaines formes de dépendance.

2. Au niveau des prestations :

Le gouvernement wallon prévoit d'octroyer des prestations en nature et ne veut accorder aucun montant en espèces (sauf dans le cadre de l'AFA, la deuxième branche) aux bénéficiaires. Les prestations en espèces et en nature comportent chacune des avantages et des inconvénients. En Flandre, c'est une prestation en espèces qui est offerte aux bénéficiaires, elle permet à ces derniers d'indemniser les aidants proches s'ils ne veulent pas recourir à des services professionnels. Le dispositif luxembourgeois attribue des prestations en espèces ou mixtes sous certaines conditions.

Dans le cadre de la dernière réforme luxembourgeoise, une évaluation globale de la situation de l'aidant sera réalisée à l'aide d'une fiche de renseignements. Un membre de l'AEC examinera précisément les capacités (physiques, psychiques et émotionnelles), les disponibilités ainsi que les engagements de l'aidant par rapport à la prise en charge du bénéficiaire. Il s'assurera également que l'aidant (professionnel, proche ou une personne privée) apporte une aide régulière à savoir au minimum une fois par semaine au bénéficiaire. Il déterminera si l'aidant peut réaliser la totalité des aides et des soins ou si l'intervention partielle d'un réseau d'aide et de soins est nécessaire. Si l'évaluation est positive, la personne sera alors reconnue comme aidante selon la loi ; le remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces sera accordé à l'aidant. Dans le cas contraire, elles seront octroyées en nature. [32]

Nous pouvons suggérer aux politiques wallonnes d'envisager cette spécificité luxembourgeoise. Etant donné que les aidants proches sont à l'heure actuelle considérés comme de véritables acteurs d'aide et de soins, il est important de les intégrer et de les prendre en

considération dans le cadre de l'assurance autonomie. Par ailleurs, le Luxembourg a également mis à disposition des activités de répit, des formations pour les aidants proches et intervient dans le paiement de la cotisation pension.

Au niveau de l'allocation forfaitaire de 130 euros allouée en Flandre, elle a pour inconvénient de ne pas se baser sur les besoins réels de la personne. Il ne faut pas oublier que chaque personne est unique avec des besoins d'aides et de soins différents. Certaines personnes ont besoin de plus de 130 euros, à contrario, d'autres ne vont pas utiliser toute cette somme accordée. De plus, nous devons souligner qu'il n'existe aucun contrôle effectué auprès des bénéficiaires concernant l'allocation forfaitaire, ceux-ci peuvent dépenser ce montant attribué autrement que dans le paiement des frais non-médicaux et d'hébergement en Flandre. En Wallonie, c'est un quota d'heures qui est envisagé en fonction de la dépendance évaluée de la personne. Ce système ressemble fortement au dispositif luxembourgeois qui priorise une approche personnalisée des besoins de la personne en élaborant un plan d'intervention. Il est important que l'intervention octroyée à la personne soit proportionnelle à ses besoins.

3. Au niveau de l'évaluation de la dépendance :

Il est à savoir qu'au début de l'instauration de l'assurance dépendance au Luxembourg, des retards ont été rencontrés notamment dans les évaluations des demandes. En effet, le délai d'attente pour obtenir la notification des décisions était en moyenne de 13,3 mois. Face ce constat, le personnel de la AEC a dû revoir, réorganiser le fonctionnement de l'évaluation des dossiers afin de mener leurs missions avec plus de rapidité et d'efficacité. Grâce à l'augmentation du personnel de la AEC et à la simplification des procédures d'évaluation, la durée moyenne du traitement d'une demande a été ramenée à 4,8 mois en 2010. [30]

Dans le cadre de l'assurance autonomie, la mission d'évaluation de la dépendance a été confiée aux coordinatrices des CCSAD. Afin d'éviter les listes d'attentes telles que vécues au Luxembourg, le gouvernement wallon devra prévoir du personnel suffisant afin de remplir les missions à bien. Nous pouvons également nous poser la question : comment seront contactées les coordinatrices ? Via des formulaires ou via la mutuelle ? Il est primordial de bien définir les rôles des coordinatrices ainsi que des mutualités.

De plus, les coordinatrices ont l'avantage d'exercer déjà dans leurs missions la réalisation de plans d'intervention auprès des bénéficiaires. Cette nouvelle mission d'évaluation viendrait s'ajouter à leurs rôles actuels.

4. Au niveau du contrôle de la qualité :

Au Luxembourg, la dernière réforme adoptée en 2017 met l'accent sur un renforcement du contrôle et de la qualité des prestations. Des contrôles systématiques seront effectués.

En effet, des réévaluations régulières (tous les deux ans) seront réalisées par l'AEC dans le but de contrôler la qualité des prestations effectuées par les différents acteurs auprès des bénéficiaires et également de contrôler si celles-ci sont réellement assurées par les prestataires ou encore par l'aidant. Alors que dans la situation où l'aidant preste seul ou avec le support d'un professionnel les aides et les soins au bénéficiaire, une réévaluation est prévue tous les ans. Ces contrôles permettent également d'évaluer si le plan d'intervention élaboré par l'AEC est toujours adapté aux besoins du bénéficiaire. L'objectif est d'offrir une prise en charge de qualité aux bénéficiaires. [32]

La mise en place d'un dispositif de contrôle efficace de la qualité des prestations est primordiale pour ce futur projet d'assurance autonomie en Wallonie. A l'heure actuelle, le coordinateur a déjà pour mission de réaliser un suivi et d'évaluer au moins annuellement le plan de soins de la personne, ce rôle de suivi devrait être renforcé et étendu à un contrôle de la qualité des prestations fournies dans le cadre de l'assurance autonomie.

IV. Méthodologie

Dans cette partie, nous allons principalement développer la méthodologie utilisée dans le cadre de notre recherche, ce point sera subdivisé en trois sous-points : le type d'approche choisie, la méthode de collecte de données et la méthode d'analyse des données.

A. Le type d'approche choisie

Nous avons choisi l'approche qualitative afin de répondre au mieux à notre question de recherche qui est, pour rappel, la suivante : « **Comment est perçue l'instauration d'une assurance autonomie en Wallonie par les différentes parties prenantes : professionnels de centres de coordination et bénéficiaires potentiels (et leurs aidants informels) ?** ».

En effet, cette approche nous a semblé la plus adaptée car nous recherchions principalement à découvrir et à comprendre les perceptions personnelles par rapport au projet de mise en place de l'assurance autonomie tant au niveau des coordinatrices des CCSAD que des bénéficiaires. Le but de notre étude était de rechercher auprès des sujets interrogés leur objectivité, leur réflexion et ainsi d'approfondir leurs points de vue afin de saisir les différents enjeux de l'assurance autonomie, en fonction de leur position de coordinatrice.

Concrètement, nous avons réalisé des entretiens individuels semi-directifs à l'aide de guide d'entretien. Ces entretiens nous ont permis de découvrir et d'analyser leurs avis, leurs ressentis, leurs craintes par rapport à ce projet d'assurance autonomie.

La taille de l'échantillon dans une recherche qualitative a comme caractéristique d'être limitée et de ne pas être impérativement définie préalablement. De plus, « *l'échantillon est souvent considéré comme complet à partir du moment où le chercheur a le sentiment que les répondants ne lui apportent plus d'informations nouvelles sur le sujet étudié (principe de saturation)* ». [38]

Nous soulignons également que les données qualitatives récoltées au cours des entretiens semi-directifs ne peuvent pas être généralisables à toute la population. Nous n'avons cherché en aucun cas à tirer des conclusions. Toutefois, les résultats peuvent être transférables à des populations semblables et issues d'un contexte similaire.

B. La méthode de collecte de données

Comme vu précédemment, il s'agissait de pouvoir questionner les parties impliquées dans le projet d'assurance autonomie : les coordinatrices des CCSAD et les bénéficiaires potentiels.

Nous avons choisi d'effectuer des entretiens individuels semi-directifs à l'aide d'un guide d'entretien réalisé pour ces deux parties prenantes. Les deux guides d'entretien comportaient principalement des questions ouvertes et courtes. Le lecteur trouvera le canevas des deux guides d'entretien dans le fichier des annexes. Il s'agissait pour les deux parties d'un échantillon de convenance.

1. Première partie : les coordinatrices des CCSAD

Concernant le guide d'entretien des coordinatrices, celui-ci a été lu et vérifié par le promoteur du mémoire et le responsable de la coordination d'un service de soins d'infirmiers à domicile en Région Wallonne. Les critères d'inclusion étaient : les coordinatrices des CCSAD en Wallonie.

Nous avons commencé à prendre contact par courriel électronique auprès des coordinatrices des 30 CCSAD agréés en Wallonie (la liste des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile agréés disponible sur le site de l'AVIQ) à partir de la semaine du 19 février 2018. La responsable de la coordination nous a également communiqué les coordonnées personnelles de chaque responsable du service de coordination des centres concernés en Wallonie. Ce privilège nous a permis d'interpeller les coordinatrices des différents centres concernés de Wallonie et ainsi d'obtenir une réponse plus rapide et favorable. S'agissant des autres centres de coordination représentant les mutualités socialistes, libérales et neutres, nous sommes généralement passées par la centrale (adresse e-mail général) ce qui pouvait limiter le taux de réponse. L'e-mail envoyé comprenait notre question de recherche ainsi que les objectifs de notre recherche et les modalités de l'entretien.

Les rendez-vous étaient généralement fixés par e-mail ou par téléphone. Il n'y a pas eu de désistement de dernière minute. Les entretiens semi-directifs auprès des coordinatrices se sont déroulés du 22 février 2018 au 30 mars 2018. Il est à noter que certaines coordinatrices ont toutefois répondu négativement à notre demande car il était difficile pour elles de consacrer 30 minutes par manque de temps ou elles estimaient de ne pas avoir encore eu assez d'informations pour pouvoir répondre à nos questions.

2. Seconde partie : les bénéficiaires potentiels (et leurs aidants informels)

Concernant la partie des bénéficiaires, nous avons introduit un dossier afin d'obtenir l'accord du comité d'éthique de l'UCL pour pouvoir les interroger. L'accord a été reçu le 9/02/2018 (numéro d'enregistrement belge : B 403/). Les critères d'inclusion étaient les suivants : des bénéficiaires d'un service d'aide et de soins à domicile et leurs aidants informels et Wallonie.

Lors des entretiens effectués auprès des coordinatrices d'un centre de coordination rural, nous avons obtenu les coordonnées de deux bénéficiaires potentiels acceptant de répondre à nos questions. Afin d'éviter de nombreux déplacements, par la suite, deux centres de coordination situés en Wallonie qui étaient à proximité de notre domicile nous ont fourni d'autres bénéficiaires. Les coordinatrices avaient préalablement téléphoné à ces bénéficiaires et expliqué le cadre de notre recherche. Une fois les coordonnées reçues, nous avons contacté les bénéficiaires pour prendre rendez-vous. Les rendez-vous étaient fixés par téléphone et ont débuté à partir de la date 8 mars et se sont clôturés le 15 avril 2018.

C. La méthode d'analyse des données

L'ensemble des entretiens réalisés ont été enregistrés et retranscrits intégralement dans l'objectif d'analyser au mieux les données. Nous avons obtenu l'accord de tous les répondants pour pouvoir les enregistrer. La retranscription manuelle ainsi que la lecture répétitive et approfondie des entretiens nous ont permis d'identifier des thèmes pertinents ainsi que des sous-thèmes par rapport à notre question de recherche. Nous avons imprimé tous les entretiens et annoté à gauche du texte retranscrit les thèmes en lien avec notre question de recherche, nous avons pu alors relever des récurrences et regrouper également certains thèmes.

L'analyse est descriptive puisqu'elle « *consiste à rendre compte systématiquement et objectivement de ce qui a été dit à propos de l'objet de la recherche* ». [38] Une part de l'analyse peut-être aussi un peu interprétative du fait que « *la subjectivité du chercheur mais également ses connaissances issues de la littérature entrent en jeu pour interpréter les résultats* ». [38]

Elle est également inductive et s'inscrit dans une démarche de thématisation continue. En effet, « *l'arbre thématique est construit progressivement et parachevé seulement à la toute fin de l'analyse du corpus* ». [38] Les thèmes n'étaient pas prédéfinis au départ de notre recherche, ils ont émergé tout au long du processus et se basent sur les réponses qualitatives des personnes interrogées.

Afin de présenter au mieux les perceptions des coordinatrices et des bénéficiaires au sujet de l'instauration de l'assurance autonomie, nous avons utilisé l'analyse stratégique SWOT (Strenghts, Weaknesses, Opportunities, Threats).

Tableau 2 : Classification des thèmes émergents lors de l'analyse qualitative

Thème	Définition	Sous-thèmes
Perceptions	Les perceptions des coordinatrices et des bénéficiaires (et leurs aidants informels) au sujet de l'instauration de l'assurance autonomie en Wallonie.	Forces
		Opportunités
		Faiblesses
		Menaces
BelRAI Screener	L'outil d'évaluation de la dépendance et de l'autonomie.	Subjectivité de l'outil
		Outil non adapté
		Absence de prise en considération des aidants proches
		Aide technique à inclure ?
Motivations	Les plus-values relevées par les coordinatrices de leur métier, ce qu'elles aiment dans leur travail quotidien.	Diversité des situations rencontrées
		Diversification de leurs tâches
		Collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle
Difficultés	Les difficultés rencontrées par les bénéficiaires (et leurs aidants informels) et les coordinatrices dans leur travail quotidien.	Manque de disponibilité des services par rapport à la demande
		Manque de Flexibilité des horaires
		Charge de travail imprévisible et variable
		Contrainte de temps et de dates à prendre en compte
		Acceptation des services par les bénéficiaires
		Aides à la vie quotidienne en demande
		Solitude avérée des bénéficiaires
		Difficultés financières des bénéficiaires

Les améliorations	Les améliorations proposées par les coordinatrices et les bénéficiaires (et leurs aidants informels) face aux difficultés rencontrées	Davantage de moyens dans les services
		Flexibilité des horaires
		Révision du barème
		Renforcement du soutien aux aidants proches
		Mise à disposition de tablettes
Autonomie et dépendance	Définition de l'autonomie et de la dépendance par les coordinatrices	Décision
		Besoin d'une tierce personne
		Lien
		Non lié à l'état physique
		Préférence

V. Résultats

A. Présentation des deux échantillons

1. Première partie : les coordinatrices des CCSAD

Nous avons réalisé huit entretiens avec les coordinatrices qui se sont déroulés soit en individuel ou en groupe (maximum 4 collègues). Au total 15 personnes ont été interrogées sur leur lieu de travail situé tous en Wallonie. Les coordinatrices consultées représentaient les fédérations des CSD, ASD et COSEDI. Les entretiens ont duré en moyenne 40 minutes et ont été effectués jusqu'à saturation. Ces derniers se sont déroulés dans une ambiance conviviale, les coordinatrices ont toutes pris le temps de répondre à nos questions. L'échantillon n'est constitué que de femmes coordinatrices dont 5 ont été formées et ont pratiqué le BelRAI Screener dans le cadre du projet pilote. Leurs formations initiales étaient principalement assistantes sociales et deux infirmières spécialisées en santé communautaire. Leurs expériences professionnelles en tant que coordinatrice varient entre 2 ans et 20 ans d'ancienneté. Nous avons eu l'opportunité d'interroger une responsable d'un service de coordination et une représentante d'une fédération mais qui avaient toutes les deux en même temps un emploi mi-temps en tant que coordinatrice de terrain.

Nous avons eu également la chance de pouvoir interroger des coordinatrices issues de centres de coordination situés en milieu rural et urbain, cela nous a permis de nous rendre compte des disparités entre ces deux milieux ainsi que des difficultés vécues par les coordinatrices des régions rurales notamment au niveau de l'offre et de l'accessibilité des services.

Enfin, il est à noter que pour le dernier entretien, nous avons rencontré la référente de coordination et la référente de SAFA d'une fédération, il est toutefois à relever que ces personnes référentes n'ont pas d'expérience de terrain en coordination.

Pour plus de facilités, nous avons repris dans la présentation des résultats le terme : coordinatrices.

2. Seconde partie : les bénéficiaires potentiels (et leurs aidants informels)

Nous avons rencontré 7 bénéficiaires de services d'aide et de soins à domicile. Les entretiens se sont déroulés au domicile des personnes situés en région rurale en Wallonie. Toutes les personnes nous ont accueillies chaleureusement et étaient contentes de nous recevoir. En moyenne, les entretiens ont duré 43 minutes. Nous avons pu interroger des bénéficiaires en perte d'indépendance ou/et d'autonomie avec chacun des pathologies particulières (myopathie, maladie rare, fracture du col du fémur...) mais ils étaient tous capables de s'exprimer. Chez deux bénéficiaires, nous avons eu l'opportunité d'être en présence avec leurs aidants informels (enfant, belle-fille). L'intervention de ces derniers a été enrichissante, ces entretiens nous ont permis de découvrir leurs réalités vécues, leurs difficultés rencontrées. Toutes les personnes interrogées avaient une prise en charge spécifique avec la présence de différentes aides (aide familiale, aide-ménagère, garde à domicile, infirmier, kinésithérapeute, repas à domicile). Il est à souligner que certains services étaient privés ou en travail au noir. Les personnes étaient âgées entre 63 ans et 92 ans. Seulement 2 personnes sur les 7 avaient entendu parler du projet d'assurance autonomie à la télévision.

Les témoignages des bénéficiaires et de deux aidants proches nous ont apporté des éléments de réponse supplémentaires et complémentaires par rapport à ceux des coordinatrices. Ces interviews nous ont permis de pouvoir trianguler leurs points de vue avec ceux des coordinatrices.

B. Présentation des résultats

1. Thème : Les perceptions

a) Forces

La première force relevée par les coordinatrices du fait qu'elles ont été désignées pour exercer la mission d'évaluation des bénéficiaires est que « **ça fait vraiment partie de notre mission**, on évalue quand même l'autonomie ». (E1) De plus, elles estiment avoir une meilleure **connaissance du réseau** et se considèrent comme le **point central de tous les services**. « On est déjà toujours en contact avec les services d'aide aux familles et qui nous connaissent déjà, on a aussi une connaissance du réseau qui permet aussi de faciliter un peu les choses quand on est à la recherche d'un service ». (E1)

La vision globale des coordinatrices est également un autre atout considérable « *je pense qu'on a une vision plus large, on ne va pas se contenter de juste remplir, comme peut le faire justement une assistante sociale de mutuelle quand elle va chez la personne pour remplir l'APA, pour voir si la personne a droit ou pas à l'APA, **nous on va aller plus loin**, si on se rend compte que la personne, ça serait vraiment bien qu'elle ait aussi des repas, un lit médicalisé, des choses comme ça* ». (E1)

Quant aux bénéficiaires et aux aidants informels interrogés, les forces relevées de l'assurance autonomie par ceux-ci sont « *c'est bien pensé pour le vieillissement des personnes* » (EB3), « *c'est une bonne chose* » (EB1), « *si ça peut aider les personnes, surtout à rester chez elles, c'est bien* » (EB7), « *c'est chouette pour moi car je souhaite vivre chez moi jusqu'au bout* » (EB5).

b) Opportunités

Tout d'abord, la plus grande opportunité que soulèvent les coordinatrices qui ont été désignées pour exercer la mission d'évaluation est que cela va permettre d'améliorer la **reconnaissance du service et la valorisation de leur profession**. Concernant l'assurance autonomie, cette dernière permettra de faire de la **prévention**. « *C'est la bonne solution, plus on intervient tôt, moins on arrive à des stades où on intervient en catastrophe* ». (E1)

Une **certaine dose d'espoir** est également relevée par les coordinatrices. « *Je suis sceptique pour tout ça et en même temps je pense que c'est une bonne chose qu'il va falloir l'améliorer au fil du temps, c'est déjà compliqué pour l'instant* » (E1) ; « *j'espère, allez ça doit être positif, quand même on n'arrête pas de dire, de se plaindre en disant ça coûte beaucoup trop cher le maintien à domicile pour les gens, ça c'est quand même une ouverture, une possibilité, je sais qu'il y aura des dérives, des choses à améliorer, mais tant qu'on ne le pratique on ne pourra pas dire voilà, il faut quand même bien un moment se lancer sinon on n'évolue jamais* ». (E6)

Pour les bénéficiaires, l'opportunité relevée est que ça va améliorer **l'accessibilité financière** pour certaines personnes. « *Je trouve que c'est bien ça pourra aider les personnes qui n'ont pas assez d'argent* » (EB4), « *une aide financière est la bienvenue* » (EB3).

c) Faiblesses

Les coordinatrices ont toutes exprimé leurs peurs, leurs craintes, leurs doutes par rapport à leur nouveau rôle d'évaluation dans le cadre de l'assurance autonomie. **Cette nouvelle casquette**

« **de contrôle** » comme elles la nomment peut engendrer **des confusions** notamment au niveau de leurs rôles auprès **des bénéficiaires** « *si nous représentons l'aide à domicile ou alors le contrôle à domicile par rapport à leur état de dépendance. C'est juste que nous on a une certaine casquette d'accompagnement au domicile quand tu vas rencontrer une personne, tu analyses la situation, ses besoins et puis tu vois comment tu peux l'aider au mieux en apportant différentes aides, maintenant si on vient avec cette deuxième casquette avec une échelle qui va analyser leur autonomie et leur état de dépendance, et de voir effectivement s'ils ont droit ou pas, ça nous met une balle dans le pied presque, **les gens vont nous voir autrement**, vous proposez de l'aide et vous dites que je n'ai pas droit* ». (E2)

Une autre faiblesse du dispositif de l'assurance autonomie est l'instauration d'un quota d'heures auquel les bénéficiaires auront droit selon le score obtenu via l'échelle. Tout d'abord, cette pratique risque d'amener les personnes à faire appel davantage **aux services privés ou au travail au noir** qu'auparavant. « *Parce qu'ils n'auront accès qu'à certaines heures, alors que les besoins seront plus importants* ». Cette limite d'heures a également un caractère **d'imposition**, « *ils n'auront plus la possibilité de choisir pour eux-mêmes puisqu'on leur impose finalement un nombre d'heure limité ça c'est dommage !* ». (E4) Enfin, le principe d'une assurance « *cette assurance **tu vas payer mais tu n'auras peut-être pas droit**, il y a quand même plus de moins que de plus pour le moment* ». (E2)

De plus, l'assurance autonomie comporte des faiblesses d'un point de vue social aux yeux des coordinatrices. En effet, l'assurance autonomie risque **de mettre de côté « toutes les situations plus sociales** qui ne sont pas vraiment des situations de perte d'autonomie ». Comme par exemple, « *une maman dépassée qui n'arrive pas à gérer son quotidien avec ses enfants, ça nous est déjà arrivé avec le service d'aide-ménagère, d'aller juste pour ça en soutien avec la maman de lui expliquer comment faire avec le bébé, ça veut dire quoi, ça veut dire est-ce que cette situation là qu'ils vont savoir en tenir compte ou ce pourcentage va être tellement minime qu'elles vont être mises de côté, cette situation sociale là dont aujourd'hui on ne parle pas* ». (E1) Elles ont également souligné que le projet a perdu un côté social par rapport au fait « **que toutes les personnes paient la même chose alors qu'elles ne gagnent pas la même chose**, or les réductions c'est les mêmes pour tout le monde ». (E4)

Un bénéficiaire a également souligné « *ça fait quand même 2000 francs, tant que c'est la même chose pour tout le monde, si c'est moins tant mieux* » (EB3). Pour les autres bénéficiaires, ils étaient d'accord et prêts à payer 50 euros par an.

Au niveau des futurs bénéficiaires, un constat a été soulevé par les coordinatrices concernant les **capacités de compréhension des personnes âgées**. Il est à savoir à la question « quel est votre public-cible ? » toutes les coordinatrices ont répondu que majoritairement ce sont des personnes âgées. « *Et quand tu es avec des personnes âgées, rien que remplir nos documents, on a deux pages recto verso à remplir, 3 pages à faire signer, à expliquer le cadre de notre travail, la législation un petit peu, et puis encore si tu viens encore avec ce truc en plus à faire à signer, pour certaines personnes c'est beaucoup trop, déjà après une première visite, la moitié n'ont rien compris, donc la deuxième visite a tout son sens dans ces cas-là mais en plus si tu reviens avec une deuxième échelle, à ce niveau-là je trouve que **c'est vraiment lourd pour les personnes de faire la différence justement entre la fonction qu'on a et puis qu'on vienne avec cette échelle en plus***. Par rapport aux capacités des personnes, on est majoritairement avec des personnes au-dessus de 65 ans quand même, donc elles ne sont plus aussi alertes que d'autres ». (E2)

De plus, selon elles, « ça va être **compliqué pour les personnes** de savoir que dans tel service, ils vont pouvoir bénéficier de l'assurance autonomie mais là on est en période de vacances, il n'y aura pas suffisamment d'heures et on doit faire appel à des aides-soignantes indépendantes. Mais, il n'y a aura pas d'intervention parce que ce n'est pas un service d'aide aux familles reconnu. Et tout ça c'est complexe pour les personnes ». (E1)

Lors de nos entretiens, nous avons été confrontées à quelques difficultés de compréhension de la part des bénéficiaires par rapport à l'explication de la future assurance autonomie « *Tout le monde aura droit ?* » (EB6) ; « *mais si on paie, on aura droit* » (EB3), nous avons dû expliquer plus amplement le projet tout en ne présentant pas les aspects techniques de l'assurance autonomie.

Plusieurs bénéficiaires ont exprimé qu'ils trouvaient dommage qu'il n'y avait **pas d'autres services intégrés dans l'assurance autonomie** comme par exemple le transport ou les repas à domicile. « *Ça serait bien de disposer d'un taxi pour aller à des déplacements médicaux, je ne suis pas la seule, le taxi pourra déposer et ramener les malades* » (EB1); « *Je regrette pour le transport, j'ai seulement un ami qui me conduit pour faire mes courses de temps en temps mais j'aimerais sortir un petit peu* » (EB7), « *les transports coûtent chers* » (EB4).

d) Menaces

La réaction adoptée à la majorité par les coordinatrices est qu'elles sont sceptiques par rapport par rapport au renforcement du secteur des services d'aide et de soins à domicile. « Si réellement la participation financière des gens permet d'augmenter des services alors je trouve que c'est positif, maintenant la crainte, est-ce qu'ils vont réellement augmenter les services avec l'argent qu'ils auront » (E4) ; « est-ce que les services vont pouvoir répondre à cet afflux de demandes ? » (E1) ; « Si la personne dit j'ai droit à 3 heures d'aides familiales par semaine mais à côté de ça, il n'y a pas de disponibilités en aide familiale, quel est l'avantage ? ». (E5) De l'incertitude a également été exprimée au niveau du renforcement du secteur du service de coordination prévu « on va devoir aussi engager des secrétaires et les bureaux même choses, si demain on est à 15 on doit déménager alors et tout ça a des coûts donc qu'est-ce qu'ils envisagent, vous voyez, on est dans l'inconnu, on est tout le temps dans le flou, dans l'inconnu, on ne sait pas comment ça va aller ». (E6)

Le report de l'instauration de l'assurance autonomie à plusieurs reprises, le manque d'informations et l'absence à l'heure actuelle d'un texte législatif n'aident pas les coordinatrices à être rassurées et ainsi se projeter concrètement dans le futur. « Il y a tellement d'incertitudes, comment veux-tu être rassuré ??? » (E2) ; « C'est tellement fort flou, on n'a pas une idée précise car il y a eu un premier projet puis un deuxième, on ne sait même pas ce qui va être validé, quand ça va être validé, quand ça va démarrer, ils en parlent depuis un petit temps c'est compliqué ». (E5)

Les deux aidants proches interrogés ont également exprimé des doutes « j'ai peur qu'on soit déçu » (EB3), « on verra quand on aura plus d'informations et quand ça sera mis en place ». (EB5)

Cette nouvelle casquette crée des sentiments tels que des peurs et des craintes au niveau du changement de leurs missions. « Là, on va avoir une casquette différente car on va contrôler leur état de dépendance et en fonction proposer ou pas des services, notre fonction va changer ça c'est clair, notre rôle, la vision qu'ils ont de nous va changer et c'est inquiétant je trouve. J'espère que ça correspondra toujours un peu à ce qu'on fait déjà actuellement parce que si on n'est juste des contrôleuses entre guillemets, ce n'est pas très intéressant ! » (E4)

Les coordinatrices sont toutes unanimes que ce n'est de leur ressort d'annoncer le score aux bénéficiaires afin de préserver leur position de neutralité et leur relation de confiance avec les bénéficiaires et sa famille. « Je pense que ce n'est pas notre rôle en tout cas de leur dire

que vous avez droit à ça ou ça. On a demandé que ça soit fait par d'autres parties par exemple par les organismes assureurs qui envoient alors la réponse officielle pour qu'on garde quand même cette neutralité, un petit peu de neutralité qu'on avait avant ». (E1) « Pour moi, celle qui fait le BelRAI Screener ne doit pas être la coordinatrice du dossier sinon il va manquer un truc au niveau de la confiance avec la personne ». (E5)

Les coordinatrices ne veulent pas être **associées aux résultats** du BelRAI Screener et ainsi porter cette **responsabilité**. En effet, leur principale crainte est que « grâce à nous ou à cause de nous, ils auront droit ou pas aux services et que les gens reviennent vers nous : tu ne m'as pas mis ce que tu as dit, c'est ça notre crainte ! ». (E3)

Les coordinatrices sont également inquiètes par rapport à **leur charge de travail** lors du lancement de l'assurance autonomie. Elles ont peur d'être surchargées de travail, submergées par les demandes. « On a un peu peur de la mise en place, comme dit tantôt je ne pense pas qu'ils vont augmenter les effectifs tout de suite, il faut d'abord qu'ils collectent un certain budget pour augmenter doubler les équipes, je pense que ça va faire beaucoup de boulot pour nous au départ ». (E5) « Ça va être aussi une charge de travail d'encoder le BelRAI et de le remplir, d'aller voir tout le monde, plus subjectif, d'aller remplir une échelle, rentrer et encoder, ça nous fera plus de boulot, du boulot pas très agréable ! ». (E4)

Une responsable d'une équipe de coordination a également ajouté « Qu'est-ce que l'état va nous donner, parce qu'au départ ils nous disent oui vous aurez votre formation, vous devez la pratiquer tout de suite, dès que vous avez eu votre formation, ce qui est vrai, si vous n'appliquez pas tout de suite, c'est perdu, je veux bien mais je ne peux pas demander à toutes les coordinatrices d'appliquer demain quand on aura eu la formation du BelRAI Screener et en gardant la même fréquence de demandes etc, ce n'est pas possible elles vont être épuisées, ça ne tiendra pas la route ». (E6)

De surcroît, **le temps** qu'elles devront consacrer à remplir le BelRAI Screener leur font peur au niveau de la charge de travail et également surtout par rapport **au nombre de personnes à visiter**. « Je ne sais pas combien j'ai de bénéficiaires, rien que sur un secteur, ça peut-être plus de 50 bénéficiaires, ça dépend du secteur et ça veut dire que nous on devra passer du temps à faire déjà tous ceux-là et plus ceux qui introduisent des demandes. Puis il faudra aller réévaluer les gens qui se dégradent, vous imaginez la charge de travail ? » (E5)

La référente de SAFA a également ajouté « ça va **rallonger le trajet de la demande** aussi, maintenant il va falloir d'abord passer par les coordinatrices, qui vont sans doute être

submergées de demandes, elles vont d'abord vérifier si la personne rentre dans toutes les conditions : domiciliée, en ordre d'OA, etc. elles passent le BelRAI Screener, si oui ou non un score suffisant, elles vont le renvoyer à l'AS du SAFA qui va, elle aussi, être submergée de demandes, le délai va être super long, elle va aller aussi à domicile, vérifier combien d'heures d'aides familiales la personne a besoin ; on va être dans un schéma où tu vas sortir de l'hôpital tu auras ton aide familiale 3 semaines plus tard donc tu auras le temps de dépérir trois fois entretemps ». (E8)

Elles soulignent également qu'il y a tout **un travail en cascade** qui doit se réaliser, une nouvelle réorganisation doit s'effectuer au niveau du triangle des mutuelles, des services d'aide aux familles et aux aînés et des services de coordination. « *Ce n'est pas encore gagné* ». « *Je me pose des questions au niveau des contingents, davantage d'aides familiales, si il y a davantage d'aides familiales ça veut dire que les services d'aide aux familles devront engager des aides familiales, ça veut dire que les AS déjà en place auront plus de personnel à gérer, donc ce n'est pas seulement que des coordinatrices pour ouvrir des dossiers, mais c'est aussi du personnel, c'est tout un système en cascade, si tout est réellement pensé pour pallier à tous ces manquements, ça peut être vraiment bien, car on pourra répondre davantage aux demandes* ». (E2)

Enfin, elles ont également peur **des dérives**, que les personnes fassent des mauvaises déclarations pour pouvoir obtenir de l'aide. Ce même sentiment a été partagé par une bénéficiaire interrogée « *tant qu'il n'y pas des gens qui profitent du système, qui inventent des maladies* » (EB1).

Un bénéficiaire a également exprimé sa **peur de perdre sa reconnaissance APA** avec l'instauration de l'assurance autonomie.

2. Thème : BelRAI Screener

a) Subjectivité de l'outil

Au niveau du BelRAI Screener, la première faiblesse de cette échelle soulevée par les coordinatrices est sa **subjectivité**. « *Je trouve dommage de devoir remplir une échelle qui est assez finalement subjective, pour une même personne, deux assistantes sociales n'évalueraient pas de la dépendance de la même manière, donc donner des accès à certains et pas à d'autres je trouve ça un peu mal pensé* ». (E4) « *On peut peut-être jouer sur les mots* ». (E7) Il est à

savoir également que différentes professions peuvent représenter le service de coordination (assistante sociale, infirmière, infirmière spécialisée en santé communautaire, ergothérapeute), cette **pluralité de métiers** pose question aux coordinatrices « *est-ce qu'on est toutes formées de la même manière pour pouvoir remplir ?* ». (E5)

b) Outil non adapté

Deuxièmement, selon les coordinatrices, l'échelle ne reflète pas la réalité vécue des personnes, **elle n'est pas adaptée** aux problématiques rencontrées par la population du terrain. « *Oui l'échelle n'est pas très pensée finalement selon nous, ça exclut pas mal de choses, elle est trop centralisée au niveau cognitif, plus psychiatrique. Alors que nous notre population c'est plus Alzheimer, ce n'est pas de la psychiatrie donc ça ne correspond pas aux symptômes qui sont décrits sur l'échelle donc, il y a plein de personnes qui seront en perte d'autonomie, qui ne rentrent pas dans l'échelle et donc qui ont un score très très bas, mais qui sont quand même en perte d'autonomie et qui ont besoin d'aide à domicile donc il y a clairement **une corrélation qui ne se fait pas entre ce qu'on rencontre dans la population et le scoring actuel via l'échelle du BelRAI*** ». (E4)

Lors du test du BelRAI Screener, les coordinatrices ont constaté « *que le module 1 et 2 sont plus sur l'aspect vraiment dépendance et physique et puis il y a le module 3,4,5 avec tout ce qui est plus mental et social, ce qui fait qu'une personne qui avait une dépendance au module 1 et 2 et qu'en revanche tout le reste allait bien, **malgré que celle-ci était à la limite alitée elle avait très peu de points sur 30** et évidemment on a fait relever ça au cabinet. C'est vraiment très rare d'avoir l'aspect social, mental, physique et être dépendant* ». (E1)

c) Absence de prise en considération des aidants proches

L'absence de prise en considération **des aidants proches** a également été soulignée. En effet, la personne évaluée via l'échelle BelRAI perd des points si elle a des aidants proches. « *Et donc là on est en pleine contradiction avec ce que l'Etat veut faire pour aider les aidants proches, **on ne va pas les aider au contraire**, on va aller dans l'autre sens, donc ça c'est vrai ce n'est pas positif du tout* ». (E2)

d) L'aide technique à inclure ?

Des questionnements sont ressortis notamment sur l'aspect de **l'aide technique** à prendre en compte ou non « *est-ce qu'on évalue la personne avec les aides techniques qu'elle a, elle est alors autonome parce qu'elle avait des aides techniques, ou alors on prend la dame sans les aides techniques ?* ». (E7)

3. Thème : motivations

a) Diversité des situations rencontrées

Les coordinatrices aiment la diversité des situations auxquelles elles sont confrontées, chaque situation est différente. « *Moi j'aime beaucoup, parce que c'est multifonctions, on va dans tous les sens. On est confronté à des populations qui sont fort différentes, donc on a des situations qui sont très très précaires, pas seulement financièrement mais culturellement aussi, donc on n'est pas du tout dans les mêmes réalités et c'est vrai qu'on doit toujours s'adapter en tant que caméléon, c'est ce que j'aime bien dans ce boulot, c'est vraiment ça, ça va dans tous les sens* ». (E2)

b) Diversification de leurs tâches

Les coordinatrices aiment la diversification de leur travail : « *on ne sait jamais comment on commence la journée et comment elle va se terminer, c'est ce côté imprévu* » (E5); « *j'aime c'est fort diversifié c'est un peu la surprise, on ne sait pas trop où on va tomber, comment ça va se passer* ». (E7)

c) Collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle

Leur rôle de collaboration avec les prestataires et les institutions est considéré comme une richesse pour les coordinatrices et créateur de liens renforçant le réseau. « *Je trouve ce qui est enrichissant c'est de pouvoir fonctionner avec tout un secteur aussi au niveau de la santé et de l'aide à domicile* » (E1) ; « *ça amène une richesse au niveau des échanges du réseau, on commence à connaître tout le monde, on se tutoie entre nous, on a construit un beau réseau de collègues avec qui on s'entend vraiment bien avec qui on a une bonne collaboration* ». (E5)

4. Thème : Les difficultés

a) Manque de disponibilité des services par rapport à la demande

La majeure difficulté à laquelle les coordinatrices sont confrontées est **la disponibilité des services par rapport à la demande**. *« Il n'y a pas assez d'offre de services, donc on est face parfois à devoir dire aux gens qu'ils doivent attendre pour avoir quelqu'un ou carrément leur dire qu'il n'y aura pas d'aide du tout ».* (E5)

La disparité des services au niveau rural par rapport au niveau urbain s'est également fait ressentir durant les entretiens réalisés auprès des coordinatrices issues d'un centre situé dans les zones rurales. *« C'est le bout du monde là où on est, on est vraiment pauvre ».* (E2)

Une bénéficiaire a exprimé *« j'aimerais bien juste avoir 1 heure en plus d'aide pour faire une promenade avec une aide familiale, surtout que maintenant il va commencer à faire beau, mais je dois attendre il n'y a pas de place pour l'instant ».* (EB5)

b) Flexibilité des services au niveau des horaires

Les coordinatrices ont exposé leurs difficultés quant à la flexibilité des services au niveau des heures inconfortables (le soir, la nuit) ainsi que des jours fériés et des périodes scolaires. Certains bénéficiaires réclament également plus de flexibilité dans les heures en soirée ou en week-end. *« J'aimerais avoir une aide familiale le week-end mais il n'y a pas de places.... ».* (EB2)

c) Charge de travail imprévisible et variable

La charge de travail dans un service de coordination est considérée comme **imprévisible et variable**. *« Une semaine n'est pas l'autre, il y a des semaines qui sont fort fort chargées en termes de démarches et appels téléphoniques ou autres et puis il y a des semaines un peu plus cool ».* (E4) De plus, dans leur travail quotidien, les coordinatrices sont parfois amenées à réaliser des **tâches qui dépassent le cadre de leur travail** *« nous on fait plein de choses qu'on ne devrait pas faire, on va dire ça, on va dire quand même, allez j'ai encore dû ramener un micro-onde d'une personne âgée au magasin, vérifier chez l'administrateur de biens s'il était toujours sous garantie, qu'on ne devrait pas normalement faire mais il n'y a personne qui le fait, si on ne le fait pas, ça ne va pas aboutir, donc on va plus vite de le faire nous-même en coordination ».* (E3)

Un aidant proche a relevé « *je suis pensionné mais j'ai l'impression que je travaille toujours, je cours partout entre les médecins, chercher les médicaments, les courses...et puis quand il y a des erreurs de prescription de médicaments c'est retourner chez le médecin puis la pharmacie...* ». (EB3) L'autre aidant proche a souligné « *c'est vrai que je m'occupe beaucoup de ma belle-maman, je fais beaucoup pour elle, mais nous avons de la chance de pouvoir se relayer avec les enfants et les beaux-enfants par exemple pour retirer les bas de contention le soir et la mettre en pyjama* ». (EB5)

d) Contrainte de temps et de dates à prendre en compte

Les coordinatrices ont également appuyé qu'elles travaillaient souvent beaucoup dans **l'urgence**. « *On travaille beaucoup dans l'urgence et du coup si on avait un peu plus le temps d'aller en profondeur dans les situations, on assurerait plus un suivi* ». Elles ont également une **contrainte de dates** au niveau de la prise en charge « *on doit faire deux visites, donc après la première visite, on est censé en faire une deuxième dans les trois mois, la réunion d'évaluation annuelle doit se faire avant la date d'anniversaire* ». Cette contrainte de dates a des répercussions dans l'organisation de leur travail « *puisque ça veut dire qu'on est aussi pressé pour organiser des choses, qui ne sont peut-être pas nécessaires à ce moment-là ou que la situation ne justifie pas* ». (E4)

e) Acceptation des services par les bénéficiaires

Une des principales difficultés que rencontrent les coordinatrices est **l'acceptation des services de la personne**. « *C'est le fait d'accepter qu'ils sont en perte d'autonomie et que quelqu'un doit venir* ». De plus, « **l'évaluation des besoins est souvent différente entre ce que souhaite la famille et ce que souhaite la personne** ». (E1) Elles sont souvent confrontées aux dires suivants de la part de l'entourage des bénéficiaires : « *vous pouvez venir mais sachez que de toute façon il ne veut pas vous recevoir ou alors ce qu'ils disent, il va falloir le convaincre ; c'est à nous de le convaincre, non ça ne se passe comme ça, ils ont vraiment dû mal à se dire que les aides ne peuvent pas être imposées* ». (E5) Les coordinatrices sont alors souvent amenées à **devoir négocier** avec la famille et les bénéficiaires afin de **trouver un compromis**. L'aidant proche d'un bénéficiaire a également expliqué cette difficulté qu'il vit avec son parent : « *Je n'ai besoin de personne, je sais me débrouiller toute seule alors que je vois bien qu'elle n'y arrive pas* » (EB3).

Comme décrit précédemment, la plus grande difficulté vécue notamment par les personnes âgées est **d'accepter la perte d'autonomie** « *certaines personnes ont dû mal à la vivre, c'est difficile pour eux* ». (E3) De plus, c'est également difficile **d'accepter que des personnes étrangères viennent chez elles**, cela peut être intrusif pour elles.

Une bénéficiaire atteinte d'une maladie rare a expliqué que c'était dur d'accepter la maladie survenue il y a 15 ans ainsi que sa perte d'indépendance « *Quand ça tombe comme ça, c'est très dur à vivre mais une fois qu'on l'a accepté, ça va mieux mais je n'arrive toujours pas à fermer un bouton, mettre des chaussettes...* ». (EB1)

f) Aides à la vie quotidienne en demande

Ce sous-thème renvoie aux difficultés rencontrées par les bénéficiaires, ils ont besoin d'aide pour effectuer les activités quotidiennes (préparer à manger, faire des courses, se laver, s'habiller, gestion administrative etc.). Les difficultés vécues par les bénéficiaires dépendent de leur pathologie à la base ainsi que de la perte d'autonomie.

g) Solitude avérée des bénéficiaires

Durant nos entretiens avec les bénéficiaires, nous avons pu ressentir beaucoup de solitude de la part de ceux-ci. « *Je ne manque de rien mais je m'ennuie, c'est quelque chose quand on est toute seule* » (EB3), « *quand on est seul, c'est triste* » (EB4), « *ça fait du bien de parler à quelqu'un* » (EB7) ; « *surtout d'avoir une écoute, de rencontrer des personnes, ici je suis toute seule, je parle à mes chats* ». (EB1)

h) Difficultés financières des bénéficiaires

Outre les difficultés liées à l'AVJ, les bénéficiaires sont également confrontés à des **difficultés financières** d'après les coordinatrices. « *Je ne peux pas avoir d'aide car financièrement c'est difficile ou je n'ai pas une pension assez élevée que pour pouvoir payer un maximum d'aide* ». (E3)

Un aidant proche d'un bénéficiaire interrogé nous a indiqué que sa belle-mère ne pouvait pas se permettre de s'offrir des services pour lutter contre l'ennui comme par exemple des centres d'accueil de jour « *c'est trop cher pour elle, elle a une pension de 1200 euros, on est sur la liste d'attente pour une place en maison de repos* ». (EB3)

5. Thème : Les améliorations

a) **Davantage de moyens dans les services**

Ce thème fait référence aux améliorations soumises par les deux échantillons par rapport aux difficultés décrites précédemment. De prime abord, elles réclament davantage **de moyens dans les services** pour les personnes tant au niveau des soins et des aides à domicile (augmentation du contingent d'aide familiale, des gardes à domicile) que dans la mobilité (transport pour les bénéficiaires) et mentionnent qu'il faut davantage investir dans les zones rurales.

b) **Flexibilité des horaires**

Les bénéficiaires et les coordinatrices demandent également une plus grande **flexibilité** notamment au niveau des heures inconfortables (soirée, week-end) des services d'aide aux familles.

c) **Révision du barème**

Elles soulèvent à l'unanimité l'inadaptation du barème mis en place depuis trop longtemps. Une **révision du barème** est plus que nécessaire pour que les services soient plus accessibles financièrement pour les personnes *« il faut que le barème soit quand même adapté, parce qu'une personne qui a une pension au-dessus de 1300 euros, c'est presque la pension minimum à tout le monde, mais tu es déjà à 7,80 ; 8,20 tout compris euros de l'heure, c'est beaucoup »*. (E2)

d) **Renforcement du soutien aux aidants proches**

De plus, un renforcement notamment au niveau **du soutien aux aidants proches** serait une piste d'amélioration pour les aider dans leur quotidien et celui des personnes aidées : *« c'est un peu le problème aujourd'hui, ce sont des gens qui passent des heures et ça leur pèsent très fort, il n'y a aucun soutien, renforcer ce soutien en offrant du soutien psychologique, des petites formations, ce qui permettrait aux personnes âgées de pouvoir être plus autonomes parce qu'ils ont l'aide de leurs proches, et que leurs proches soient soutenus et qu'ils ne se sentent pas complètement isolés »*. (E8)

e) Mise à disposition des tablettes

Au niveau de l'amélioration des moyens du service de coordination, une coordinatrice a proposé d'avoir à **disposition des tablettes** afin de faciliter les échanges entre les prestataires « *Comme on est dans l'ère de la technologie et qu'on est dans l'ère de la rapidité aussi, c'est vrai que ça pourrait nous aider dès qu'on est chez la personne, on peut envoyer des mails à nos collègues ou à d'autres institutions comme on collabore beaucoup* ». (E2)

6. Thème : Autonomie et dépendance

A la question posée aux coordinatrices sur leur définition de l'autonomie et de la dépendance, nous avons relevé qu'il n'y avait pas une définition unique mais que ces termes suscitaient des définitions différentes et une approche souvent propre à chaque coordinatrice.

a) Décision

Une coordinatrice renvoie le thème autonomie à la capacité décisionnelle de la personne « *L'autonomie c'est de pouvoir encore décider de ce qu'elle peut faire et pas faire sans toujours dépendre de Pierre, Paul, Jacques, et de leur famille etc* ». (E1)

b) Besoin d'une tierce personne

Des coordinatrices définissent la perte d'autonomie et d'indépendance comme le besoin d'une tierce personne pour effectuer les actes de la vie quotidienne. « *Une personne autonome est une personne qui n'a besoin de personne, elle sait tout faire, les choses de la vie quotidienne, une personne dépendante c'est quelqu'un qui a besoin d'aide pour sa toilette, pour les repas* » (E6) « *Quelqu'un qui est en perte d'autonomie c'est quelqu'un qui ne sait plus faire les actes de la vie quotidienne seul quoi* ». (E4)

« *Et la dépendance, être dépendant des autres ou être dépendant de la famille* » (E2)

c) Lien

Des coordinatrices ont également exprimé que les deux termes sont liés « *La dépendance, c'est quand la perte d'autonomie aussi commence, l'un induit l'autre en fait, puisqu'on doit faire appel à une tierce personne pour aider dans certaines tâches* ». (E3)

« *Tout le monde a son autonomie dans sa dépendance moi je dirais. Il n'y a pas une personne autonome et une personne dépendante* ». (E7)

d) Non lié à l'état physique

Une coordinatrice a ajouté que l'autonomie et la dépendance n'est pas toujours purement lié à l'état de santé physique de la personne « *ce n'est pas parce qu'une personne est en tribune ou en chaise roulante, qu'elle est plus dépendante qu'une personne qui marche toute seule* ». (E5)

e) Préférence

Une coordinatrice a exprimé sa préférence pour le terme d'autonomie plutôt que le terme dépendance « *On préfère clairement le terme d'autonomie par rapport au terme de dépendance ; dire qu'il est dépendant ça renvoie à des visions négatives de la vieillesse* ». (E8)

VI. Discussion

Dans cette partie, nous allons tout d'abord présenter les résultats qui nous ont le plus interpellés. Dans un deuxième temps, nous allons comparer les réponses obtenues lors des différents entretiens menés avec notre cadre théorique développé au début de notre mémoire (cadre contextuel et conceptuel). Ensuite, les forces ainsi que les faiblesses de notre méthode seront détaillées. Pour conclure, les limites soulevées de notre recherche et les perspectives d'actions seront développées.

A. Interprétation des résultats

Les réponses récoltées auprès des coordinatrices des CCSAD et des bénéficiaires nous ont permis de découvrir leurs perceptions, leurs réactions mais également de recevoir de nombreux éléments de réponse à notre question de recherche.

1. Zone d'incertitude

Nous avons été fortement interpellées par les perceptions négatives relevées par les coordinatrices à l'égard de la future instauration de l'assurance autonomie lors des entretiens. D'autant plus que les perceptions exprimées étaient communes et partagées par l'ensemble des coordinatrices. Elles sont sceptiques, dubitatives, craintives, inquiètes par rapport à la mise en place de l'assurance autonomie. Tous ces sentiments découlent notamment de l'incertitude, du flou qu'elles vivent. En effet, comme décrit précédemment dans les résultats, le report de l'instauration de l'assurance autonomie, le manque d'informations concrètes ainsi que l'absence d'un texte législatif de l'assurance autonomie sont probablement à l'origine de ces craintes. Ces éléments ont renforcé le sentiment de méfiance, elles percevaient davantage d'inconvénients, de menaces que d'opportunités quant à la mise en place de l'assurance autonomie.

Nous avons pu relever deux principales craintes exprimées par les coordinatrices que nous avons identifiées comme les plus préoccupantes. La première était qu'elles sont craintives par rapport au renforcement du secteur du SAFA annoncé. Elles se demandent jusqu'à quel point cela va être renforcé et quels moyens les autorités vont déployer. Leurs inquiétudes peuvent être expliquées par le fait qu'elles sont déjà confrontées à l'heure actuelle à un manque ou à un engorgement de services par rapport à la demande. Elles sont souvent amenées à dire aux

bénéficiaires qu'ils doivent attendre ou qu'ils doivent se tourner vers un autre service car il n'y a plus de places. S'il n'y a pas un renforcement du secteur suffisant par rapport aux demandes, elles ne voient aucun avantage, aucun intérêt à instaurer l'assurance autonomie. Elles ont justement la crainte que les personnes se tournent vers la concurrence déloyale (les services non agréés, commerciaux ou encore le travail au noir), ce qui existe déjà à l'heure actuelle.

La seconde incertitude soulignée concerne le renforcement du secteur du service de coordination. Les coordinatrices ont peur d'être surchargées de travail au lancement de l'assurance autonomie. Ces dernières se posent les questions suivantes : combien d'effectifs ont-ils prévu d'engager ? Quand des futurs coordinateurs seront-ils engagés ? Des secrétaires supplémentaires sont-elles prévues ? En effet, les secrétaires sont considérées par les coordinatrices comme un soutien non-négligeable et essentiel. Des questions d'ordre plus pratique : l'espace de travail sera-t-il suffisant avec le futur nombre de coordinateurs et secrétaires engagés ? Des déménagements ou des nouvelles localisations seront-ils envisagés ?

Un autre point également important à relever est la difficulté pour les personnes âgées d'accepter leur perte d'autonomie et d'indépendance et surtout d'accepter de l'aide extérieure. Cette assurance autonomie facilitera-t-elle ou compliquera-t-elle cette acceptation de l'aide en sachant que le quota d'heures aura un caractère d'imposition plutôt que de proposition.

Nous avons pu constater qu'à la question posée « quel est votre public-cible (bénéficiaire-type) ? », elles ont répondu majoritairement les personnes âgées. Cette réponse est en lien avec notre théorie qui nous mentionne dans le rapport Wallonie Santé que 70 % des utilisateurs âgés de 60 et plus ont bénéficié des services d'aide aux familles et aux aînés. Cependant, il ne faut pas oublier les SAFA qui aident également les familles comme son acronyme l'indique ces dernières vivent particulièrement des situations sociales (famille monoparentale, des mamans dépassées, des prisonniers...) qui ont besoin surtout d'un soutien dit « social » par exemple pour le ménage, ou pour les courses. Ces situations sociales ne rentrent pas forcément dans une entrée en dépendance réelle mais plutôt dans une dépendance sociale. Que va-t-on proposer pour ces personnes ? Seront-elles exclues des SAFA ?

De nouvelles questions ont surgi notamment au niveau du fonctionnement du trajet de la demande et plus particulièrement pour les demandes urgentes comme par exemple une personne qui doit sortir de l'hôpital et qui a besoin de services à domicile dans un délai assez court, comment seront traitées les demandes urgentes ?

Enfin, une bénéficiaire interrogée a exprimé son incertitude, sa crainte par rapport à son APA, cette dernière va-t-elle toujours être maintenue et le montant sera-t-il toujours le même avec l'instauration de l'assurance autonomie ?

2. Tension entre les rôles : rôle clinique versus rôle administratif

- Pour les coordinatrices :

Une interrogation fortement ressentie durant les entretiens est celle d'exercer cette nouvelle mission d'évaluation plus particulièrement, d'avoir une autre casquette que celle de l'accompagnement. Elles ont peur d'être un agent de contrôle et que les personnes ne les voient que par cette dernière casquette. Aucune d'entre elles ne veut être associée aux résultats obtenus du BelRAI Screener, elles réclament que l'annonce du résultat soit réalisée par un autre acteur comme par exemple la mutualité. Elles craignent que les personnes reviennent vers elles en réclamant leurs aides et que « grâce ou à cause d'elles » les personnes ne bénéficient pas d'aide et elles ne veulent pas porter ce sentiment de culpabilité. Elles veulent préserver leur position de neutralité et leur relation de confiance envers les bénéficiaires et leur famille.

- Pour les bénéficiaires :

Les bénéficiaires interrogés sont favorables à l'instauration de l'assurance autonomie, leurs perceptions sont plutôt positives. Ils perçoivent cette future assurance autonomie comme une avancée. Ils trouvent également que cette dernière pourra aider de nombreuses personnes notamment celles qui ont des difficultés financières. Certains regrettent qu'il n'y ait pas d'autres services inclus dans cette assurance comme par exemple le transport et les repas à domicile. Quant aux deux aidants informels interrogés, ils voient la mise en place sous un autre regard. Ils ont comme les coordinatrices une réaction de scepticisme, ils ont peur d'être déçus par la suite.

Nous pouvons également nous poser la question suivante : l'assurance autonomie répond-elle à tous les besoins réels vécus par les personnes âgées ? Durant nos entretiens réalisés avec les bénéficiaires, nous avons remarqué que le sentiment de solitude a été exprimé une multitude de fois. Les bénéficiaires demandent à rencontrer des personnes, de pouvoir parler à quelqu'un.

3. Manque de formation du BelRAI Screener

Pour rappel, 5 coordinatrices ont participé au projet pilote et ont donc pu tester l'outil BelRAI Screener sur le terrain. Il est à souligner également que les coordinatrices pouvaient interroger les bénéficiaires de leur choix. Lors de la présentation des résultats, nous avons été interpellées par leurs perceptions par rapport au BelRAI Screener. Elles critiquent la subjectivité de l'outil et jugent qu'il n'est pas adapté aux situations rencontrées sur le terrain, alors que ce dernier est un outil reconnu internationalement et validé scientifiquement. Nous nous sommes dès lors posé la question suivante : les coordinatrices ont-elles été formées de manière adéquate à cet outil ? Ces dernières ont-elles toutes suivies la même formation ? Sinon, la question de la subjectivité ne se poserait pas. En effet, un des buts premiers de la formation est d'augmenter la fiabilité inter-codeurs (inter-rater-reliability). De plus, l'absence de prise en compte des aidants proches dans cet outil a été soulignée. Il faut noter que le BelRAI Screener avait été pensé pour évaluer si la personne avait besoin d'un BelRAI complet et on en est arrivé à l'utiliser pour des motifs administratifs/financiers, ce qui fait que les professionnels estiment, à juste titre, que cette échelle est « injuste » pour les patients en pénalisant ceux qui reçoivent de l'aide de la part de leurs proches.

B. Forces et faiblesses de la méthode qualitative

La première force que nous avons relevée est le fait que grâce à une approche qualitative les personnes peuvent s'exprimer librement, donner leurs ressentis, leurs perceptions, leurs réactions « à chaud » sur notre sujet de recherche. Les réponses recueillies auprès des coordinatrices et des bénéficiaires interrogés étaient riches et pleines de sens. Nous avons également eu l'opportunité de poser des questions de relance ou encore rebondir sur des réponses interpellantes ou non comprises, ce qui n'est pas possible dans une approche quantitative.

De plus, lors des entretiens effectués avec les coordinatrices, certains se sont déroulés en présence de plusieurs coordinatrices. Cet entretien mené en groupe a eu pour avantage de permettre des interactions entre elles (entre collègues), ce que nous n'avons pas obtenu en entretien individuel. Néanmoins, l'entretien semi-directif en groupe peut comporter des inconvénients. En effet, les personnes ne peuvent pas répondre personnellement et de manière systématique à chaque question ou encore elles n'osent pas s'opposer à une collègue ; c'est l'effet de groupe. Lors des entretiens de groupe, certaines n'ont pas exprimé leurs propres avis

à chacune des questions posées ou se contentaient de dire « *je n'ai rien à ajouter* » ; « *je rejoins ma collègue* ».

Enfin, notre subjectivité est à prendre en considération dans le cadre de la recherche. Notre expérience professionnelle ainsi que notre intérêt particulier porté sur le sujet du maintien à domicile peuvent amener une part d'interprétation dans la présentation et l'analyse des résultats. Par exemple, lorsque les coordinatrices exprimaient les difficultés qu'elles rencontraient dans leur travail quotidien notamment par rapport au manque de disponibilité de services par rapport aux demandes. Cette situation nous l'avons également vécue à maintes reprises lors de notre expérience professionnelle ; devoir dire aux personnes « je n'ai plus de places, je vous mets sur une liste d'attente ou de les réorienter vers d'autres services ».

C. Limites de la recherche

Une des plus grandes limites de notre recherche a été celle du manque d'informations concrètes et l'absence d'un texte législatif, comme il s'agit d'un nouveau projet et que sa mise en place est prévue pour 2019-2020. En effet, il existe juste pour le moment une note d'intention soumise au gouvernement. Ce manque d'information a également été constaté lors de nos entretiens menés auprès de nos deux échantillons. D'une part, auprès des coordinatrices : l'incertitude et les craintes proviennent principalement du manque d'information et de formation. Nous avons relevé que les perceptions qui étaient généralement négatives étaient quelque part influencées par ce manque cruel d'information. En effet, les menaces et les faiblesses du nouveau dispositif écrasaient davantage les avantages de ce dernier.

D'autre part, du côté des bénéficiaires et de leurs aidants informels, ce manque d'information a également eu une influence. En effet, seulement deux bénéficiaires avaient entendu parler du projet d'assurance autonomie notamment à la télévision, les autres n'étaient pas informés de ce dernier.

Il aurait été intéressant et pertinent d'interroger ces deux échantillons après la publication d'un texte législatif et après que l'ensemble de la population ait été plus informé de cette future instauration de l'assurance autonomie.

Une autre limite à prendre en considération est que la sélection des bénéficiaires à interroger a été fournie par les coordinatrices. En effet, les bénéficiaires rencontrés étaient généralement

satisfaits des services d'aide et de soins à domicile et n'avaient globalement pas de difficultés financières en particulier (sauf pour une bénéficiaire).

D. Recommandations pour la pratique

La communication ainsi que la diffusion d'informations quant aux principes de l'assurance autonomie (le fonctionnement, les critères d'accessibilité, leurs rôles, le circuit de la demande du futur bénéficiaire etc.) doivent être réalisées par les responsables politiques et les responsables de coordination des différentes fédérations en tenant compte des nombreuses craintes et incertitudes vécues par les coordinatrices. Les coordinatrices devront connaître exactement et concrètement ce qui est attendu d'elles et non pas seulement avoir un aperçu de leur future mission d'évaluation et les laisser dans le flou ce qu'elles vivent aujourd'hui. Leur futur rôle est loin d'être minime ! Elles sont quand même une des grandes parties prenantes de cette assurance autonomie, nous jugeons normal et essentiel qu'elles soient informées des principes liés à l'instauration de l'assurance autonomie.

Par ailleurs, cette future mission d'évaluation est non seulement nouvelle mais dépasse aussi le simple rôle d'évaluer une personne via l'échelle BelRAI Screener. Leur rôle va clairement changer et va aller au-delà du simple fait d'utiliser le BelRAI Screener. Elles vont avoir un rôle de contrôleuse, d'intrusion également (rentrer dans l'intimité de la personne) qu'elles n'avaient pas auparavant. Il nous semble plus que primordial de former tout le secteur de coordination au plus vite à l'outil BelRAI Screener ainsi que les futurs engagés dans les services de coordination. En effet, les coordinatrices devront être formées à l'utilisation de l'échelle mais aussi aux différents cas de figures qu'elles peuvent rencontrer sur le terrain. Il s'agit de réaliser des jeux de rôles, des mises en situation comme par exemple comment faire face à l'agressivité des personnes.

Les responsables d'équipe de coordination, les référentes de coordination des fédérations ont un rôle crucial à jouer dans ces recommandations. Elles sont considérées comme les porte-paroles des coordinatrices. Il ne faut pas oublier que tout ce qui est nouveau fait peur donc il est essentiel de pouvoir accompagner les coordinatrices à ce changement. Il s'agit de les écouter et de prendre en considération leur résistance au changement.

Les responsables et les référentes de coordination ont également pour rôle de défendre les coordinatrices, de remonter leurs difficultés et les incertitudes vécues ; de réfléchir et de trouver des pistes d'amélioration et de les soumettre au gouvernement. Dans l'élaboration du nouveau

décret de coordination, il est important de préserver les missions premières des coordinatrices celle de venir en aide et qu'elles soient toujours mises avant, que cette nouvelle mission soit comme complémentaire, s'intègre au mieux dans leurs missions et à leurs valeurs et non être ressentie comme une casquette de contrôle dans le nouveau décret de coordination.

Des supervisions individuelles et de groupe, à fréquence régulière, devront être organisées afin de pouvoir soutenir les coordinatrices dans le cadre de leur nouvelle mission.

De plus, une campagne d'information de la part des autorités mais également des mutuelles est perçue comme nécessaire et capitale pour informer prochainement l'ensemble de la population wallonne au sujet de l'assurance autonomie. Il faut être attentif à ce que les informations soient faciles à comprendre surtout pour les personnes âgées et que le processus de la demande ne soit pas trop complexe pour ces dernières.

Au niveau du secteur des centres de coordination des services d'aide et de soins à domicile, le gouvernement devra augmenter les effectifs de manière suffisante. D'une part, pour éviter une surcharge de travail aux coordinatrices et permettre ainsi de pouvoir continuer à réaliser leurs tâches quotidiennes relatives à la coordination. D'autre part, cet engagement suffisant permettra d'éviter les retards d'évaluation des demandes rencontrées au début de l'instauration de l'assurance dépendance luxembourgeoise.

Un autre enjeu soulevé est de renforcer les services d'aide et de soins à domicile en vue de l'instauration de l'assurance autonomie mais également en tenant compte du vieillissement démographique à venir. Pour rappel, selon les projections réalisées, le pourcentage de personnes âgées de plus de 65 ans et notamment des plus de 80 ans augmentera de façon spectaculaire en 2061 en Wallonie. Tout en sachant que cette population âgée a plus de risque de rencontrer des pertes d'autonomie et d'indépendance liées à son âge. Le renforcement du secteur SAFA permettra également de limiter le travail au noir. De plus, il est à souligner que la majorité des bénéficiaires sont des personnes âgées mais il ne faut pas négliger la prise en considération des autres bénéficiaires qui ont une dépendance dite sociale. Cette catégorie sociale devra être intégrée dans les modifications du projet que le gouvernement examine.

Les bénéficiaires et les coordinatrices demandent une flexibilité des services et également au niveau des heures inconfortables (soirée, nuit). Une révision du barème et une réévaluation du contingent des aides familiales semblent primordiales et indispensables aux yeux des coordinatrices.

Par ailleurs, comme nous l'avons constaté dans la littérature, le gouvernement devra développer également les structures résidentielles ainsi qu'alternatives (centres de soins de jour, centre d'accueil de jour).

Nous avons pu également remarquer que les termes « autonomie et dépendance » étaient définis de manière différente par les coordinatrices. Dans le cadre de l'assurance autonomie wallonne, c'est le terme « d'entrée en dépendance » qui a été sélectionné, que veut dire l'entrée en dépendance ? Quels sont les facteurs, les signes d'une entrée en dépendance ? Toutes les personnes âgées sont-elles concernées ? Une personne qui a besoin d'un soutien pour le ménage est-elle entrée en dépendance ? Il nous semble primordial que le gouvernement donne une définition claire, complète de « *l'entrée en dépendance* » comme les deux systèmes flamand et luxembourgeois l'ont réalisée.

Enfin, il ne faut pas oublier les acteurs incontournables du maintien à domicile : les aidants proches. Il est important de les prendre en considération et de les intégrer dans le cadre de l'assurance autonomie.

VII. Conclusion

Le vieillissement démographique de la population wallonne va entraîner considérablement une augmentation de l'aide à l'autonomie et à l'indépendance des personnes âgées dans les prochaines années à venir. La création d'une assurance autonomie en Wallonie est une opportunité pour répondre à ce défi majeur. Cette assurance autonomie permettra de reconnaître la perte d'autonomie et d'indépendance des personnes comme un nouveau risque social. Il est primordial de renforcer les services d'aide aux familles et aux aînés afin de pouvoir répondre au souhait de vivre à domicile exprimé par la plupart des personnes âgées.

Notre étude qualitative nous a permis de mettre en lumière les perceptions de professionnels des centres de coordination ainsi que de bénéficiaires potentiels (et de leurs aidants informels) quant à la future instauration de l'assurance autonomie en Wallonie.

Il ressort de cette étude que les coordinatrices sont particulièrement dubitatives, craintives et sceptiques quant à la mise en place de l'assurance autonomie. Les sentiments exprimés par ces dernières sont notamment liés à l'absence d'un cadre législatif de l'assurance autonomie, au manque d'informations concrètes ainsi qu'au manque de formation à l'outil BelRAi Screener.

Par ailleurs, ce sentiment de méfiance a été vraisemblablement renforcé par la crainte éprouvée par les coordinatrices quant à leur nouveau rôle et par l'incertitude quant au renforcement du secteur des services d'aides aux familles et aux aînés et également du secteur de coordination. Cette réaction de méfiance a également été partagée par les deux aidants proches interrogés. Bien que ces perceptions négatives aient souvent pris le dessus sur les avantages et les opportunités, les coordinatrices ont reconnu que ce projet reste toutefois une ouverture pour le maintien à domicile ainsi que pour la reconnaissance et la valorisation de leur profession.

Quant aux bénéficiaires interrogés, leurs perceptions étaient plutôt positives. Ils considèrent cette dernière comme une avancée et une opportunité d'aider les personnes qui ont des difficultés financières. Certains proposeraient même d'y inclure d'autres services tels que le transport et les repas à domicile.

Une clarification du futur rôle des coordinatrices ainsi que la programmation de formations pour ces dernières sont considérées comme indispensables à nos yeux afin de lever les nombreuses incertitudes qu'elles vivent. Elles ont besoin de savoir concrètement quelles seront leurs missions et jusqu'où ces dernières s'étendront.

Les craintes dérivent naturellement du mode de financement de ces mesures. En effet, si le financement de ce projet n'est pas à la taille de l'enjeu, ces craintes se trouveront renforcées et se focaliseront sur les prestataires.

Les autorités politiques ont donc un rôle crucial à jouer pour la réussite de la mise en place de ce beau projet, qu'est « l'assurance autonomie ».

VIII. Bibliographie

- [1] LELEU M. *Sociologie du vieillissement*. Document non publié, 4^{ème} année de spécialisation en gériatrie et psychogériatrie, Institut Supérieur d'Enseignement Infirmier, année scolaire 2014-2015, Bruxelles.
- [2] TRIVALLE C. *Gérontologie préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique : 3^{ème} édition*. Ed.Elsevier, Juin 2016.
- [3] PLAINCHAMP C. (2014) Vers une assurance dépendance en Wallonie et à Bruxelles. *MC- Informations*, 257, pp.37-46.
- [4] SPF Sécurité sociale Direction générale Personnes handicapées APA direction générale (2016). “Aperçu des chiffres” Retrieved from <http://handicap.belgium.be/fr/contact/publications/aperçu-chiffres-2016.htm> (consultée le 15/11/2017)
- [5] ANCIAUX B. (2015) La question d’une assurance autonomie en Wallonie et à Bruxelles. IEV. Retrieved from <http://www.iev.be/getattachment/7c3dc067-4305-4362-bf32-7d7c0d808c70/La-question-d%E2%80%99une-assurance-autonomie-en-Wallonie.aspx> (consultée le 24/09/2017) (consultée le 19/09/2017)
- [6] Devriendt et al.: The interRAI Acute Care instrument incorporated in an eHealth system for standardized and web-based geriatric assessment: strengths, weaknesses, opportunities and threats in the acute hospital setting. *BMC Geriatrics* 2013 13:90.
- [7] VERMEULEN B., VAN EENOO L., VANNESTE D., DECLERCQ A. (2015) Naar een getrapt gebruik van BelRAI met de BelRAI Screener. Retrieved from https://www.kuleuven.be/lucas/nl/Publicaties/publi_upload/2015-rapport-belraiscreener-def.pdf (page consultée le 16/02/2018)
- [8] VAN DURME T. *WFSP 2210 : BelRAI approche pluridisciplinaire et interorganisationnelle dans le partage d’information*, Document non publié, Master Santé Publique UCL, année scolaire 2017-2018, Bruxelles.
- [9] Arrêté du Gouvernement Flamand introduisant le Screener de BelRAI du 13 mai 2016. Retrieved from http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/change_lg.pl?language=fr&la=F&cn=2016051323&table_name=loi (consultée le 06/11/2017)
- [10] MELARD B., *WFSP 2211 : Le réseau, les collaborations interprofessionnelles*. Document non publié, Master Santé Publique UCL, année scolaire 2017-2018, Bruxelles.
- [11] Décret relatif à l’agrément des centres de coordination des soins et de l’aide à domicile en vue de l’octroi de subventions du 30 avril 2009 Retrieved from <https://wallex.wallonie.be/PdfLoader.php?type=doc&linkpdf=14717-15294-8445> (consultée le 05/11/2017)
- [12] AUBOUY G. *WFSP 2211 : La coordination d’aide et de soins à domicile*, Document non publié, Master Santé Publique UCL, année scolaire 2017-2018, Bruxelles.
- [13] Institut Wallon de l’Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (2017). Population des 65 ans et plus. Retrieved from <https://www.iweps.be/indicateur-statistique/population-des-65-ans-et/> (consultée le 19/09/2017)

- [14] MALRIC-SMIT S. (2016) Créer une assurance autonomie pour un allongement de la vie de qualité : étude, *CEPESS*. Retrieved from <http://www.cepess.be/wp-content/uploads/2016/02/EVIA-assurance-autonomie-20160203.pdf> (consultée le 10/10/2017)
- [15] DUBOURG D. (2014) Les services pour personnes âgées en Wallonie : offre et utilisation. *Observatoire Wallonie Santé (OWS)*, n°5, Namur. Retrieved from <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/OWS%20WS%205.pdf> (consultée le 15/11/2017)
- [16] VAN DER HEYDEN J., CHARAFEDDINE R.(ed). (2013 Enquête de Santé 2013. Rapport 1 : santé et bien-être. Résumé des principaux résultats D/2014/2505/53. Retrieved from https://his.wiv-isp.be/fr/documents%20partages/summ_hs_fr_2013.pdf (consultée le 27/11/2017)
- [17] Service de Lutte contre la pauvreté, la précarité et l'exclusion sociale. « Des faits et des chiffres », Statistiques sur base de l'enquête EU-SILC 2015. Retrieved from http://www.luttepauvrete.be/chiffres_personnes_agees.htm (consultée le 25/11/2017)
- [18] Lambert, Anne-Sophie ; Cès, Sophie ; Van Durme, Thérèse ; Mello de Almeida, Johanna ; Declercq, Anja ; et. al. *Rapport de synthèse intégré de l'évaluation scientifique des projets innovants pour aider les personnes âgées fragiles à rester chez elles : Protocole 3*. (2017)
- [19] Interfédération. « Memorandum Interfédération élections européennes fédérales et régionales » (2015) Retrieved from <http://docplayer.fr/11624015-Memorandum-interfederation-elections-europeennes-federales-et-regionales.html> (consultée le 10/04/2018)
- [20] Institut Wallon de l'Evaluation, de la Prospective et de la Statistique (2017) Part de Grapa chez les 65 ans et plus. Retrieved from <https://www.iweeps.be/indicateur-statistique/part-de-grapa-chez-65-ans-plus/> (consultée le 25/11/2017)
- [21] LAASMAN J-M., MARON L., VAN DEN HEEDE A., VAN DUYNLAEGER M., VERVOORT K., VRANCKEN J., (2016) *Maison de repos : à quel prix (étude)*, Union Nationale des Mutualité Socialistes.
- [22] *Apprivoiser la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées : recommandations et pistes d'action*. Mars 2009. Fondation Roi Baudouin.
- [23] Van den Bosch K, Willemé P, Geerts J, Breda J, Peeters S, Van de Sande S, Vrijens F, Van de Voorde C, Stordeer S. Soins résidentiels pour les personnes âgées en Belgique : projections 2011 – 2025 - Synthèse. Health Services Research (HSR). Bruxelles: Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE). 2011. KCE Reports 167B. D/2011/10.273/66
- [24] Portail de la Wallonie. (2016) Assurance autonomie : solidarité nouvelle entre tous les wallons. Retrieved from <http://www.wallonie.be/fr/actualites/assurance-autonomie-solidarite-nouvelle-entre-tous-les-wallons> (consultée le 19/09/2017)
- [25] Portail de la Wallonie (2017) « Page Alda Greoli : l'assurance autonomie proposera un soutien à tout âge et quel que soit le lieu de résidence » Presse et actualités. Retrieved from <http://greoli.wallonie.be/home/presse--actualites/publications/lassurance-autonomie-proposera-un-soutien-a-tout-age-et-quel-que-soit-le-lieu-de-residence.publicationfull.html> (consultée le 05/11/2017)
- [26] UFAS. Code de déontologie belge francophone des assistants sociaux (1985) Retrieved from http://www.comitedevigilance.be/IMG/pdf/code_belge_AS.pdf (page consultée le 01/04/2018)
- [27] DE BROUWER H., VERTE D., DUMONT D., DE BLANDER R., MAHIEU C., VANDENBROUCKE A., SLAUTSKY E., DE SPIEPIEGELAERE M., & DE GREEF V.

- (2016) Vers une assurance autonomie bruxelloise : étude réalisée pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Retrieved from http://www.bruxeo.be/sites/00_algol_websites/files/c02/files/media/Etude%20BSI%202017-assurance-autonomie-cocom.pdf (consultée le 20/10/2017)
- [28] Arrêté du Gouvernement Flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande. Retrieved from http://www.etaamb.be/fr/arrete-du-gouvernement-flamand-du-14-octobre-2016_n2016036593.html (consultée le 05/12/2017)
- [29] BOUVY J., DE PALMENAER N., HANNES P., JAUNIAUX L. (2016) Réforme de l'Etat : mise en œuvre de la 6^{ème} réforme de l'Etat en matière de soins de santé : état des lieux. *MC-Information*, 266, pp.16-32.
- [30] Inspection Générale de la Sécurité Sociale (2013) Le bilan sur le fonctionnement et la viabilité financière de l'assurance dépendance. Retrieved from <http://www.statistiques.public.lu/fr/actualites/conditions-sociales/sante-secu/2013/05/20130524/assurancedependance2013.pdf> (consultée le 15/12/2017)
- [31] Décret relatif à la protection sociale flamande du 24 juin 2016 publié le 6 septembre 2016 Retrieved from http://www.etaamb.be/fr/decret-du-24-juin-2016_n2016036210.html (consultée le 05/12/2017)
- [32] Loi du 29 août 2017 portant modification du Code de la Sécurité sociale. Retrieved from <http://legilux.public.lu/eli/etat/leg/loi/2017/08/29/a778/jo> (consultée le 20/12/2017)
- [33] Ministère de la sécurité sociale. *Présentation de la réforme de l'assurance dépendance : dossier de presse*, conférence de presse du 6 juillet 2016. Retrieved from http://www.mss.public.lu/actualites/2016/07/art_ass_dep/comm_201607_dossier_presse.pdf (consultée le 20/12/2017)
- [34] KARAKAYA G. (2010) L'assurance dépendance en Belgique, *Revue Belge de Sécurité Sociale*, pp.35-58.
- [35] Ministère de la sécurité sociale (2017) Rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché du Luxembourg (Novembre 2017) Retrieved from http://www.mss.public.lu/publications/rapport_general/rg2017/rg_2017.pdf (consultée le 20/12/2017)
- [36] Vlaams Zorgfonds, Jaarverslag 2016 (rapport annuel) Retrieved from <https://www.zorg-en-gezondheid.be/sites/default/files/atoms/files/Jaarverslag%20Vlaams%20Zorgfonds%20-%202016.pdf> (consultée le 20/12/2017)
- [37] VANCORENLAND S. (2011). 10 ans d'assurance dépendance : Les personnes reconnues par l'assurance dépendance flamande : qui sont-elles et sont-elles toutes atteintes ? *MC-Information*, 246, pp.9-21.
- [38] AUJOULAT I., WFSP2106- Introduction aux méthodes qualitatives en santé publique : séance 5 : Constituer un échantillon qualitatif. Document non publié, Université Catholique de Louvain, année scolaire 2016-2017, Woluwe-Saint-Lambert.
- [39] LEONARD C. (2002) Assurance dépendance : couvrir les besoins d'une population vieillissante, *Démocratie*, pp.1-6.
- [40] Site de la protection sociale flamande. (2017) Retrieved from <http://www.vlaamsesocialebescherming.be/fr/intervention-assurance-soins-flamande-vlaamse-zorgverzekering> (consultée le 05/12/2017)

[41] Ministère de la sécurité sociale (2009) Cellule d'évaluation et d'orientation de l'assurance dépendance. *L'assurance dépendance : guide pratique*. Retrieved from <http://www.fal.lu/files/53653.pdf> (consultée le 15/12/2017)

IX. Annexe

Annexe 1

I. Flandre

L'assurance dépendance flamande connue sous le nom « Vlaamse Zorgverzekering » a été mise en place le 1^{er} octobre 2001 (décret du 30 mars 1999). Depuis son introduction, elle a évolué progressivement, plusieurs décrets et arrêtés gouvernementaux ont vu le jour, des changements, des ajustements ont été réalisés notamment au niveau de l'affiliation, des critères d'accès, du montant de la cotisation et de l'allocation forfaitaire. De plus, le décret de 1999 a dû subir de nombreuses modifications afin d'être conforme avec le droit européen de la libre circulation des personnes. [20] Les politiques flamandes ont développé leur propre protection sociale flamande nommée « Vlaamse Sociale Bescherming » établi par le dernier décret du 24 juin 2016. Elle est constituée de trois piliers, ceux-ci sont la zorgverzekering, le Budget d'Assistance de Base (BAB) et l'APA. La protection sociale flamande va s'élargir dans les prochaines années avec l'intégration d'autres compétences transférées dans le cadre de la sixième réforme de l'Etat tels que les soins résidentiels pour personnes âgées, les aides à la mobilité, etc. [21]

Définition de la dépendance

La législation flamande n'emploie pas le terme de dépendance mais « *d'autonomie réduite* ». Cette dernière est définie par le décret du 24 juin 2016 dans l'article 2, point 12° autonomie réduite comme étant « *la limitation des possibilités d'autosoins. Par autosoins, on entend les décisions et actions entreprises par une personne physique dans la vie quotidienne afin de répondre à ses besoins de base, et les activités correspondantes. Ces activités concernent principalement l'exécution d'activités ménagères, le développement de contacts sociaux et la possibilité de s'épanouir et de s'orienter dans le temps et l'espace* » ; [22]

Qui a droit à la zorgverzekering ?

Les personnes doivent répondre à trois critères afin d'accéder à l'allocation : [22, art.28, 4°]

1. Le premier critère est que la personne doit présenter une réduction de son autonomie (gravité et longue durée)

2. La personne doit « *avoir habité de façon ininterrompue en Flandre ou à Bruxelles durant les 5 dernières années ou être assujetti durant 5 années à la sécurité sociale dans un des états faisant partie de l'Espace Economique Européen* » [22, art.28, 4°]
3. La personne doit être affiliée et avoir cotisé à une caisse d'assurance soins de son choix.

La protection sociale flamande a pour caractéristique d'être obligatoire pour tous les habitants âgés de plus de 25 ans en Région Flamande et d'être facultative pour les résidents de la Région de Bruxelles-Capitale. Les habitants de ces deux Régions doivent s'affilier auprès d'une caisse d'assurance de soins nommée « Zorgkas » de leur choix afin de pouvoir accéder aux prestations offertes par la protection sociale flamande en cas de situation de dépendance. Cependant, si cette affiliation n'est pas effectuée particulièrement par les résidents flamands, ils se voient automatiquement affiliés à la « Vlaamse Zorgkas » qui a été créée par le « Vlaams Zorgfonds ». De plus, selon le Règlement CE 833/04, les personnes qui travaillent en Flandre ou à Bruxelles mais résidentes en Wallonie ou dans un autre Etat membre de l'Union Européenne peuvent également souscrire à l'assurance dépendance flamande. [22]

Selon le rapport annuel du « Vlaams Zorgfonds » de 2016, le nombre total d'affiliés à l'assurance dépendance s'élevait à 4.682.636 dont 4.639.805 résidents en Flandre et 42.831 résidents à Bruxelles.

Evaluation de la dépendance

Toute personne âgée de 25 ans et plus affiliée à la protection sociale flamande doit remplir un formulaire de demande d'intervention et l'adresser avec les attestations et les résultats nécessaires, tels que précisés selon l'article 87 de l'Arrêté du Gouvernement Flamand du 14 octobre 2016 portant exécution du décret du 24 juin 2016 relatif à la protection sociale flamande, auprès de sa mutualité.

Il est à noter que les personnes âgées de moins de 25 ans peuvent néanmoins introduire une demande.

Instrument de mesure

Les échelles d'évaluation suivantes sont utilisées dans le cadre de la « zorgverzekering » afin de mesurer la gravité et la durée de l'autonomie réduite d'une personne vivant à domicile : [23]

- ✓ L'échelle de Katz pour les soins à domicile (forfait B) ; pour un service d'accueil ou de soins de jour ou encore un centre de court séjour (forfait C) ;

- ✓ L'échelle profil BEL pour les aides à domicile (un score de 35 points minimum est requis) ;
- ✓ L'échelle médico-sociale pour l'octroi de l'APA ou des allocations familiales (un score de 15 points ou de 18 points pour des allocations familiales supplémentaires minimum est requis) ;
- ✓ L'échelle BelRAI Screener (un score de 13 points ou de 6 points au total dans les deux modules IADL et ADL¹ minimum est requis).

Cependant, il est prévu au 1^{er} janvier 2019 d'abandonner le Katz et le BEL pour ne retenir que le BelRAI screener.

Pour les personnes séjournant dans une institution (MR, MRS, MSP), la demande d'intervention pour la zorgverzekering s'effectue sur base d'une attestation de résidence de l'institution.

La mutualité a pour rôle d'examiner le dossier envoyé par la personne. Si l'évaluation est positive, les premières allocations sont attribuées après trois mois.

Prestations

Les personnes dépendantes qui vivent à leur domicile ou dans une structure assimilée au domicile dont l'aide est apportée soit par l'aidant proche ou par des professionnels des services d'aide et de soins à domicile peuvent bénéficier de l'intervention forfaitaire.

Les personnes séjournant dans une structure résidentielle à savoir dans une Maison de Repos (MR), Maison de Repos et de Soins (MRS), Maison de Soins Psychiatriques (MSP) située à Bruxelles ou en Flandre peuvent également toucher l'allocation mensuelle à condition que l'institution soit agréée.

Les mutualités versent mensuellement l'allocation allouée aux bénéficiaires par virement. La dépense de cette prestation en espèces ne doit pas être justifiée, les bénéficiaires sont libres d'utiliser le montant attribué comme ils le souhaitent (soit régler les prestations des services d'aides et de soins à domicile, ou soit indemniser les aidants proches ou soit pour régler en partie les factures d'hébergement ou autres)

Au début de l'instauration de la zorgverzekering, le montant des allocations mensuelles variaient entre 75 € et 160 € en fonction des soins fournis soit par la famille, par les services professionnels ou par les institutions résidentielles. [24]

¹Instrumental Activities of Daily Living (IADL) et Activities of Daily Living (ADL)

Actuellement, l'intervention forfaitaire mensuelle est fixée à 130 euros (depuis 2009) que la personne vit à domicile ou en résidence (MR, MRS, MSP).

Contrôle

Les personnes vivant à domicile bénéficiaires de l'intervention forfaitaire pour les aides et les soins à domicile (réalisés par des professionnels ou par l'aidant proche) peuvent faire l'objet d'un contrôle par la société « Mediwe vzw ». Ce contrôle s'effectue au domicile des personnes sélectionnées suite à un échantillonnage sur base de l'échelle du profil BEL et après préavis aux personnes concernées. Les résultats de l'évaluation effectuée par le membre de l'organe de contrôle seront communiqués à la mutualité de la personne. Il reviendra à la mutualité de décider soit de la continuation ou de la cessation du versement de l'intervention forfaitaire. [25]

Evolution du nombre de bénéficiaires

Avant l'instauration de la « zorgverzekering », le nombre de personnes dépendantes vivant à domicile en Flandre était évalué à 54.000. Alors qu'en réalité, 115.000 personnes ont été reconnues dépendantes et ont bénéficié d'une indemnité forfaitaire en 2002. [26]

Au fil des années, le public cible de la « zorgverzekering » s'est élargi et le nombre de bénéficiaires a évolué au fil des années. Nous pouvons constater une hausse de 60 % de 2005 (158.582 bénéficiaires) à 2016 (253.814 bénéficiaires).

En effet, cette augmentation s'explique d'une part, par les modifications des critères d'accès à l'assurance pour les personnes séjournant dans un établissement (MR, MRS, MSP) et d'autre part, par le vieillissement de la population.

Avant 2003, les personnes résidentes en établissement pouvaient avoir droit à l'indemnité forfaitaire à condition de bénéficier d'un forfait C. Ensuite, l'assurance dépendance a été élargie aux personnes ayant un forfait B en 2003 pour enfin l'année suivante, retirer tout critère de catégorie de forfait. Depuis, toute personne séjournant dans une institution indépendamment de son profil de dépendance peut accéder à l'assurance dépendance, elles doivent juste fournir une attestation de résidence. [27]

Selon le rapport annuel du « Vlaams Zorgfonds » de 2016, 253.814 personnes ont bénéficié de l'allocation forfaitaire : 4.125 bénéficiaires bruxellois (plus au moins 1/10 des affiliés bruxellois) et 249.689 bénéficiaires flamands (plus au moins 1/18 des affiliés flamands).

Au niveau du lieu de vie, la majorité des bénéficiaires vivent à domicile (175.502), environ deux bénéficiaires sur trois contre 78.312 vivaient en résidence.

Au niveau de l'âge, 141.979 bénéficiaires ont plus de 80 ans et dans la catégorie d'âge 65-100 ans : 203.555 ont été enregistrés représentant 4/5 de la totalité des bénéficiaires. [28]

Financement

Les cotisations annuelles des affiliés, la dotation allouée pour la zorgverzekering par le gouvernement flamand et les revenus des investissements sont les trois sources de financement de l'assurance dépendance flamande. [28]

Comme nous avons l'avons vu précédemment, la sous-estimation de la population dépendante existante ainsi que le changement du critère d'accessibilité pour les personnes séjournant en établissement a entraîné une augmentation importante des dépenses estimées par la communauté flamande lors de l'introduction de l'assurance dépendance. Pour faire face à ces dépenses imprévues, le gouvernement flamand a dû réaliser des ajustements tant au niveau du montant de la cotisation qu'au niveau de l'allocation forfaitaire comme déjà expliqué précédemment dans le point prestations.

Ainsi par exemple, le montant annuel de la cotisation qui était initialement en 2001 de 10 euros pour chaque membre âgé de plus de 25 ans, s'élève en janvier 2018 à 51 euros et à 26 euros pour les BIM à condition qu'ils aient eu droit à l'intervention majorée au 1^{er} janvier de l'année précédente. Le montant de la cotisation est indexé annuellement en fonction de l'évolution du taux de l'indice santé.

D'un point de vue pratique, des règles relatives au paiement des cotisations ont été instaurées. Le non-respect de ces règles expose l'affilié à des sanctions définies dans la loi pouvant aller à une suspension du droit aux allocations, à une amende administrative et jusqu'à une radiation de l'affiliation pour les bruxellois.

Par ailleurs, suite au système d'affiliation volontaire pour les habitants bruxellois, le gouvernement flamand a mis en place une période d'attente afin d'assurer la viabilité de l'assurance, du fait qu'il ne peut pas présager si les personnes qui souscrivent au système seront dépendantes ou non. Si ces dernières ne se sont pas affiliées à l'âge de 25 ans, un stage d'attente de 5 ans leur est imposé avant d'avoir la possibilité d'effectuer une première demande d'intervention à leur mutualité.

II. Luxembourg

L'assurance dépendance luxembourgeoise est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 1999. Elle constitue la cinquième branche obligatoire de la sécurité sociale au Grand-Duché du Luxembourg. Cette loi du 19 juin 1998 introduisant l'assurance dépendance n'a subi que deux modifications (23 décembre 2005, dispositions entrées en vigueur 1^{er} janvier 2007 et du 29 août 2017 dispositions entrées en vigueur le 1^{er} janvier 2018). Les réformes de 2007 et de 2018 avaient pour but de compléter des points manquants et ainsi renforcer le dispositif de l'assurance dépendance. Il est à noter que les fondements principaux de la loi de l'assurance dépendance n'ont pas été modifiés depuis son instauration.

Ce système diffère de celui de la Flandre :

Définition de la dépendance

La dépendance est définie comme « *l'état d'une personne qui par suite **d'une maladie physique, mentale ou psychique** ou d'une déficience de même nature a **un besoin important et régulier d'assistance d'une tierce personne** pour **les actes essentiels de la vie*** ». [29, art 348]

Les actes essentiels de la vie relèvent de cinq domaines :

- 1) L'hygiène corporelle
- 2) La nutrition
- 3) La mobilité
- 4) L'élimination
- 5) L'habillement

Qui a droit à l'assurance dépendance ?

Toute personne affiliée ou co-affiliée (membres de la famille) à une caisse de maladie luxembourgeoise, reconnue comme dépendante, quel que soit son revenu et son âge peut bénéficier de l'assurance dépendance au Luxembourg. Cette dernière n'est pas limitée aux personnes résidentes au Luxembourg, les travailleurs frontaliers peuvent également y avoir droit.

Les prestations de l'assurance dépendance peuvent être offertes au domicile du bénéficiaire ou dans un établissement d'aide et de soins pour personnes âgées ou handicapées.

Pour pouvoir bénéficier de l'assurance dépendance luxembourgeoise, la personne assurée doit satisfaire aux critères suivants définis dans la loi : [29]

- Cause médicale : comme repris dans la définition de la dépendance précédemment ; suite à une maladie ou à une déficience physique et psychique, la personne nécessite de

l'aide d'une tierce personne pour accomplir les Actes Essentiels de la Vie (AEV) tels que repris dans l'article 348.

- Intensité de l'aide : La personne doit avoir besoin d'une aide minimale hebdomadaire de 3h30 équivalent à 210 minutes (seuil d'entrée) ;
- Durée de la dépendance : L'état de dépendance de la personne doit être irréversible ou soit installé depuis une durée de six mois au moins. Donc, l'assurance dépendance ne vise pas la dépendance temporaire.

Néanmoins, quelques dispositions particulières ont été ajoutées lors de la modification de la loi en 2005. Trois types de personnes ayant des pathologies particulières ont été introduites dans le guide d'utilisation à savoir : « *les personnes atteintes de cécité complète ; les personnes ayant des difficultés à communiquer en raison de graves problèmes d'audition, de dysarthrie et les personnes ayant subi une laryngectomie ; et les personnes atteintes de spina bifida* ». [30, p.11] Celles-ci peuvent ainsi accéder à l'assurance dépendance sans répondre nécessairement aux conditions d'accès précisées antérieurement.

De plus, certaines dérogations sont possibles notamment pour les personnes nécessitant des soins palliatifs. Ces dernières accèdent automatiquement à l'assurance dépendance. Des aides techniques et des adaptations du logement peuvent également être octroyées sans prendre en considération le seuil de 3h30 défini dans la loi.

Evaluation de la dépendance

La personne doit introduire le formulaire de demande conçu à cet effet à la Caisse Nationale de Santé (CNS) accompagné d'un rapport médical du médecin traitant. Le dossier est alors transmis à la AEC (Autorité d'Evaluation et de Contrôle) suite à la réforme de la loi de 2017, anciennement appelée CEO (Cellule d'Evaluation et d'Orientation). Cette administration a pour particularité d'être indépendante et est composée d'une équipe multidisciplinaire (assistant social, médecin, infirmier, ergothérapeute, psychologue, kinésithérapeute...).

Un membre de l'AEC va examiner la demande et évaluer l'état de dépendance de la personne ainsi que ses besoins. L'évaluation se déroule généralement au lieu de vie où réside la personne. Un plan d'intervention personnalisé sera ensuite élaboré reprenant les aides et les soins requis pour le bénéficiaire.

Il est à savoir au début de l'instauration de l'assurance dépendance, des retards ont été rencontrés notamment dans les évaluations des demandes. En effet, le délai d'attente pour obtenir la notification des décisions était en moyenne de 13,3 mois. Face ce constat, le personnel de la CEO a dû revoir, réorganiser le fonctionnement de l'évaluation des dossiers afin de mener

leurs missions avec plus de rapidité et d'efficacité. Grâce à l'augmentation du personnel de la CEO et à la simplification des procédures d'évaluation, la durée moyenne du traitement d'une demande a été ramenée à 4,8 mois en 2010. [31]

Le relevé type

Les aides et les soins nécessaires ainsi que leurs fréquences sont déterminées à l'aide d'un relevé type. Ce dernier permet également de vérifier si la personne répond au critère d'accès du seuil d'entrée requis (3h30 d'aides et de soins dans les AEV par semaine) pour accéder à l'assurance dépendance. Le relevé type comprenant 15 niveaux progressifs de besoins hebdomadaires en aides et soins en nombre d'heures a été fixé par le gouvernement luxembourgeois. Celui-ci a été modifié dans le contexte de la dernière réforme de 2017. Un niveau de besoin hebdomadaire sera octroyé à la personne en fonction de ses besoins en termes d'aides et de soins pour effectuer les actes essentiels de la vie. Chaque niveau de besoin constitue un intervalle de durée en minutes. Le premier niveau de besoin commence à partir de 210 minutes (seuil d'entrée de 3h30 convertie en minutes) jusqu'à 350 minutes. Le dernier besoin correspond à plus de 2171 minutes ce qui représente approximativement 36 heures d'aides et de soins par semaine.

Prestations

L'assurance dépendance intervient dans les frais des prestations « *des aides et des soins dans les domaines des actes essentiels de la vie* » qui ont été définis dans le plan de soins selon le niveau de besoin de la personne vivant à domicile ou en établissement.

Les heures de prestations prises en charge pour les actes essentiels de la vie par l'assurance dépendance ont été revues à la hausse depuis son instauration. En effet, la durée des prestations effectuées à domicile était fixée à maximum 24h30 par semaine, cette limite a été révisée lors de la modification de la loi en 2005 et est passée à 38h30. Cette augmentation du nombre d'heures permet de prendre en charge des personnes fortement dépendantes nécessitant des aides et des soins lourds et souhaitant vivre à domicile.

Les prestataires (établissement, réseau d'aides et des soins et centre semi-stationnaire²) nécessaires à la prise en charge de la personne sont payés directement par la CNS. Il s'agit des prestations en nature. Le bénéficiaire a la liberté de choisir son prestataire pour autant que celui-ci soit agréé par la CNS.

² Equivalent des centres de soins de jour en Belgique

Le bénéficiaire dépendant vivant à domicile peut également bénéficier de prestations en espèces. Ces dernières permettent au bénéficiaire de rémunérer l'aidant qui participe à ses aides et à ses soins. Les prestations en espèces sont accordées selon certaines conditions fixées par la loi. Dans le cadre de la dernière réforme, une évaluation globale de la situation de l'aidant sera réalisée à l'aide d'une fiche de renseignements. Un membre de l'AEC examinera précisément les capacités (physiques, psychiques et émotionnelles), les disponibilités ainsi que les engagements de l'aidant par rapport à la prise en charge du bénéficiaire. [32] Il s'assurera également que l'aidant (professionnel, proche ou une personne privée) apporte une aide régulière à savoir au minimum une fois par semaine au bénéficiaire. Il déterminera si l'aidant peut réaliser la totalité des aides et des soins ou si l'intervention partielle d'un réseau d'aide et de soins est nécessaire. Si l'évaluation est positive, la personne sera alors reconnue comme aidante selon la loi ; le remplacement des prestations en nature par une prestation en espèces sera accordé à l'aidant. Dans le cas contraire, elles seront octroyées en nature.

Concernant la prestation en espèces, dix forfaits exprimés en euros sont énumérés dans la législation ; ceux-ci évoluent en fonction de l'aide apportée par l'aidant. Le montant en espèces alloué par semaine à l'aidant peut évoluer de 12,50 euros pour une prestation d'une heure à 262,50 euros pour 9 heures de prestations. Il est à noter que le montant alloué à l'aidant a été revu à la baisse depuis la nouvelle disposition en 2005. [32]

Par ailleurs, dans la situation où l'aidant et le réseau d'aide et de soins interviennent tous les deux auprès du bénéficiaire ; ce dernier pourra avoir accès à des prestations dites mixtes c'est-à-dire combinant à la fois une prestation en nature et en espèces.

Outre les aides et soins des actes essentiels de la vie quotidienne, des aides pour les tâches domestiques, des activités de soutien (gardes individuelles ou en groupe dans un centre semi-stationnaire...) et de conseils peuvent être également offerts selon les besoins des personnes.

Une formation à raison de six heures par an est proposée pour les aidants proches en vue d'améliorer leurs compétences, leurs savoirs dans la prise en charge de leurs proches. Si l'aidant ne bénéficie pas encore d'une pension personnelle, des cotisations pour l'assurance pension de l'aidant seront versées par l'assurance dépendance.

L'assurance dépendance peut également intervenir pour des aides techniques ainsi que pour des adaptations du logement jusqu'à 26.000 euros.

Contrôle

Dans le cadre de la dernière réforme, une nouvelle mission a été intégrée aux rôles de l'AEC à savoir celle du suivi et du contrôle de la qualité des prestations. En effet, des réévaluations régulières (tous les deux ans) seront réalisées par l'AEC dans le but de contrôler la qualité des prestations effectuées par les différents acteurs auprès des bénéficiaires et également de contrôler si celles-ci sont réellement assurées par les prestataires ou encore par l'aidant. Alors que dans la situation où l'aidant preste seul ou avec le support d'un professionnel les aides et les soins au bénéficiaire, une réévaluation est prévue tous les ans. Ces contrôles permettent également d'évaluer si le plan d'intervention élaboré par l'AEC est toujours adapté aux besoins du bénéficiaire. L'objectif est d'offrir une prise en charge de qualité aux bénéficiaires. Afin de permettre à l'AEC d'effectuer cette mission supplémentaire à bien, des nouveaux engagements sont prévus. Une liste d'indicateurs de qualité a été établie (prévalence des escarres et des chutes, suivi nutritionnel, la gestion des plaintes...) dans la dernière réforme. [32]

Evolution du nombre de bénéficiaires

La population dépendante a considérablement augmenté depuis le lancement de l'assurance dépendance. Selon le rapport général sur la sécurité sociale au Grand-Duché du Luxembourg de 2017, les bénéficiaires de l'assurance dépendance étaient au nombre de 5.810 en 2000 et de 13.742 en 2016 (soit 13.299 résidents luxembourgeois et 443 non-résidents). Parmi ces derniers, 66,8 % résidaient à domicile contre 33,2 % en établissement. Au niveau de l'âge, 7.283 personnes se situent dans le groupe d'âge 80 ans et plus représentant plus de la moitié des bénéficiaires. [33]

Financement

Trois acteurs contribuent au financement de l'assurance dépendance luxembourgeoise : les assurés (1,4 % sur tous les revenus), l'Etat (40 %) et le secteur de l'Energie.

NOM et PRENOM : PIRSON ADELAIDE

Titre du mémoire : Comment est perçue l'instauration d'une assurance autonomie en Wallonie par les différentes parties prenantes : professionnels de centres de coordination et bénéficiaires potentiels (et leurs aidants informels) ?

Promoteur et Co promoteur : Van Durme Thérèse

RESUME (maximum 1 page)

Introduction : La société d'aujourd'hui est en pleine mutation, le vieillissement démographique de la population wallonne va représenter un enjeu considérable dans les prochaines années à venir. Les statistiques montrent que les personnes âgées seront de plus en plus nombreuses et leur espérance de vie plus longue également. De plus, l'enjeu du maintien à domicile est considéré comme une priorité dans notre société. En effet, le choix de vivre à domicile et d'y rester le plus longtemps possible est un souhait émis par la plupart des personnes âgées. Face à ces deux enjeux fondamentaux, les autorités politiques en Wallonie ont prévu d'instaurer une assurance autonomie pour accompagner les personnes âgées et pour favoriser notamment leur autonomie et leur maintien à domicile en élargissant les services d'aides et de soins. Comment les coordinatrices d'aides et de soins à domicile désignées pour évaluer la dépendance et l'autonomie des personnes ainsi que les bénéficiaires potentiels et leurs aidants informels de cette assurance perçoivent-ils la mise en place de cette future assurance autonomie ?

Méthodes : Une revue de la littérature a été effectuée dans les différentes bases de données telles que Google Scholar, Cairn et Science Direct. Des entretiens individuels et de groupe semi-directifs ont été réalisés auprès des professionnels de centres de coordination et des bénéficiaires (et leurs aidants informels) des services d'aide et de soins à domicile afin de trianguler leurs perceptions quant à la future instauration de l'assurance autonomie.

Résultats & Discussion : Il ressort des entretiens menés avec les coordinatrices principalement des perceptions négatives quant à la mise en place de l'assurance autonomie. De nombreuses interrogations, doutes ont été exprimés, ces sentiments découlent notamment des craintes qu'elles éprouvent quant à leur nouveau rôle et de l'incertitude qu'elles ressentent quant au renforcement du secteur des services d'aides aux familles et aux aînés et également du secteur de coordination. En effet, l'absence d'un cadre législatif de l'assurance autonomie, le manque d'informations concrètes ainsi que le manque de formation à l'outil BelRAi Screener ont probablement renforcé ce sentiment de méfiance quant à l'implémentation de l'assurance autonomie en Wallonie. Bien que ces perceptions négatives aient souvent pris le dessus sur les avantages et les opportunités, les coordinatrices ont reconnu que ce projet reste toutefois une ouverture pour le maintien à domicile ainsi que pour la reconnaissance et la valorisation de leur profession. Alors que pour les bénéficiaires interrogés, leurs perceptions étaient plutôt positives. Ils sont favorables à l'instauration de l'assurance autonomie. Ils perçoivent cette dernière comme une avancée. Ils trouvent également que cette dernière pourra aider de nombreuses personnes notamment celles qui ont des difficultés financières. Certains regrettent qu'il n'y ait pas d'autres services inclus dans cette assurance comme par exemple le transport et les repas à domicile. Quant aux deux aidants informels interrogés, ils voient la mise en place sous un autre regard. Ils ont comme les coordinatrices une réaction de scepticisme, ils ont peur d'être déçus par la suite. Les autorités politiques ont donc un rôle crucial à jouer pour la réussite de la mise en place de ce beau projet qu'est, « l'assurance autonomie ».

Mots clés : « assurance autonomie » ; « vieillissement » ; « maintien à domicile » ; « centres de coordination »

