



Wallonie DÉPARTEMENT DES AÎNÉS
ET DE LA FAMILLE
Direction de la Famille



Votre correspondante :
M.N. GOVERS, 1^{ère} attachée
Tél. 081/327.365
E-mail :
marienoelle.govers@spw.wallonie.be

Nos références : 050502/

Namur, le

101214

AUX RESPONSABLES DES SERVICES
AGREES D'AIDE AUX FAMILLES ET
AUX AINES.

Objet : Code wallon de l'Action sociale et de la Santé – S.A.F.A.
Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé (C.R.W.A.S.S) –
Partie 2, Livre 4, Titre 4 – section 6 : « Contribution du bénéficiaire de l'aide
fournie »

Circulaire relative à l'application du barème des usagers d'un S.A.F.A.

Madame, Monsieur,

Les dispositions de l'Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 30 mars 1983
« portant la fixation de la contribution du bénéficiaire de l'aide fournie par un service agréé
d'aide aux familles et aux personnes âgées » ont été codifiées en date du 4 juillet 2013 au
sein du C.R.W.A.S.S. - Articles 361 à 364 et annexe 42.

Le barème visé ici est celui de l'usager d'un SAFA pour son activité d'aide familiale. Le
barème pour les gardes à domicile n'est quant à lui pas réglementé.

La présente circulaire met à profit cette codification pour coordonner et actualiser en un
seul document les différentes notes et circulaires suivantes :

- Circulaire W/11 du 8 juillet 1983 ayant pour objet de commenter les dispositions de
l'A.E.C.F. du 30 mars 1983 ;
- Notes des 5 avril 1984, 17 mai 1984, 17 février 1986 et 25 septembre 1987 portant
compléments d'informations et modifications à la circulaire W/11.
- Circulaire n°1/618.08/30/1990 du 11 juin 1990 relatives aux preuves de handicap ;
- Circulaire n°2/93/618030 du 23 avril 1993 ;
- Circulaire 06/1525 du 16 novembre 2006 sur les charges déductibles ;
- Circulaire du 07 août 2012 relative au BAP.

En effet, non seulement il était indispensable de compiler les différentes circulaires pour
une meilleure lisibilité dans l'application du barème, mais il est aussi apparu que certaines
de ces notes contiennent des commentaires qui ne sont plus d'application.

Les circulaires et notes susvisées sont donc abrogées.

* * * * *

Rappel des dispositions réglementaires :

« **Art. 361.** La contribution horaire exigée du bénéficiaire, est fixée conformément au barème visé à l'annexe 42.

Pour les revenus supérieurs à ceux visés audit barème, la contribution horaire exigée du bénéficiaire est fixée à 7,81 euros, sans préjudice des majorations visées à l'article 364.

Art. 362. Une personne à charge gravement handicapée compte pour deux personnes à charge.

Art. 363. Lorsqu'il s'agira de familles composées d'adultes de générations différentes, pour déterminer la contribution du bénéficiaire de l'aide, il conviendra d'ajouter à la totalité de ses revenus mensuels le tiers des revenus mensuels des cohabitants sans que ces derniers puissent être considérés comme personnes à charge.

Art. 364. Le service agréé peut exiger du bénéficiaire qu'il contribue pour la durée du déplacement de l'aide familiale ou senior. Cette durée est fixée à un quart d'heure par prestation.

Le service agréé peut, en outre, majorer de dix pour cent la contribution du bénéficiaire de l'aide au titre de participation dans les frais de déplacement de l'aide familiale ou senior. »

« **Annexe 42.** Barème de la contribution exigée du bénéficiaire de l'aide d'après ses revenus. »

Cette annexe précise les modalités de consultation du barème des usagers.

En effet lors de l'enquête sociale, l'analyse de la situation du bénéficiaire permet de déterminer et le code applicable à sa situation, et les revenus à prendre en considération. Ces deux données donnent accès au barème et permettent de déterminer la contribution horaire.

Par ailleurs, une liste d'exemples de cas pratiques figure sur le portail <http://socialsante.wallonie.be/> de la Santé du S.P.W. . Celle-ci sera complétée en fonction de tout nouveau cas qui pourrait se présenter aux travailleurs sociaux et pour lesquels des difficultés d'interprétation pourraient se poser.

* * * * *

I. LE CODE

Par «code du barème», il faut entendre le numéro de code se rapportant à la situation des personnes qui partagent le même lieu de vie.

code 1.

- bénéficiaire qui habite seul ou qui cohabite avec d'autres adultes de générations différentes sans que ceux-ci ne soient à charge. Il y a lieu ici de se référer aux liens parentaux dans un sens large et non à l'âge (incluant ainsi ascendants, descendants, collatéraux, alliés) ;
- bénéficiaire qui cohabite avec d'autres adultes de même génération dans une maison communautaire telle que définie à l'annexe 39 du C.W.R.A.S.S. ;
- bénéficiaire dont le partenaire est hébergé en institution.

code 2.

- Tout couple, de sexe différent ou non, marié ou non, constituant un ménage ;
- Deux adultes de même génération (ex deux frères...) partageant le même lieu de vie ;
- Toute personne gravement handicapée isolée.

code 3 et plus.

- Un couple ou un adulte seul qui élève un ou des enfants (= 2 + n enfant(s) à charge). En effet, un parent isolé compte pour 2.
- *Rappelons que toute personne handicapée compte pour 2 dans le code à partir du moment où elle partage le même lieu de vie.*

Est considéré comme à charge :

- Tous les autres membres du ménage qui n'ont pas de ressources propres ;
- L'enfant à naître dans le courant du trimestre ;
- Les enfants qui n'ont pas atteint la majorité légale mais ont des ressources propres ;
- Les enfants majeurs mais toujours scolarisés (<25 ans) ayant des ressources propres. (apprentissage, RIS, ..) ;
- Un enfant hébergé pendant la semaine dans une institution (AWIPH, SAJ, ...) avec retour hebdomadaire en famille est à charge, tant que les allocations familiales même partielles sont versées aux parents ;
- Les enfants en hébergement égalitaire (garde alternée) sont considérés comme à charge des deux côtés.

Notion de personne gravement handicapée

Sera considérée comme telle toute personne pouvant fournir une attestation :

- précisant que la personne est reconnue handicapée à 66% au moins ;
- stipulant une réduction de gain à un tiers ou moins de ce qu'une personne valide est en mesure de gagner en exerçant une profession sur le marché général du travail (fondement juridique 1)¹ ;
- stipulant une réduction de l'autonomie de 9 points au moins (fondement juridique 2)².

Sont incluses également toute attestation d'organisme public, mutuelliste précisant une incapacité de travail de 66 % au moins ou indiquant une invalidité globale d'au moins 66 % ainsi que toute copie de jugement mentionnant le pourcentage de handicap.

En cas de doute sur une attestation, les services soumettent pour validation celle-ci à l'administration.

Les preuves relatives à la situation de handicap doivent figurer dans le dossier social.

La validité de la preuve de handicap se limite à la période mentionnée sur l'attestation.

¹ Fondement juridique 1 = législation relative aux alloc. pour P.H.

² Fondement juridique 2 = Annexe de l'A.M. du 30/07/87 relative à l'évaluation du degré d'autonomie

LES REVENUS

Principe général :

- Prendre en considération les revenus du bénéficiaire au moment de l'enquête et revoir le calcul dans le mois qui suit un changement dans la composition du ménage ou une modification importante dans les rentrées financières ;
- Pour les autres personnes, n'entrant pas dans le calcul du code, prendre un tiers de leurs revenus.
- Il n'est pas tenu compte des revenus des enfants à charge (Contrat d'apprentissage, aide financière CPAS, revenus étudiants...), ni des allocations des personnes adultes handicapées sous minorité prolongée.

EXCEPTION : Toute personne « gravement handicapée » partageant le même lieu de vie que le bénéficiaire principal compte automatiquement pour le calcul de code (soit +2). Mais ses revenus ne sont pris en compte qu'à concurrence d'un tiers à partir du moment où il est de génération différente.

Par revenus, sauf exceptions explicitement prévues ci-après, il faut entendre **TOUS** les revenus, qu'il s'agisse de revenus professionnels, mobiliers, immobiliers, ou encore d'indemnités sociales, allocations diverses, indemnités d'accident, rente d'assurance vie, pensions alimentaires reçues, ... Le dossier social doit contenir toutes les preuves de revenus sur lesquels est basé le calcul de la contribution horaire du bénéficiaire.

Les exceptions prévues sont :

1. les allocations familiales, ordinaires ou spéciales, et allocations de naissance ;
2. le taux d'entretien versé à la famille d'accueil par le SAJ, les CPAS ou l'AWIPH ;
3. Les chevrons de fronts, pensions militaires et rentes liées à des faits de guerre ;
4. Le budget d'assistance personnelle (B.A.P.) ;

Revenus professionnels.

- Pour les salariés, la moyenne des revenus nets des 3 derniers mois.
- Pour les indépendants, le montant net imposable figurant sur le dernier avertissement-extrait de rôle augmenté de 20 % et divisé par 12

Revenus mobiliers.

- Intérêts des capitaux investis, actions, etc.

Revenus immobiliers.

- Les montants réels des loyers perçus. La maison habitée par le bénéficiaire n'est pas prise en considération, sauf si une partie de celle-ci est mise en location.

Indemnités sociales.

- Indemnités de maladie, allocations de chômage, indemnités d'invalidité, pensions de retraite ou de survie, allocations ordinaires et de remplacement de revenus destinées aux personnes handicapées, revenus d'intégration sociale et aide sociale équivalente. Lorsqu'il s'agit d'un taux journalier, il y a lieu de le multiplier par 26 pour obtenir une moyenne mensuelle.

Autres revenus.

- Indemnités d'accident, rente d'assurance-vie, rente viagère, pension alimentaire, usufruit, etc.

En cas de refus de la part du bénéficiaire d'informer le service sur ses revenus, le taux maximal est applicable. Il en est de même lorsqu'il y a absence de transmission de plus d'un mois.

II. LES CHARGES DEDUCTIBLES

En annexe nouvelle fiche

Peuvent être déduits :

- Les frais médicaux et pharmaceutiques grevant anormalement le budget familial au cours de la période où l'aide est accordée, pour autant qu'ils ne soient pas remboursés par la mutuelle ou par d'autres instances (cfr infra). Le caractère « anormal » de ces dépenses est à apprécier en fonction des circonstances, des ressources et de la composition de la famille. Sont compris les frais d'hospitalisation, de traitements spécialisés, d'interventions chirurgicales,... mais non pas les achats de produits pharmaceutiques de base ou de confort (catégorie D).

Il en résulte bien souvent que seul le MAF peut être pris en compte, à condition qu'il greve anormalement le budget. Ce qui signifie que, si le bénéficiaire reçoit une intervention de type MAF, il faut prendre en compte le plafond déterminé divisé par 12.

Les pièces justificatives de ces frais, sur une période significative, doivent figurer dans le dossier social.

Informations sur le MAF

Le MAF offre à chaque famille la garantie qu'elle ne devra pas dépenser plus qu'un montant déterminé (plafond) pour ses soins de santé. Ce plafond peut varier en fonction de différents critères, et atteindre 1800 € maximum.

Si les frais médicaux d'un ménage ou d'un membre du ménage atteignent le montant maximum donné au cours de l'année, il y a remboursement complet du reste des frais médicaux. Les frais suivants sont pris en considération :

- ticket modérateur pour les prestations des médecins, dentistes, kinésithérapeutes, infirmiers et autres prestataires de soins ;
- ticket modérateur pour les médicaments des catégories A, B et C et pour les préparations magistrales (médicaments que les pharmaciens font eux-mêmes)
- ticket modérateur pour les prestations techniques (par exemple, opérations, radiographies, examens de laboratoire, tests techniques...)
- quote-part personnelle dans le prix d'une journée d'hospitalisation dans un hôpital général (entièrement) et dans un hôpital psychiatrique (seulement les 365 premiers jours)
- quote-part personnelle forfaitaire pour les médicaments en cas d'hospitalisation
- alimentation entérale par sonde ou stoma pour les jeunes de moins de 19 ans
- matériel endoscopique et de viscérosynthèse
- marges de délivrance (supplément) pour implants.

Les mutualités tiennent à jour les frais médicaux de leurs membres. Si ces frais dépassent le montant maximum de l'année concernée, la mutualité les rembourse automatiquement tous les mois. Le bénéficiaire reçoit alors une attestation en même temps que le premier remboursement dans le cadre du MAF.

- Les pensions alimentaires payées effectivement par les bénéficiaires ou par les personnes dont les revenus sont à prendre en considération. Les preuves sont à joindre à l'enquête sociale.

- Les frais d'hébergement et d'accueil en institution en faveur d'un conjoint, sans prendre en compte les frais supplémentaires au prix de la chambre.
- Les frais d'accueil en institution pour personnes handicapées.

REMARQUES GENERALES :

- Pour les personnes dont on tient seulement compte du tiers des revenus, il faut tenir compte seulement d'1/3 des charges déductibles.
- A partir du moment où certains frais encourus par l'utilisateur sont déductibles, il y a lieu de tenir compte aussi des divers remboursements effectués au bénéfice de l'utilisateur tels que :
 - Assurance hospitalisation ;
 - Forfait incontinence ;
 - Autres assurances ;
 - Autres.
- Toutes les pièces justifiant une charge déductible doivent être présentes dans le dossier social.

III. LES CHARGES NON DEDUCTIBLES

- Les remboursements de dettes, d'emprunts, paiements à tempéraments, saisies sur salaires ne sont pas des charges déductibles.

Ce n'est que dans des situations sociales exceptionnelles que l'Administration pourrait admettre qu'il en soit tenu compte fût-ce partiellement. Dans ce contexte, il faut avoir recours à la demande d'aménagement de barème, selon les modalités prévues (voir ci-dessous).

- Les frais de garde-malade, de garde à domicile, ou de toute autre personne en charge de la surveillance du bénéficiaire.

IV. Contribution du bénéficiaire pour les frais et le temps de déplacement de l'aide

En application de l'article 248 du C.W.A.S.S., l'article 352 du C.R.W.A.S.S. fixe le montant de la contribution du bénéficiaire pour les frais de déplacement de l'aide à 10 % du montant de la contribution horaire fixée conformément au barème des usagers.

Le temps du déplacement de l'aide familiale pour arriver chez le bénéficiaire peut également lui être facturé, à raison d'un quart d'heure par prestation.

V. Réduction horaire de 0,40 €

L'article 349 du C.R.W.A.S.S. stipule que les services accordent aux bénéficiaires une réduction de 0,40 € de l'heure.

Celle-ci s'applique sur le coût horaire final, en ce compris la majoration de 10 % pour participation aux frais de déplacement de l'aide familiale.

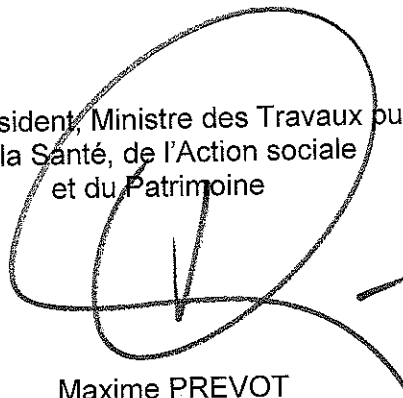
VI. AMENAGEMENT DE BAREME - DEROGATIONS

En principe, le barème doit être appliqué de manière stricte. Il ne peut y être dérogé (diminution, augmentation) que dans des cas exceptionnels et après accord préalable de l'Administration qui appréciera les justifications données.

Le service introduira le formulaire prévu à cet effet comportant un rapport du travailleur social. Ce rapport devra mettre en évidence les raisons qui rendent impossible dans la situation envisagée la fixation réglementaire de la contribution horaire et contenir une proposition. La décision prise dans un cas déterminé ne pourra être considérée comme règle générale.

La dérogation accordée sera valable 3 mois sauf indication contraire.

Le Vice Président, Ministre des Travaux publics,
de la Santé, de l'Action sociale
et du Patrimoine

A large, stylized handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a long horizontal stroke at the bottom.

Maxime PREVOT

ANNEXE 1: Liste des documents prouvant le degré de handicap.

- Une attestation délivrée par le Service Public Fédéral (SPF) Direction générale Personnes handicapées – Finance Tower – Boulevard du Jardin Botanique, 50-B150 – 1000 Bruxelles ;
- Une attestation délivrée par un organisme mutuelliste précisant que le bénéficiaire est reconnu handicapé à 66 % au moins. Si cette attestation stipule qu'elle est valable jusqu'à la date de la mise à la retraite ou de la prépension, celle-ci est considérée comme étant à durée indéterminée.
- Une attestation délivrée par le Fonds des accidents du travail - Rue du Trône, 100 - 1050 Bruxelles - indiquant le degré d'incapacité permanente de travail ;
- Une attestation délivrée par le Fonds des maladies professionnelles - Rue de l'Astronomie, 100 - 1210 Bruxelles - indiquant le degré d'incapacité de travail ;
- Une attestation par laquelle l'organisme payeur certifie que la personne concernée est considérée comme gravement handicapée pour l'attribution des allocations familiales majorées ;
- Une copie d'une décision judiciaire, devenue définitive, indiquant le degré d'incapacité permanente de travail ;
- Pour les militaires invalides de guerre et les militaires invalides du temps de paix, une attestation délivrée par le Service des Pensions du Secteur Public - Place Victor Horta 40 boîte 30, à 1060 Bruxelles – indiquant le degré d'invalidité, ou une copie soit :
 - de la dernière décision ministérielle accordant la pension de réparation ;
 - de la décision prise par la Commission des pensions de réparation ou par la Commission d'appel des pensions de réparation, avec la mention du pourcentage global d'invalidité ;
- une attestation indiquant le degré d'invalidité délivrée par le Service public fédéral de la Sécurité sociale, Direction des Pensions aux victimes civiles de la guerre, square de l'Aviation, 31, 1070 BRUXELLES, pour les victimes civiles de la guerre ;
- une attestation délivrée par une Caisse de prévoyance pour ouvriers mineurs légalement reconnue, indiquant que l'intéressé a encouru une incapacité permanente de travail de 66 % au moins sur le marché de l'emploi ;
- une attestation délivrée par l'autorité qui est chargée de l'indemnisation, indiquant, pour le personnel des services publics qui est victime d'un accident de travail ou d'une maladie professionnelle, le degré de l'incapacité permanente de travail ;
- pour le personnel de la S.N.C.B., une attestation délivrée par le centre médical régional, indiquant le degré de l'incapacité permanente de travail ;

- pour les membres du personnel des services publics qui sont mis à la retraite anticipée, soit pour inaptitude physique, soit d'office, une attestation délivrée par le Service de santé administratif, dont il ressort que l'intéressé est atteint d'une invalidité globale permanente d'au moins 66 % ;
- une attestation délivrée par l'Office de Sécurité sociale d'Outre-Mer- Avenue Louise, 194 – 1050 BRUXELLES, indiquant le degré de l'incapacité permanente de travail.

Au sein de la liste, les adresses et les dénominations des services ont été actualisées. Toutefois, les anciennes attestations restent évidemment valables.

Les autres types d'attestations auxquels les services sont confrontés, peuvent être soumis pour étude et avis à l'Administration, par le biais de la procédure en vigueur en matière de dérogation au barème.

ANNEXE 2 : Nouvelle annexe « Charges déductibles ».

Ce document est accessible sur le portail www.actionsocialsanté.be

ANNEXE 1 Charges déductibles		
A calculer <u>uniquement</u> si grevant anormalement le budget du bénéficiaire		
Tous les justificatifs doivent être annexés au dossier et doivent couvrir <u>une période d'un an</u>		
	Montant annuel/12	Montant mensuel
Maximum à facturer (MAF)	.....€ /12€
Autres frais liés à la santé		
Hospitalisation	.....€ /12€
Frais d'incontinence	.....€ /12€
Location / Achat de matériel	.....€ /12€
Autres frais (à préciser) :	.....€ /12€
TOTAL MENSUEL (A)		.....€ (A)
REMBOURSEMENTS		
Assurance hospitalisation	.....€ /12€
Forfait incontinence	.....€ /12€
Autres (à préciser) :	.....€ /12€
TOTAL MENSUEL (B)		.....€ (B)
<u>TOTAL DES CHARGES DEDUCTIBLES</u>		
TOTAL (2) = (A) – (B)		.....€ / MOIS (2)

Rappel de la circulaire relative au barème des usagers :

Peuvent être déduits :

- Les frais médicaux et pharmaceutiques grevant anormalement le budget familial au cours de la période où l'aide est accordée, pour autant qu'ils ne soient pas remboursés par la mutuelle ou par d'autres instances. Le caractère « anormal » de ces dépenses est à apprécier en fonction des circonstances, des ressources et de la composition de la famille. Sont compris les frais d'hospitalisation, de traitement spécialisés, d'interventions chirurgicales,... mais non pas les achats de produits pharmaceutiques de base ou de confort (catégorie D). Il en résulte bien souvent que seul le MAF peut être pris en compte, à condition qu'il greve anormalement le budget. Ce qui signifie que, si le bénéficiaire reçoit une intervention de type MAF, il faut prendre en compte le plafond déterminé divisé par 12. Les mutualités tiennent à jour les frais médicaux de leurs membres. Si ces frais dépassent le montant maximum de l'année concernée, la mutualité les rembourse automatiquement tous les mois. Le bénéficiaire reçoit alors une attestation en même temps que le premier remboursement dans le cadre du MAF.

ANNEXE 3 : Fiche du calcul de la contribution financière (Rappel).

CONTRIBUTION FINANCIERE

CALCUL DU COUT HORAIRE	
TOTAL DES REVENUS MENSUELS (1)	
TOTAL DES CHARGES DEDUCTIBLES (2) .....	.....€ / mois (1) – (2)
Code du barème	.....
Intervention (taux horaire)	.....
Participation aux frais de déplacements	.....
Réduction horaire 0,40 € (art. 349 du CRWASS)	- 0,40 €
COUT HORAIRE FACTURE €
COUT D'UN REPAS €

Le tarif est calculé sur base des pièces justificatives communiquées par le bénéficiaire. Ce tarif pourrait être revu en sa faveur sur base de justificatifs transmis au service par le bénéficiaire pour la période concernée.

Dans ce cas, la rectification du taux horaire lui sera notifiée et sera d'application au plus tard, le premier jour du mois suivant la communication des pièces justificatives.

En cas de refus de la part du bénéficiaire d'informer le service sur ses revenus, le taux maximal est applicable.

Le bénéficiaire *accepte / refuse* de transmettre ces revenus. (Biffer la mention inutile)

Je marque mon accord sur la contribution financière qui m'est réclamée et affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète (Arrêté royal du 30/06/1993, Art. 1^{er} Est puni d'une peine d'emprisonnement de 8 jours à un an celui qui sciemment fait une fausse déclaration ou une déclaration incomplète).

Fait à....., le/...../....., en double exemplaire.

Signature du bénéficiaire ou de son représentant Nom + prénom : 	Signature du travailleur social Nom + prénom :
---	--