|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **logo_csnph_fr** |  |  |
| *Expéditeurs : CSNPH*  c/o SPF Sécurité sociale – DG Personnes handicapées Centre Administratif Botanique – Finance Tower Boulevard du Jardin Botanique 50 bte 150 1000 Bruxelles |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |
| Nos références | : | CSNPH/VDE |
| Date | : | 20-10-2025 |
| Annexe(s) | : |  |

Objet : **réforme de la loi 87 sur les allocations aux personnes handicapées – priorités du CSNPH – attention liste non exhaustive**

**Objectifs de la loi**

* Assurer ressources en tout moment ( travail ou non)
* Ressources suffisantes pour poser choix de vie et assurer l’inclusion ( coûts liés aux obstacles environnementaux
* Prendre en charge tous types de handicap ou maladie qui génèrent une perte de capacité de gain ou un perte d’autonomie
* Aller chercher ceux qui sont éloignés et invisibles des radars de la sécurité sociale
* Souplesse, lisibilité et anticipation
* Accompagnement des PSH et non pénalisation
* Resituer la loi dans l’ensemble du cadre de sécurité sociale et de protection sociale, enseignement, emploi … des PSH
* Liens avec INAMI ? Emploi ?

**Nature du régime**

* Protection sociale / Sécurité sociale
* Résiduaire : pour le calcul ARR, prise en compte des revenus de la personne et du ménage mais jusqu’où ? pour le calcul AI, le H subsiste quel que soit la sphère d’entourage . L’inclusion est une responsabilité étatique ; les aidants qui assurent ce rôle doivent aussi être soutenus et valorisés socialement

**Reconnaissance médicale de l’ARR**

* Le critère du handicap (UNCRPD – interaction durable ) ; les situations complexes
* Le critère de la perte de la capacité de gain et le contexte de l’environnement ; maintien du « tout ou rien » ?
* reconnaissance possible aussi en cas de travail
* dossier partagé : plus-value et limites
* formulaires médicaux
* harmonisation des reconnaissances entre centres
* équipes multi – évaluation
* rechutes et octrois
* IA ?
* Dossiers sur pièces

**Reconnaissance médicale de l’AI**

* 5 catégories existantes
* Le critère du handicap (UNCRPD – interaction durable )
* Le critère de la perte de la perte d’autonomie et le contexte de l’environnement, de la pénibilité ….
* Harmoniser les critères existants et leur interprétation dans tous les centres
* Compenser les surcoûts liés au handicap (transports, accompagnement, appareillage …)
* Dossier partagé : plus-value et limites
* Formulaires médicaux
* IA
* Dossiers sur pièces

**Octroi administratif de l’ARR**

* Remettre au travail ceux qui le peuvent : Cumul ARR- travail
* Seuil de pauvreté à minima pour ceux qui ne peuvent (jamais) travailler
* Rechute travail et ARR automatique
* Suppression année -1/-2
* Ressources à prendre en compte ? AER ?
* Immunisations et abattements ? simplifier !
* La situation où dans un couple chacun est H

**Octroi administratif de l’AI**

* octroi aussi en cas de revenus de remplacement
* Ai forfaitaire et toujours accès aux droits dérivés
* Individualisation ? Maintenir le lien indirect avec la catégorie familiale ?
* Catégories à questionner au regard du coût de la vie (voir étude Handilab)
* Retenue de 28% ?

**Retour à l’emploi**

* Certainement pas pour tout le monde !
* Accompagnement et rechutes !
* La « réserve » des employeurs et les effets indirects sur les allocations ; quotas ; aménagements raisonnables

**Catégories familiales**

* Réduire à 2 : Catégories isolé et personne à charge
* Formes de cohabitation et collocation non pénalisantes <> choix de vie (UNCRPD)

**Demandes, prise d’effets, révisions et délais de réponse**

* 1er jour du moi qui suit la demande (et non moment où dossier est complet)
* Echange avec autres institutions ? par ex : Automaticité quand dossier AFS ?
* Demande possible chaque fois que la personne l’estime nécessaire
* Activer tous les flux possibles et provoquer les révisions d’office sans pénalité pour la personne (1er jour de moi qui suit la prise d’effets)
* Anticipation et proactivité DGHAN – éviter la lourdeur des démarches
* Prendre en compte le cadre actuel des soins de santé – délais d’attente à plusieurs mois
* Révisions quinquennales : trop long

**Délais de traitement**

* Raccourcir, simplifier
* Des ressources « temporaires ». Maintenir avances CPAS ?

**Arriérés et Récupérations**

* Le moins souvent possible ; activer au maximum les flux (limiter les intérêts de retard)
* Dettes à minima avec anticipation et suivi
* Dol ou fraude ?

**Droits dérivés** :

* Répondent aux besoins ?
* ne viennent pas en compte de l’octroi ni d’un plafond des allocations

**Procédures administratives**

* Simples, rapides et accompagnement prévu
* Limites de la technologie
* Accessibilité pour toutes les PSH de tous les canaux de communication

**Non take-up/digitalisation/ service social**

* Labyrinthe institutionnel
* Proactivité de la DGHAN – rôle des AS de la DGHAN
* De plus en plus d’assoc prennent en charge accompagnement et ne sont pas subsidiées pour ce faire
* Guichet unique handicap interfédéral
* IA : rôle, responsabilités
* Les autres acteurs : mutuelles, CPAS , assoc

**Paiements**

* Les limites du compte à vue
* La tendance à la banque en ligne et à la digitalisation de toutes les opérations

**Informations, communication, canaux, suivi**

* Des alternatives humaines au numérique
* Centre de contact et permanences sociales !

**Plaintes et recours**

* 1 dossier sur 2 revu : c beaucoup !
* Manque d’experts judicaires
* Délais de traitement judiciaire

**Droits acquis**  pour tous ceux rentrés dans le régime ? quid impact révision des dossiers

**Critères non investigués**

* âge,
* nationalité ….

|  |  |
| --- | --- |
|  | Au nom du CSNPH  La Présidente : |
| |  | | --- | |  | |  | | |  | | --- | | Gisèle Marlière | | Gisèle MARLIERE | |