

# « Les services et soins à domicile, leur coordination et la mobilité transfrontalière des prestataires en France et en Belgique »

- juin 2020 -



Avec le soutien du Fonds européen de développement régional  
Met steun van het Europees Fonds voor Regionale Ontwikkeling

En collaboration avec :

|                                                                                                                                                      |           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|
| <b>PRÉFACE .....</b>                                                                                                                                 | <b>3</b>  |
| <b>INTRODUCTION .....</b>                                                                                                                            | <b>5</b>  |
| <b>CHAPITRE 1 : LES SERVICES DE SOINS ET AIDES À DOMICILE .....</b>                                                                                  | <b>7</b>  |
| <i>LE SYSTÈME FRANÇAIS.....</i>                                                                                                                      | <i>7</i>  |
| 1. Introduction.....                                                                                                                                 | 7         |
| 2. Description des dispositifs et services facilitant le maintien à domicile.....                                                                    | 9         |
| ❖ La plateforme territoriale d'appui .....                                                                                                           | 9         |
| ❖ La Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie .....                                          | 10        |
| ❖ Le Centre Local d'Information et de Coordination.....                                                                                              | 12        |
| ❖ Les réseaux de santé .....                                                                                                                         | 13        |
| ❖ L'hospitalisation à domicile .....                                                                                                                 | 15        |
| ❖ Les services de soins infirmiers à domicile .....                                                                                                  | 17        |
| ❖ Le service d'aide à domicile .....                                                                                                                 | 18        |
| ❖ Les services d'aide à la personne : service à la personne et le service d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes vulnérables. .... | 18        |
| ❖ Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile .....                                                                                       | 21        |
| ❖ Le Service d'accompagnement Médico-social pour les adultes handicapés.....                                                                         | 23        |
| ❖ Les services d'accompagnement à la vie sociale .....                                                                                               | 24        |
| ❖ L'équipe mobile de soins palliatifs.....                                                                                                           | 25        |
| ❖ Télé Alarme / Télé Assistance .....                                                                                                                | 25        |
| ❖ Service de retour à domicile des patients hospitalisés .....                                                                                       | 26        |
| ❖ Les services des centres communaux d'action social .....                                                                                           | 27        |
| <i>LE SYSTÈME BELGE.....</i>                                                                                                                         | <i>28</i> |
| 1. Introduction.....                                                                                                                                 | 28        |
| 2. Description des « Services - Structures - Institutions existantes sur le territoire » .....                                                       | 29        |
| ❖ Les services intégrés de soins à domicile.....                                                                                                     | 29        |
| ❖ Les centres de coordination de soins et de l'aide à domicile .....                                                                                 | 31        |
| ❖ Les services de soins infirmiers à domicile .....                                                                                                  | 35        |
| ❖ Les services d'aide aux familles et aux aînés .....                                                                                                | 35        |

|                                                                                                                                  |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| ❖ Les centres de service social .....                                                                                            | 36         |
| ❖ Les services de télé-bio-vigilance.....                                                                                        | 38         |
| ❖ Les services facultatifs cités dans la législation wallonne des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile..... | 39         |
| <b>CHAPITRE 2 : LES ACTEURS D'AIDES ET DES SOINS À DOMICILE.....</b>                                                             | <b>48</b>  |
| 1. INTRODUCTION .....                                                                                                            | 48         |
| 2. DESCRIPTION DES MÉTIERS ANALYSÉS DANS LE CADRE DU PROJET .....                                                                | 48         |
| ❖ Le médecin généraliste .....                                                                                                   | 48         |
| ❖ L'infirmier .....                                                                                                              | 58         |
| ❖ Le kinésithérapeute.....                                                                                                       | 61         |
| ❖ L'ergothérapeute.....                                                                                                          | 69         |
| ❖ L'aide-soignant .....                                                                                                          | 71         |
| ❖ Les métiers «aides à la personne».....                                                                                         | 75         |
| ❖ Description des métiers intervenant à fréquence variable au domicile .....                                                     | 80         |
| <b>CHAPITRE 3 : LA COORDINATION TRANSFRONTALIÈRE .....</b>                                                                       | <b>87</b>  |
| <i>LA COORDINATION TRANSFRONTALIÈRE – PROJET COSERDO.....</i>                                                                    | <i>87</i>  |
| <b>CHAPITRE 4 : MOBILITÉ DES PRESTATAIRES – LES PROCÉDURES EXISTANTES.....</b>                                                   | <b>92</b>  |
| <i>INTRODUCTION.....</i>                                                                                                         | <i>92</i>  |
| <i>LES PROCÉDURES EXISTANTES.....</i>                                                                                            | <i>93</i>  |
| 1. Les grands principes européens.....                                                                                           | 93         |
| 2. Les procédures d'installation pour les métiers de médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes .....                | 95         |
| Etablissement permanent sur l'autre versant .....                                                                                | 95         |
| L'exercice temporaire ou occasionnel .....                                                                                       | 97         |
| <b>CONCLUSIONS .....</b>                                                                                                         | <b>101</b> |
| <b>SITOGRAFIE.....</b>                                                                                                           | <b>105</b> |
| <b>ANNEXES .....</b>                                                                                                             | <b>111</b> |
| <i>ANNEXE 1 - LEXIQUE .....</i>                                                                                                  | <i>111</i> |
| <i>ANNEXE 2 – FICHE METIER MEDECIN .....</i>                                                                                     | <i>114</i> |
| <i>ANNEXE 3 – FICHE METIER INFIRMIER .....</i>                                                                                   | <i>115</i> |
| <i>ANNEXE 4 – FICHE METIER KINESITHERAPEUTE.....</i>                                                                             | <i>116</i> |

|                                                                      |            |
|----------------------------------------------------------------------|------------|
| <b>ANNEXE 5 – FICHE METIER ERGOTHERAPEUTE .....</b>                  | <b>117</b> |
| <b>ANNEXE 6 – FICHE METIER AIDE-SOIGNANT .....</b>                   | <b>118</b> |
| <b>ANNEXE 7 – FICHE METIER "AIDE A LA PERSONNE A DOMICILE" .....</b> | <b>119</b> |

## Préface

La coopération transfrontalière en matière de soins a, depuis toujours, été une nécessité. Elle permet de pallier au manque de personnel et à la désertification médicale dans certains territoires et favorise une meilleure prise en charge des patients dans l'espace transfrontalier.

La création d'une ZOAST ou Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers répond avant tout aux besoins de soins de proximité des patients au sein de l'espace frontalier. Les conditions de remboursement des soins ne changent pas et les formalités administratives sont simplifiées. La prise en charge financière des soins s'effectue selon les règles du pays où les soins sont dispensés en respect de la procédure en vigueur dans le cadre des règlements européens. Ainsi, les ZOAST permettent de mutualiser l'offre de soins hospitalière frontalière pour élargir le champ des possibles en matière de services de santé proposés à la population.

Les ZOAST permettent de renforcer l'attractivité sanitaire du territoire tant pour les patients que pour les professionnels de santé. Elles favorisent l'échange de bonnes pratiques entre tous les acteurs et contribuent de cette façon à la cohésion du territoire et à son développement transfrontalier.

Bien que la création de la ZOAST Ardennes ait permis d'améliorer l'accessibilité aux soins pour la population, force est de constater que de nouvelles problématiques liées, entre autres, à la sortie d'hospitalisation ont vu le jour.

Si une coordination des soins et des services existe en Belgique, celle-ci reste perfectible : les solutions sont parfois difficiles à mettre en œuvre pour certains patients. Côté français, l'offre de dispositifs permettant le maintien à domicile à l'occasion de la sortie de l'hôpital n'est pas connue du public pour les établissements de santé belge avec pour conséquence que les patients français qui se font hospitalisés en Belgique ne bénéficient pas du même suivi dans le cadre de leur sortie d'hospitalisation.

Ces situations peuvent engendrer de nombreux soucis pour :

- Les patients et leurs familles démunis faute d'accompagnement et de conseil, et pour lesquels une ré-hospitalisation semble être la seule solution en cas de soucis de santé, ce qui engendre alors des coûts supplémentaires pour l'assurance maladie invalidité ;
- Les hôpitaux et les services sociaux qui ne trouvent pas toujours les réponses aux problèmes posés par le retour au domicile ;
- Les professionnels de santé et de services car l'absence de coordination ne permet pas toujours de répondre à toutes les sollicitations, de coordonner les agendas, ...

Parce que chacun a le droit de pouvoir se soigner en fonction de ses besoins et d'accéder à des soins et des services de santé de qualité, Solidaris, l'UNMS, la Centrale de Services à Domicile de la Province de Namur et la Mutuelle Générale de l'Education Nationale se sont associés dans le cadre du programme Interreg V pour développer un projet novateur en matière de Coordination des Services à Domicile en sortie d'hospitalisation : le projet COSERDO.

Avec le patient au cœur du dispositif, la Coordination facilite la communication entre tous les intervenants : identification des besoins du patient et établissement d'un plan d'aides et de soins en accord avec celui-ci, organisation de réunions de coordination pluridisciplinaires, rencontres avec les prestataires, établissement de conventions de collaboration, relais des informations aux prestataires et aux bénéficiaires, ...

Depuis la mise en place du projet COSERDO, près de 400 demandes d'intervention ont pu être instruites. Celles-ci émanent principalement des hôpitaux, ce qui démontre bien la pertinence de la coordination en sortie d'hospitalisation.

En l'espace de quelques mois, c'est un réel réseau de professionnels qui s'est tissé. D'après une enquête de satisfaction menée auprès des professionnels de santé et des bénéficiaires, il ressort que :

- 100 % des bénéficiaires sont satisfaits de la prise en charge ;
- 96.4% des bénéficiaires pensent que la coordination permet une amélioration de la prise en charge des personnes françaises hospitalisées en Belgique ;
- 100 % des professionnels estiment que cette collaboration est enrichissante et primordiale pour la prise en charge des patients ;
- 91,9 % des patients pris en charge par COSERDO n'ont pas dû être réhospitalisés !

Nous ne pouvons que nous réjouir de ces résultats particulièrement encourageants.

Le programme Interreg V et les initiatives conduites grâce au soutien de la Commission européenne et des pouvoirs régionaux et locaux, avec la collaboration des acteurs de santé, permettent véritablement d'apporter une réponse appropriée aux besoins émergents, de construire de nouveaux mécanismes adaptés aux besoins de la population mais aussi de travailler en réseau en s'appuyant sur le maillage d'acteurs locaux.

Nous formulons le vœu que COSERDO pourra continuer à se développer et, peut-être, à inspirer d'autres ZOAST à développer elles aussi une coordination transfrontalière des services à domicile en sortie d'hospitalisation.

Husain SHABAN

Secrétaire Général

Solidaris mutualité – Province de Namur

## Introduction

Dans le sud de la Province de Namur ainsi que dans les Ardennes françaises, une Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers a été créée pour répondre à une importante désertification médicale. Cette ZOAST permet aux personnes résidant de part et d'autre de la frontière de se faire soigner dans un établissement hospitalier de l'autre versant.

Pour les structures hospitalières accueillant un patient de l'autre versant, la difficulté majeure est l'organisation de la sortie vers le domicile ou vers un autre type de structure de soins, vu qu'elles maîtrisent peu la législation du pays de résidence du patient et sont souvent dépourvues d'informations concernant les possibilités d'encadrement extra-muros. Cela a pour conséquence une inefficacité relative des services sociaux et un patient livré à lui-même pour trouver des solutions.

Cette inefficacité crée un surcoût certain dans le fonctionnement du système de santé : dépenses administratives supplémentaires pour la structure hospitalière, maintien en institution de soins de personnes qui pourraient être suivies et soignées à domicile à moindre coût.

Sur base du rapport établi par les partenaires, plusieurs constats apparaissent sur le versant français :

- la multitude d'acteurs et d'initiatives ne sont pas suffisamment en contact et ne se coordonnent pas pour la prise en charge des patients,
- la multiplicité des initiatives crée une offre parfois trop abondante dans le secteur du domicile. Aucun cadastre complet de l'offre de soins et services à domicile n'existe,
- les rapports entre les institutions de soins et les intervenants sont également trop souvent laissés aux relations interpersonnelles. Les collaborations formalisées, structurées autour d'un projet précis sont l'exception,
- la fréquente spécialisation des soins et services à domicile en fonction soit de l'âge des patients, soit de la pathologie, fragmente encore l'offre,
- lors de sa sortie d'hôpital durant le week-end, un patient n'ayant pas accès à des soins de proximité, ni à des médicaments immédiatement nécessaires se retrouve dans une situation délicate de non-respect de la continuité des soins avec un risque important de ré-hospitalisation.

Du côté des prestataires de soins, le manque criant a été constaté. Vu l'augmentation de l'espérance de vie de la population, cette désertification s'accroît de plus en plus chaque année. De plus, la mobilité des prestataires est freinée par la non-connaissance des conditions d'accès à la profession sur l'autre versant de la frontière.

L'installation d'une coordination transfrontalière vise l'amélioration du bien-être physique et psychologique des personnes lors de leur sortie d'hôpital et à leur retour et maintien à domicile. Cet objectif peut être atteint notamment par une prise en charge globale du patient et de son entourage.

Ce concept de coordination transfrontalière des services à domicile est précurseur et innovant en Europe. Il permet la mutualisation des compétences et des connaissances dans le domaine des services à domicile.

Afin de combler les carences ou problèmes constatés, la réalisation du projet s'articule sur 3 axes :

### **1. L'amélioration de la sortie d'hôpital**

Dans le but d'améliorer la sortie d'hôpital, une collaboration étroite entre les différents acteurs de part et d'autre de la frontière sera mise en place poursuivant plusieurs objectifs tels que fournir aux structures hospitalières des outils performants reprenant les dispositifs sociaux, les listes de structures d'accueil, des services à domicile sous forme de brochures ou fiches techniques, mettre à disposition du patient une coordination efficace pour un retour optimal au domicile tant au niveau de l'aménagement, des services offerts (repas, livraisons diverses) qu'au niveau financier.

### **2. La coordination de la prise en charge à domicile**

En matière de coordination de la prise en charge à domicile sur le versant français, selon les textes décrivant la politique de santé française à moyen et long terme, il apparaît que le modèle des coordinations de soins et services à domicile, tels qu'organisés en Belgique est compatible avec la vision des autorités françaises. De plus, les autorités publiques françaises, administratives et politiques réunies, nationales, régionales ou locales paraissent favorables à une organisation de prise en charge globale et multidisciplinaire des patients à domicile. Certaines régions disposent d'ailleurs déjà d'initiatives (les CLIC par exemple) ou de projets-pilotes qui confirment cet intérêt. L'objectif est d'aboutir à une seule structuration globale pour le retour et la prise en charge à domicile des patients. Afin d'y parvenir, il est nécessaire de disposer de moyens humains et matériels permettant d'organiser de façon plus permanente et structurée la coordination de la prise en charge globale du patient à son domicile.

### **3. La mobilité des prestataires**

Une connaissance approfondie des métiers de la santé à domicile et de leurs conditions d'accès permettra de fournir à ces prestataires des outils nécessaires pour exercer sur le versant voisin. L'objectif concret est de leur fournir des outils adaptés pour faciliter leur mobilité au travers de la frontière.

Au niveau des objectifs, le projet s'inscrit dans :

- le développement et la pérennisation d'offres de services transfrontaliers à la population en matière sanitaire et sociale,
- la simplification des démarches administratives des patients,
- la diminution des entraves à la mobilité des prestataires de santé en leur permettant d'exercer de part et d'autre de la frontière dans un cadre de simplification administrative et financière
- l'information des prestataires de soins sur leur mobilité transfrontalière possible.

Il aura donc un impact direct sur la population transfrontalière mais également vis-à-vis des prestataires de santé.

Le projet permettra enfin de réduire l'enclavement social de la population vivant dans les zones frontalières en favorisant les démarches dans les domaines sanitaires.



# Chapitre 1 : les services de soins et aides à domicile

## *Le système français*

### 1. Introduction

Le débat entre retour à domicile et hébergement est présent depuis de longues années en France.

Il est apparu au lendemain de la révolution française et peut être bien avant. Pourtant, ce n'est qu'à partir des années 90 que la prise en charge de la perte d'autonomie est développée grâce à la loi de 1997 qui définit la dépendance comme « l'état de la personne qui, nonobstant les soins qu'elle est susceptible de recevoir, a besoin d'être aidée pour l'accomplissement des actes essentiels de la vie courante ou requiert une surveillance régulière ».

La notion de dépendance se réfère à un besoin d'aide, lié à un état de santé, pour accomplir certaines tâches de la vie quotidienne. Cette prestation spécifique dépendance (PSD) est remplacée par l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) en 2001.

Avec la loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015, les autorités publiques ont eu comme objectif :

- d'anticiper pour repérer et combattre les premiers facteurs de risque de la perte d'autonomie,
- d'adapter les politiques publiques au vieillissement,
- d'améliorer la prise en charge des personnes en perte d'autonomie.

Dans le cadre de l'accompagnement de la perte d'autonomie, plusieurs objectifs ont été visés dont la refonte de l'aide à domicile, le soutien et la valorisation des proches et l'amélioration de l'offre médico-sociale sur le territoire. De nombreux objectifs sont, donc, relatifs au domicile.

Actuellement, on dénombre 15 millions de personnes âgées de 60 ans et plus. Ce chiffre évoluera à 20 millions en 2030 et à 24 millions en 2060. En ce qui concerne le nombre des personnes âgées de 85 ans et plus, il passera à 5 millions d'ici 2060 contre 1,4 millions à l'heure d'aujourd'hui. Pour pallier entre le domicile et des établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes, des résidences autonomes, de services et des accueils familiaux ont été créés.

Aujourd'hui en France, un grand nombre d'aides existent permettant d'encadrer le maintien à domicile. Les aides sont attribuées selon les besoins de la personne, la situation, l'âge ....

Le conseil départemental est un acteur majeur dans la préservation de l'autonomie des personnes handicapées et âgées. Il permet également de prévenir la dépendance, un accompagnement avec un maintien à domicile tout en renforçant les dispositifs d'accueils. D'une part, via les Maisons des solidarités (MDS), le Conseil départemental permet un accompagnement à domicile pour les personnes en perte d'autonomie que ce soit à domicile ou en établissement. D'autre part, via l'allocation personnalisée d'autonomie (APA), qui est une allocation destinée à toute personne de 60 ans et plus ayant perdu son autonomie (montant fixé selon un barème national, modulé selon le degré de dépendance et le niveau des ressources), l'équipe technique sur base d'un rapport d'une assistante sociale, recense les besoins du demandeur et les aides de toute nature nécessaire à son maintien à domicile : aide-ménagère, auxiliaire de vie, service de portage de repas, téléalarme, travaux d'adaptation du logement, aides techniques (fauteuil roulant, lit médicalisé). L'APA sert à financer ces aides, déduction faite de la participation du bénéficiaire. Enfin, via les Maisons départementales des personnes handicapées, des aides peuvent également être apportées, notamment avec la prestation de compensation du handicap qui permet de rembourser les frais liés à une perte d'autonomie et qui comprend des aides humaine (financer un service d'aide à domicile...), technique (financer du matériel médical...), aménagement du logement (aménagement adapté au handicap...), transport (aménagement du véhicule et les coûts liés aux transports...), aide spécifique ou exceptionnelle (réparation d'un fauteuil roulant par exemple...), animalière (acquisition et l'entretien d'un animal favorisant l'autonomie...).

Les caisses d'assurance retraite et de la santé au travail (CARSAT), sans être un service à domicile, doivent être citées pour les aides financières qu'elles octroient. Ces aides sont une aide au retour à domicile après une hospitalisation et le plan d'actions personnalisé à domicile (PAP) qui permet une prise en charge par l'intervention d'un professionnel à domicile pour les tâches du quotidien (entretien du logement, courses de proximité...).

En plus des aides, il existe tout un système de dispositifs et de services facilitant le maintien de la personne à domicile.

## 2. Description des dispositifs et services facilitant le maintien à domicile

### ❖ La plateforme territoriale d'appui

Les plateformes territoriales d'appui (PTA) sont un dispositif issu de la loi de modernisation du système de santé<sup>1</sup>.

Ce dispositif a été créé pour répondre à un besoin majeur : aider les professionnels (notamment le médecin généraliste) à gérer des situations complexes et organiser le parcours de santé, et ce quels que soient l'âge et la pathologie du patient.

La complexité est avant tout celle ressentie par le professionnel. Il peut s'agir d'une complexité médicale (pluri-pathologie...) et d'une complexité psycho-sociale (isolement social, addiction...).

À la demande des professionnels, la PTA peut apporter plusieurs types de services :

- informer et orienter les professionnels de santé vers une ressource du territoire la plus adaptée à la situation du patient: la plateforme peut, par exemple, identifier une aide à domicile, orienter vers une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD),
- procéder à l'évaluation multidimensionnelle des besoins du patient en situation complexe, et en fonction de la complexité de la situation, proposer différentes interventions et assurer leur suivi. La plateforme peut, par exemple, faire une demande d'aménagement du domicile à un ergothérapeute, prendre contact avec la maison départementale des personnes handicapées pour que la personne bénéficie de la prestation de compensation du handicap, programmer l'intervention d'une infirmière à domicile...,
- organiser des réunions de retours d'expériences, aider à monter des projets territoriaux, diffuser des protocoles de bonnes pratiques...

L'objectif est de favoriser le maintien à domicile et d'éviter les ruptures de parcours.

La PTA s'appuie en premier lieu sur les ressources et l'offre existantes (réseaux de santé, MAIA, CLIC...) mais dispose également d'une équipe dédiée afin d'apporter au professionnel une réponse quel que soit le cas auquel il est confronté.

Tout professionnel des secteurs sanitaires, sociaux et médico-sociaux, peut s'adresser à la plateforme, avec une priorité donnée au médecin traitant.

---

<sup>1</sup> Loi de modernisation du système de santé du 26 janvier 2016, Décret n° 2016-919 du 4 juillet 2016.

Au niveau du statut juridique des PTA, aucune forme juridique n'est prescrite par les textes. Concrètement selon les territoires, les PTA choisissent leur forme juridique ou les porteurs gardent leur propre forme juridique (association ou groupement de coopération sanitaire - GCS) et lorsqu'il y a co-portage d'une PTA, les financements du FIR - Financement et Fonds d'intervention régional - accordés par l'ARS sont délégués au prorata des charges supportées par chaque co-porteur.

### ❖ La Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie

La méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie<sup>2</sup> (MAIA) est un dispositif médico-social.

Cette méthode associe tous les acteurs engagés dans l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants grâce à une démarche novatrice : l'intégration des services d'aide et de soins.

Les principaux enjeux de la méthode MAIA sont :

- la continuité des parcours des personnes âgées – autrement dit, éviter les ruptures de prise en charge – dans un environnement complexe qui mobilise de nombreux professionnels de disciplines différentes (secteur social, médico-social et sanitaire),
- la prise en charge des situations complexes par un professionnel formé et dédié, le gestionnaire de cas,
- le soutien à domicile des publics concernés, aussi longtemps que possible et dans les meilleures conditions.

Cette approche permet d'apporter une réponse décroisée, harmonisée, complète et adaptée aux besoins de la personne âgée (accueil, information, orientation et mise en place de soins, d'aides ou de prestations), quelle que soit la structure à laquelle elle s'adresse.

Le cahier des charges des MAIA est défini par décret<sup>3</sup>.

La MAIA est composée de 3 mécanismes interdépendants : la concertation, le guichet intégré et la gestion de cas.

Trois outils sont mis à disposition des professionnels pour leur permettre d'observer l'écart entre la demande de la personne âgée et les ressources existantes et de s'assurer que l'ensemble des besoins sont couverts :

---

<sup>2</sup> Article L.113-3 du Code de l'action sociale et des familles définit la MAIA, Article L.14-10-5 du Code de l'action sociale et des familles fixe les modalités de financement de MAIA, Article L.1431-2 du code de la santé publique, Décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 approuvant le cahier des charges des MAIA.

<sup>3</sup> Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer.

- le formulaire d'analyse multidimensionnelle (utilisé par les professionnels des guichets intégrés) et l'outil d'évaluation multidimensionnelle – le Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC) (utilisé par les gestionnaires de cas),
- le plan de service individualisé (PSI), outil de gestion de cas qui sert à définir, à planifier et à suivre l'ensemble des interventions assurées auprès d'une personne âgée en situation complexe,
- le système d'informations partageables entre les professionnels du territoire dans un objectif de continuité des parcours de vie des personnes.

La loi d'adaptation relative à l'adaptation de la société au vieillissement a conforté les dispositifs MAIA, notamment en autorisant les professionnels qui interviennent dans le cadre d'une équipe de soins à échanger des informations relatives à la santé, à la situation sociale et à l'autonomie des personnes âgées afin de faciliter leur parcours.

Concrètement, le pilote MAIA est chargé de veiller à la cohérence des interventions par l'engagement de chacun des acteurs dans ce projet de territoire :

- il établit un diagnostic organisationnel approfondi d'identification des ressources, de connaissance des acteurs et des interventions du territoire. Ce diagnostic est un préalable à l'intégration des services d'aide et de soins,
- il impulse l'intégration des guichets d'accueil et d'orientation en associant tous les opérateurs identifiés,
- il organise et anime les instances de concertation tactique et stratégique en lien avec l'agence régionale de santé (ARS) et le conseil départemental,
- il est la courroie de transmission entre les différents mécanismes de l'intégration (instances de concertation, guichet intégré et gestion de cas).

Placé sous la responsabilité du pilote, le gestionnaire de cas intervient à la suite du repérage des situations complexes par le guichet intégré. Il réalise à domicile l'évaluation multidimensionnelle, définit le plan de service individualisé (PSI), planifie le recours aux services et assure le suivi de la personne.

Pour les personnes âgées en situation complexe, le gestionnaire de cas met en œuvre un suivi intensif au long cours (y compris pendant les périodes d'hospitalisation). Il est l'interlocuteur direct de la personne, du médecin traitant, des professionnels intervenant à domicile et devient le référent des situations complexes.

Le financement des MAIA est prévu sur le budget de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA), dont le directeur arrête chaque année la répartition régionale de l'enveloppe.

Pour la création d'une nouvelle MAIA, une convention de financement (annuelle ou pluriannuelle) entre l'Agence régionale de santé (ARS) et le porteur de projet MAIA doit être conclue.

## ❖ Le Centre Local d'Information et de Coordination

Le Centre Local d'Information et de Coordination<sup>4</sup> (CLIC) est un lieu d'accueil de proximité destiné à fournir aux personnes âgées et à leurs familles information, conseil et orientation.

Le CLIC est donc à la fois :

- un centre d'information, où les usagers peuvent se renseigner sur l'ensemble des services disponibles à proximité de leur domicile,
- un lieu d'écoute, de solidarité, et de communication,
- un espace où les personnes âgées peuvent recevoir de l'aide pour prendre les décisions liées à leur prise en charge et divers éléments de leur vie quotidienne (aides, services à la personne, soins, aide aux aidants, accueil dans les établissements...).

Lancé en 2000 dans 25 sites expérimentaux, le label CLIC a été généralisé à partir de 2001 et couvre à présent l'ensemble du territoire français.

Les CLIC ont pour principale mission la prise en charge des personnes âgées faisant face à des situations plus ou moins complexes.

Guichet d'accueil, de conseil, d'orientation des personnes âgées, le CLIC obéit à une triple logique :

- de proximité,
- d'accès facilité aux droits,
- de mise en réseau entre les professionnels.

Dans chaque CLIC, les acteurs suivants interviennent pour aider les usagers :

- une personne chargée de l'accueil des personnes âgées et des familles,
- un coordonnateur, chargé d'organiser et de mobiliser l'action des différents intervenants médicaux sociaux dans la prise en charge des personnes âgées. Ce responsable de la coordination doit être en mesure de mobiliser les différents acteurs médico-sociaux pour répondre aux besoins des personnes âgées dépendantes s'adressant au CLIC.

Les missions des CLIC dépendent de leur niveau de labellisation. Il existe trois niveaux de label :

- Niveau 1 : missions d'accueil, d'information, d'écoute et de soutien aux familles. Pour être habilité, le CLIC doit disposer d'un local de permanence et d'un standard téléphonique. Il doit gérer une base de données et organiser des actions de formation ou d'information. Enfin, il doit proposer à la fois une information sur les aides et prestations disponibles ainsi que, chaque fois que possible, les dossiers de demande nécessaires à leur obtention,
- Niveau 2 : en plus des requis du niveau 1, le CLIC niveau 2 organisera des missions d'évaluation des besoins et d'élaboration d'un plan d'aide personnalisé. Il proposera une gamme partielle de services, par exemple des groupes de paroles. Le suivi de la mise en œuvre du plan d'aide, s'il existe, n'est pas systématique,

---

<sup>4</sup> Circulaire DGAS/AVIE/2 C n° 2001-224 du 18 mai 2001 relative aux centres locaux d'information et de coordination (CLIC).

- Niveau 3 : au-delà des prestations du niveau 2, le CLIC labellisé niveau 3 met en œuvre les plans d'aide et le suivi. Il aide les personnes âgées à constituer leurs dossiers de prise en charge. Il organise l'intervention des services d'aide à domicile et de soins infirmiers à domicile, l'accueil de jour, le portage de repas, les aides techniques, les travaux d'aménagement du domicile, etc.

Des opérateurs de nature très différente peuvent devenir opérateurs d'un CLIC. Il peut s'agir d'une mairie, d'un hôpital, d'une association, ou de n'importe quelle autre collectivité territoriale...

Le label CLIC est attribué par un comité de pilotage composé du préfet, du président du Conseil Général, d'un représentant de la caisse maladie, et des représentants des CCAS (Centres communaux d'action sociale) des grandes villes.

Une convention de partenariat est alors signée, déterminant des objectifs formalisés en termes qualitatifs et quantitatifs.

À ce jour, plus de 50 % des CLIC sont gérés par une association, plus de 25 % par une commune ou un CCAS, 10 % par un établissement hospitalier et, un peu moins directement, par un Conseil général.

### ❖ Les réseaux de santé

Le dispositif des réseaux de santé<sup>5</sup> assure une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Inscrits dans la loi depuis 2002, les réseaux constituent également l'un des principaux dispositifs de coordination des acteurs (sanitaire, médico-social et social) intervenant sur le parcours des patients.

Les réseaux de santé ont pour objet de favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires.

Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins.

Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations. Ils sont constitués entre les professionnels de santé libéraux, les médecins du travail, des établissements de santé, des centres de santé, des institutions sociales ou médico-sociales et des organisations à vocation sanitaire ou sociale, ainsi qu'avec des représentants des usagers.

---

<sup>5</sup> Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé - Décret n° 2002-1298 du 25 octobre 2002 - Décret n° 2002-1463 du 17 décembre 2002, Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale.

Les réseaux de santé qui satisfont à des critères de qualité ainsi qu'à des conditions d'organisation, de fonctionnement et d'évaluation fixés par décret peuvent bénéficier de subventions de l'État, dans la limite des crédits inscrits à cet effet chaque année dans la loi de finances, de subventions des collectivités territoriales ou de l'assurance maladie ainsi que de financements des régimes obligatoires de base d'assurance maladie pris en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Pour le secteur des personnes âgées, les réseaux de santé assurent le lien entre les médecins intervenant auprès de la personne, tous les acteurs et partenaires tels que le département, les points d'information locaux dédiés aux personnes âgées, les collectivités locales et territoriales, les établissements de santé, les structures d'hébergement comme les EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), les SSIAD (services de soins infirmiers à domicile), les services à domicile, les associations de bénévoles...

L'admission et l'organisation de la prise en charge par un réseau de santé sont gratuites et les actes des professionnels sont pris en charge par l'Assurance maladie.

Plus de 700 réseaux de santé existent aujourd'hui en France. Certains réseaux sont spécialisés dans l'intervention auprès de malades atteints de maladies particulières (cancer, maladies chroniques...) ou dans des situations particulières (fin de vie...). Ainsi, la plupart des réseaux gériatriques se sont regroupés avec d'autres réseaux tels que des réseaux de soins palliatifs et des réseaux de cancérologie.

Ce sont notamment les médecins traitants qui font appel aux réseaux de santé quand un de leur patient nécessite une prise en charge complexe à laquelle ils ne peuvent pas faire face seuls.

L'hôpital peut également contacter le réseau lors d'une sortie d'hospitalisation, ainsi que les différents points d'information locaux dédiés aux personnes âgées, la mairie...

Lors de la demande d'admission du patient au réseau, une évaluation est réalisée à domicile, afin de déterminer les besoins.

Si l'état du patient justifie la prise en charge, un plan personnalisé de santé est alors élaboré par les différents professionnels concernés et proposé au patient et à son entourage, toujours en accord avec le médecin traitant.

Ce plan personnalisé de santé peut être discuté, voire refusé.



## ❖ L'hospitalisation à domicile

L'hospitalisation à domicile (HAD)<sup>6</sup> est une forme d'hospitalisation. Elle permet d'assurer à domicile des soins médicaux et paramédicaux importants, pour une période limitée mais renouvelable en fonction de l'évolution de votre état de santé.

L'HAD intervient exclusivement sur prescription médicale et avec l'accord du médecin traitant, qui assure la prise en charge médicale tout au long du séjour.

Elle est prise en charge par l'Assurance maladie au même titre que les dépenses en hospitalisation.

L'HAD permet de réaliser à domicile :

- des soins ponctuels, notamment en cas de maladies non stabilisées (par exemple, une chimiothérapie),
- des soins de réadaptation au domicile (notamment en cas de retour anticipé après l'accouchement, de maladie cardiaque, de traitement orthopédique,...),
- des soins palliatifs.

L'HAD peut être envisagée si les 3 conditions, de la situation du patient, suivantes sont réunies :

- le patient est hospitalisé et le médecin qui le suit à l'hôpital estime que les soins peuvent être poursuivis chez lui (ou juge que l'état n'exige pas un prolongement de l'hospitalisation),
- les conditions de domicile le permettent (l'assistante sociale fera une enquête). La notion de domicile recouvre le domicile personnel, mais aussi les établissements d'hébergement collectif (Ehpad par exemple),
- le patient et sa famille sont d'accord.

L'HAD peut être mise en place conjointement avec un service de soins infirmiers à domicile ou un service polyvalent d'aide et de soins à domicile.

Il faut pour cela que le patient soit dans l'une des situations suivantes :

- le patient est déjà pris en charge par le service de soins infirmiers à domicile ou le service polyvalent d'aide et de soins à domicile depuis 7 jours,
- le patient est en fin d'une période d'hospitalisation complète (avant laquelle il était pris en charge par le service de soins infirmiers à domicile ou le service polyvalent d'aide et de soins à domicile et à condition que ce service ait conservé sa place).

Pour pouvoir bénéficier d'une HAD, il faut répondre aux conditions administratives suivantes :

- résider dans une zone géographique couverte par une structure d'HAD. Les établissements d'HAD existent dans la plupart des départements. À de rares exceptions près (notamment en zone urbaine, et en raison des impératifs de proximité qu'implique l'HAD), il n'est pas possible de choisir son établissement car chaque commune relève en général d'un seul établissement,
- et que la structure dispose d'un nombre de lits suffisant pour accueillir le patient.

---

<sup>6</sup> Code de la santé publique : Article R6121-4 et Articles D 6124-306 à D6124-312.

Les établissements d'HAD doivent respecter toutes les obligations d'un établissement de santé en matière de sécurité et de qualité des soins.

Seul un médecin hospitalier ou un médecin traitant peut orienter vers l'HAD. Lorsque l'initiative vient d'un médecin hospitalier, l'accord du médecin traitant est toujours sollicité. En effet, c'est ce dernier qui planifie le projet de soins en coordination avec l'équipe soignante de l'établissement.

Avant toute admission en HAD, une évaluation de la situation du patient est réalisée par l'équipe soignante de l'établissement. Celle-ci se rend à domicile pour :

- s'assurer de la faisabilité de la prise en charge,
- et fixer les conditions matérielles requises par le projet de soins.

Le matériel et les fournitures nécessaires sont livrés au domicile par l'établissement ou par un prestataire extérieur auquel il fait appel. Les matériels nécessitent parfois un réaménagement provisoire des lieux, par exemple en cas d'installation d'un lit médicalisé.

Le projet de soins est porté à la connaissance du patient et à celle de son entourage. Et dans la mesure du possible, l'organisation des soins prend en considération les souhaits et contraintes personnelles des patients et de leur entourage.

Selon les cas, les produits pharmaceutiques peuvent être livrés :

- par la propre pharmacie de l'établissement d'HAD,
- ou par un pharmacien d'officine en ville.

L'établissement d'HAD met à la disposition et à celle de l'entourage un protocole d'alerte pour les situations d'urgence. Ce protocole consiste à minima en une permanence téléphonique infirmière joignable 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Certains établissements d'HAD, mais pas tous, offrent la possibilité d'un déplacement d'infirmière à domicile la nuit. Quand ce n'est pas le cas, l'infirmière jointe au téléphone organise, si nécessaire, l'intervention des secours<sup>7</sup>.

Le séjour en HAD est en principe à durée déterminée, mais cette durée est révisable selon la nature des soins et l'évolution de l'état de santé du patient. Dans la majorité des cas, à l'issue du séjour en HAD, la personne reste à domicile. Si elle a toujours besoin de soins, mais plus de soins hospitaliers, le relais est organisé par l'établissement d'HAD pour une prise en charge sous une autre forme (par exemple, par un service de soins infirmiers à domicile proposés par des professionnels libéraux). Si l'état de santé s'aggrave et qu'un séjour en hôpital est nécessaire, le transfert est géré par l'établissement d'HAD en coopération avec la structure concernée.

---

<sup>7</sup> Arrêté du 1er juin 2018 fixant la durée minimale permettant la prise en charge conjointe par un établissement d'hospitalisation à domicile et un service de soins infirmiers à domicile.

## ❖ Les services de soins infirmiers à domicile

Les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), créés en 1981, sont des services médico-sociaux qui interviennent au domicile des personnes âgées, des personnes en situation de handicap et des personnes de moins de 60 ans atteintes de pathologies chroniques ou présentant certains types d'affection afin de leur dispenser des soins (soins techniques infirmiers et soins de nursing).

Les SSIAD ont vocation tant d'éviter l'hospitalisation, notamment lors d'une phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile et ne relevant pas de l'hospitalisation à domicile, que de faciliter les retours à domicile à la suite d'une hospitalisation.

Ils contribuent à prévenir la perte d'autonomie, à limiter les incapacités et à lutter contre l'isolement ; ils contribuent ainsi à retarder l'admission dans des établissements sociaux et médico-sociaux.

Les SSIAD assurent sur prescription médicale des soins infirmiers sous la forme de soins techniques et de soins de base et relationnels. Ils effectuent également une coordination des soins.

Les SSIAD effectuent un travail de coordination, assuré par un infirmier coordonnateur pour coordonner :

- les interventions relevant du SSIAD auprès de la personne prise en charge,
- les professionnels du service,
- les interventions du service avec les différents acteurs du secteur.

Ils contribuent également à l'éducation et à la prévention en matière de santé :

- les SSIAD peuvent être amenés à participer à l'éducation thérapeutique<sup>8</sup> des patients,
- ils peuvent également mettre en œuvre des actions d'éducation à la santé et d'aide à l'autonomisation des soins en direction des usagers et de leurs proches,
- des actions de formation ou d'éducation et d'apprentissage à la réalisation des gestes peuvent enfin être mises en œuvre auprès des professionnels d'autres services à domicile<sup>9</sup>.

Les SSIAD interviennent sur prescription médicale auprès :

- des personnes âgées de plus de 60 ans, malades ou en perte d'autonomie,
- des personnes de moins de 60 ans handicapées ou atteintes d'une maladie chronique.

Leurs interventions auprès des personnes âgées ont pour objectif :

- de prévenir la perte d'autonomie,
- d'éviter une hospitalisation,
- de faciliter le retour à domicile après une hospitalisation,
- de retarder une entrée dans un établissement d'hébergement.

Ces interventions peuvent être de courte, de moyenne ou de longue durée selon l'état de santé et les besoins du patient.

---

<sup>8</sup> Articles L. 1161-1 à L. 1161-6 du Code de la santé publique.

<sup>9</sup> Articles D. 312-1 à D 312-5-1 du Code de l'action sociale et des familles.

Les SSIAD peuvent intervenir 7 jours sur 7 si nécessaire.

Les équipes des SSIAD sont essentiellement composées d'aides-soignants et d'infirmiers. Ils réalisent, selon leurs compétences :

- des soins de nursing : toilette...,
- des actes infirmiers : pansements, distribution des médicaments, injections...

Les interventions des SSIAD sont prises en charge directement et intégralement par l'Assurance maladie.

Les SSIAD sont autorisés à intervenir auprès d'un nombre limité de personnes. Il est donc possible que le service ne puisse pas prendre en charge un patient au moment où il en fait la demande : il sera alors inscrit sur une liste d'attente.

Si le SSIAD est en capacité d'intervenir, une évaluation des besoins est réalisée au domicile par l'infirmier coordonnateur du SSIAD.

### ❖ Le service d'aide à domicile

Le service d'aide à domicile propose aux personnes en perte d'autonomie et à leurs aidants une aide matérielle et humaine à la vie quotidienne.

Le SAD assure donc des prestations de soins à domicile telles que :

- le ménage, l'entretien du logement,
- l'entretien du linge,
- les courses et la préparation des repas,
- l'aide à la toilette, à l'habillage et au déshabillage,
- l'aide aux démarches administratives,
- la présence et l'écoute des personnes en perte d'autonomie ou malades.

Cependant, ces services d'aide à domicile, assurés par des auxiliaires de vie sociale, ne peuvent pas remplacer les services assurés par une infirmière, qui est habilitée à prodiguer des soins.

### ❖ Les services d'aide à la personne : service à la personne et le service d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes vulnérables.

Pour répondre à un besoin croissant de confort ou à une nécessité d'assistance à domicile, les français peuvent faire appel à l'un des opérateurs de services à la personne présents sur l'ensemble du territoire national.

Les services à la personne regroupent à la fois les services dits « de confort » (services à la famille et de la vie quotidienne) et les services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes vulnérables (SAAD)<sup>10</sup>.

Les services à la personne peuvent être proposés selon trois modes d'intervention distincts<sup>11</sup> :

- le mode « prestataire » : le particulier a recours à un organisme qui emploie des intervenants à domicile. Il est alors client de l'organisme qui lui facture la prestation,
- le mode « mandataire » : le particulier emploie directement un salarié mais confie à l'organisme les formalités administratives et les déclarations sociales et fiscales liées à l'emploi. Ce dernier présente des intervenants d'un profil adapté. Le particulier devient employeur de l'intervenant,
- le mode « mise à disposition » : l'organisme de service à la personne recrute des travailleurs et les met à titre onéreux à la disposition des particuliers. Il s'agit généralement d'un mode d'insertion professionnelle. Ce mode d'intervention reste peu fréquent.

Il existe, à ce jour, 26 activités de services à la personne<sup>12</sup>. Pour exercer ces activités, l'opérateur peut ou doit solliciter :

- un agrément : pour exercer certaines activités de services à la personne auprès de publics fragiles (enfants de moins de 3 ans et enfants handicapés de moins de 18 ans en mode prestataire et mandataire, personnes âgées dépendants ou personnes handicapées uniquement en mode mandataire), l'opérateur doit obligatoirement obtenir un agrément délivré par le Préfet. Dans ce cadre, l'opérateur doit respecter un cahier des charges spécifique fixé par arrêté<sup>13</sup>,
- une autorisation : pour exercer les activités de services d'aide et d'accompagnement à domicile (SAAD) en mode prestataire, les opérateurs doivent obligatoirement obtenir une autorisation délivrée par le Président du Conseil départemental. Dans ce cadre, ils doivent respecter un cahier des charges spécifique prévu par décret<sup>14</sup>,
- une déclaration : tous les opérateurs peuvent se déclarer, pour les activités mentionnées à l'article D. 7231-1 du Code du travail, auprès de la Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE). Cette déclaration, facultative, permet aux organismes et aux consommateurs de bénéficier des avantages fiscaux et sociaux des services à la personne.

Le bénéficiaire d'un service à la personne peut recourir à des moyens de paiement spécifiques et obtenir des aides financières selon sa situation :

- L'utilisation du chèque emploi service universel (CESU) : un CESU « préfinancé » par une entreprise, un comité d'entreprise, une mutuelle, une caisse de retraite ou une collectivité territoriale peut être utilisé pour payer l'organisme de services à la personne. Il s'agit d'un titre de paiement d'un montant prédéfini qui peut être complété par tout autre moyen de paiement.

---

<sup>10</sup> Article D. 7231-1 du Code du travail.

<sup>11</sup> Article 7232-6 du Code du travail.

<sup>12</sup> Article D. 7231-1 du Code du travail.

<sup>13</sup> Arrêté du 1<sup>er</sup> octobre 2018 fixant le cahier des charges prévu à l'Article R. 7232-6 du Code du travail.

<sup>14</sup> Décret n° 2016-502 du 22 avril 2016 relatif au cahier des charges national des services d'aide et d'accompagnement à domicile et modifiant le Code de l'action sociale et des familles.

- Les aides financières :
  - pour les **personnes âgées dépendantes** - renseignements auprès du Conseil départemental et de la Caisse nationale d'allocation vieillesse (CNAV) :
    - ✓ l'APA : allocation personnalisée d'autonomie,
    - ✓ l'ASPA : allocation de solidarité aux personnes âgées.
  - pour les **personnes handicapées** - renseignement auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH) :
    - ✓ la PCH : prestation de compensation du handicap,
    - ✓ l'AAEH : allocation d'éducation de l'enfant handicapé.
  - pour les **parents souhaitant faire garder leurs enfants de moins de 6 ans** - renseignements auprès de la Caisse d'allocation familiale (CAF) ou, éventuellement, de la mutuelle sociale agricole (MSA) :
    - ✓ le CMG : complément du libre choix du mode de garde.

### **Les services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes vulnérables**

Les SAAD<sup>15</sup> sont à destination des personnes fragilisées. Par conséquent, la réalisation de ces services est soumise à une réglementation spécifique plus protectrice des consommateurs vulnérables. Cette réglementation s'applique en sus de la réglementation générale applicable à tous les opérateurs de services à la personne.

Le contrat signé avec le consommateur est intitulé « document individuel de prise en charge (DIPEC) ». Il doit définir les objectifs et la nature de la prise en charge. Il doit contenir la liste des prestations offertes, leurs coûts prévisionnels ainsi que les modalités de résiliation du contrat. Par ailleurs, il doit préciser les conditions de facturation y compris en cas d'absence ou d'hospitalisation du bénéficiaire.

Les opérateurs proposant des SAAD peuvent être habilités ou non à intervenir auprès de personnes bénéficiaires de l'aide sociale. Cette distinction a pour conséquence l'application d'une réglementation distincte concernant les contrats et les prix pratiqués dans le cadre des prestations de SAAD. Pour savoir si l'opérateur est habilité ou non à recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, il est possible de contacter le Conseil départemental.

En plus de l'aide pour les actes de la vie ordinaire, il s'agit d'accompagner les bénéficiaires par du personnel diplômé dans les actes essentiels de la vie quotidienne tels que l'aide à la toilette, l'assistance aux repas, l'aide au répit ou par des prestations de stimulation et de présence.

En fonction des besoins, les prestations permettent l'entretien courant du domicile, du linge ainsi que la préparation des repas. L'intervenante s'assure de la bonne gestion des denrées alimentaires. Par conséquent, elle peut être amenée à faire les courses en cas de besoin avec ou sans le bénéficiaire. Les bénéficiaires peuvent être également soutenus dans leurs démarches administratives. A la demande du bénéficiaire ou de sa famille, l'intervenante peut accompagner les diverses sorties.

---

<sup>15</sup> Article L. 312-1 6° et 7° du Code de l'action sociale et des familles.

## ❖ Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile

Les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (SPASAD)<sup>16</sup> sont des services assurant à la fois les missions d'un SSIAD (service de soins infirmiers à domicile) et celles d'un service d'aide à domicile. Ils proposent à la fois des soins infirmiers et des aides à domicile.

Les SPASAD présentent de nombreux intérêts pour les personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes de pathologies chroniques à domicile. Les services rendus par les SPASAD présentent de nombreux intérêts pour leurs usagers : les personnes ne sont plus obligées de faire appel à deux services, ni de coordonner leurs interventions.

L'accompagnement est fluide et sécurisant. Les démarches et le dialogue avec le service intervenant à domicile sont facilités pour les personnes et les familles. Elles disposent d'un interlocuteur unique pour la mise en place de l'intervention, son suivi, qui sont assurés par une même équipe.

Pour la partie aide à domicile, les SPASAD apportent des prestations d'entretien du cadre de vie et des prestations d'aide à la personne. Ils interviennent dans les mêmes conditions que les services d'aide à domicile. Pour ces interventions, il n'est pas nécessaire d'avoir une prescription médicale.

Pour bénéficier de l'intervention d'un SPASAD pour des soins infirmiers, il est nécessaire d'avoir une prescription médicale, comme dans le cadre d'un recours à un SSIAD. Il faut également être âgé de plus de 60 ans ou être en situation de handicap.

Le coût des interventions pour les soins infirmiers est pris en charge par l'Assurance maladie. Il n'y a pas d'avance de frais demandée à la personne.

Le coût des interventions d'aide à domicile est à la charge de la personne. Il peut être pris en charge en partie par différentes aides (notamment l'APA, les aides des caisses de retraite et les aides des complémentaires santé), sous réserve d'être éligible à ces aides.

La loi<sup>17</sup> donne également la possibilité aux SPASAD de mettre en place des actions de prévention financées dans le cadre de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie.

## ❖ L'accompagnement des équipes spécialisées Alzheimer

L'accompagnement des équipes spécialisées Alzheimer (ESA) s'adresse aux personnes diagnostiquées au début de la maladie, à un stade léger et modéré. La maladie doit avoir une répercussion sur la vie quotidienne de la personne malade et de ses proches.

---

<sup>16</sup> Loi du 28 décembre 2015, relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

<sup>17</sup> Loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Les interventions de ces équipes ont pour objectif de permettre aux personnes de rester vivre le plus longtemps à domicile. Les interventions vont ainsi :

- aider les personnes malades à maintenir leur autonomie en stimulant leurs capacités,
- aider les personnes malades à diminuer les éventuels troubles du comportement,
- encourager et soutenir les proches de la personne.

Les équipes sont composées de professionnels formés à l'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer :

- psychomotriciens,
- ergothérapeutes,
- assistants de soins en gériatrie : les assistants de soins en gériatrie sont des aides-soignants ou des aides médico-psychologiques (AMP) qui ont suivi une formation spéciale pour accompagner des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Un infirmier coordinateur, un psychomotricien ou un ergothérapeute encadre l'équipe.

Pour l'évaluation des capacités de la personne à accomplir les activités de la vie quotidienne au domicile, c'est un ergothérapeute ou un psychomotricien qui en ont la charge.

En fonction de l'évaluation, le professionnel fixe un ou deux objectifs. Par exemple : s'habiller seul, refaire à manger... Il conçoit ensuite un programme s'appuyant sur les capacités restantes de la personne pour l'aider accomplir à nouveau ces activités et retrouver plaisir à les faire. Ce programme comprend également un volet d'éducation thérapeutique des aidants avec leur sensibilisation, leur accompagnement et du conseil.

Les assistants de soins en gériatrie prennent ensuite le relais. Ils interviennent à domicile en suivant le programme conçu par l'ergothérapeute ou le psychomotricien.

A la fin des séances, l'ergothérapeute ou le psychomotricien fait un bilan des activités réalisées. Ce bilan est transmis au médecin qui a prescrit l'intervention d'une équipe spécialisée Alzheimer.

Pour bénéficier de l'intervention d'une équipe spécialisée Alzheimer, il est nécessaire d'avoir une prescription médicale.

Il est possible de bénéficier de 12 à 15 séances au maximum réparties sur une durée de 3 mois durant une année. Au bout d'un an, il est possible de renouveler la prescription.

Les équipes spécialisées Alzheimer sont rattachées à des SSIAD (services de soins infirmiers à domicile).

Le coût des interventions de l'équipe spécialisée Alzheimer est intégralement pris en charge par l'Assurance maladie.



## ❖ Le Service d'accompagnement Médico-social pour les adultes handicapés

Le Service d'accompagnement Médico-social pour les adultes handicapés (SAMSAH)<sup>18</sup> est une structure, qui fonctionne selon sa propre organisation et travaille le plus souvent en collaboration avec un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS) – ou qui comprend un SAVS – et dont les interventions peuvent s'exercer de façon permanente, temporaire, ou selon un mode séquentiel.

Le SAMSAH a pour vocation, dans le cadre d'un accompagnement médico-social adapté comportant des prestations de soin, de prendre en charge des personnes adultes handicapées dont les déficiences et incapacités nécessitent :

- des soins réguliers et coordonnés,
- un accompagnement médical et paramédical en milieu ouvert.

Le projet individualisé d'accompagnement comprend:

- la dispensation et la coordination de soins médicaux et paramédicaux à domicile ou un accompagnement favorisant l'accès aux soins et l'effectivité de leur mise en œuvre,
- un accompagnement et un suivi médical et paramédical en milieu ordinaire de vie, y compris scolaire, universitaire et professionnel.

Les prestations sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant, tout ou partie des professionnels suivants :

- des assistants de service social,
- des auxiliaires de vie sociale,
- des aides médico-psychologiques,
- des psychologues,
- des conseillers en économie sociale et familiale,
- des éducateurs spécialisés,
- des moniteurs-éducateurs,
- des chargés d'insertion,
- des auxiliaires médicaux régis par le livre III de la quatrième partie du code de la santé publique,
- des aides-soignants.

De plus, l'équipe pluridisciplinaire comprend ou associe dans tous les cas un médecin.

Les SAMSAH peuvent être autonomes ou rattachés à un établissement (centre hospitalier, associations de santé, FAM - Foyer d'Accueil Médicalisé , etc.).

Les dépenses sont financées par l'assurance maladie pour le volet soins et le conseil départemental pour le volet accompagnement.

---

<sup>18</sup> Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

## ❖ Les services d'accompagnement à la vie sociale

Les services d'accompagnement à la vie sociale<sup>19</sup> ont pour vocation de contribuer à la réalisation du projet de vie de personnes adultes handicapées par un accompagnement adapté favorisant le maintien ou la restauration de leurs liens familiaux, sociaux, scolaires, universitaires ou professionnels et facilitant leur accès à l'ensemble des services offerts par la collectivité.

Les services prennent en charge des personnes adultes, y compris celles ayant la qualité de travailleur handicapé, dont les déficiences et incapacités rendent nécessaires, dans des proportions adaptées aux besoins de chaque usager :

- une assistance ou un accompagnement pour tout ou partie des actes essentiels de l'existence,
- un accompagnement social en milieu ouvert et un apprentissage à l'autonomie.

Dans le respect du projet de vie et des capacités d'autonomie et de vie sociale de chaque usager, les services organisent et mettent en œuvre tout ou partie des prestations suivantes :

- l'évaluation des besoins et des capacités d'autonomie,
- l'identification de l'aide à mettre en œuvre et la délivrance à cet effet d'informations et de conseils personnalisés,
- le suivi et la coordination des actions des différents intervenants,
- une assistance, un accompagnement ou une aide dans la réalisation des actes quotidiens de la vie et dans l'accomplissement des activités de la vie domestique et sociale,
- le soutien des relations avec l'environnement familial et social,
- un appui et un accompagnement contribuant à l'insertion scolaire, universitaire et professionnelle ou favorisant le maintien de cette insertion,
- le suivi éducatif et psychologique.

Les prestations sont mises en œuvre par une équipe pluridisciplinaire comprenant ou associant tout ou partie des professionnels suivants :

- des assistants de service social,
- des auxiliaires de vie sociale,
- des aides médico-psychologiques,
- des psychologues,
- des conseillers en économie sociale et familiale,
- des éducateurs spécialisés,
- des moniteurs-éducateurs,
- des chargés d'insertion.

L'utilisateur participe, avec l'équipe pluridisciplinaire, à l'élaboration du projet individualisé de prise en charge et d'accompagnement en tenant compte de son projet de vie.

---

<sup>19</sup> Décret n° 2005-223 du 11 mars 2005 relatif aux conditions d'organisation et de fonctionnement des services d'accompagnement à la vie sociale et des services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés.

## ❖ L'équipe mobile de soins palliatifs

L'équipe mobile de soins palliatifs (EMSP)<sup>20</sup> est une équipe multidisciplinaire (médecins, infirmières, psychologues...) rattachée à un établissement de santé qui se déplace au lit du malade et auprès des soignants, à la demande des professionnels de santé. Ses membres ne pratiquent pas directement d'actes de soins (pas de substitution par rapport aux différents professionnels).

La responsabilité des soins incombe au médecin qui a en charge la personne malade, à domicile ou en institution.

L'équipe mobile exerce une activité transversale (au bénéfice de tous les services de soins) au sein de l'établissement de santé auquel elle est rattachée. Elle a un rôle de conseil et de soutien auprès des équipes soignantes des services, et participe à la diffusion de la démarche palliative au sein de la structure.

Certaines équipes mobiles ont la possibilité d'intervenir au domicile ou en institution médico-sociale.

L'équipe a pour objectifs :

- de soulager les douleurs physique et psychologique pour des situations complexes de fin de vie,
- d'assurer une écoute et un suivi de la personne soignée et son entourage,
- d'améliorer la prise en charge des autres symptômes de la maladie,
- d'accompagner les personnes en deuil.

## ❖ Télé Alarme / Télé Assistance

La téléalarme<sup>21</sup> est un service qui permet de mettre en contact une personne âgée avec un téléopérateur en cas de problème à domicile (chute, malaise...), 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7.

Téléassistance et téléalarme pour personne senior sont deux concepts différents du point de vue de leur contenu.

En effet, la téléalarme pour personne âgée est un service basique mis en place pour assister une personne âgée. À cet effet, ce service se limite à alerter et à notifier si la personne âgée a un problème. La téléalarme pour personne âgée est couramment proposée par les assurances pour venir en aide aux seniors.

D'un autre côté, la téléassistance pour senior est un service plus complet que la téléalarme quant au contenu. Ici, il ne s'agit plus d'une simple alerte, mais d'un service plus développé comprenant la détection de chute, la téléassistance médicale, la téléassistance avec vidéo, la téléassistance mobile

---

<sup>20</sup> Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, Circulaire N°DHOS/O2/2008/99 du 25 mars 2008 relative à l'organisation des soins palliatifs.

<sup>21</sup> Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement, Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 relative au développement des services à la personne et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale.

avec montre téléassistance senior. La téléassistance peut également inclure la détection de fumée, d'inondation, de gaz ou un niveau anormal de température.

Les collectivités territoriales ont une implication directe sur le marché. Elles proposent souvent un prestataire de téléassistance sélectionné par un appel d'offres.

### ❖ Service de retour à domicile des patients hospitalisés

Le service de retour à domicile des patients hospitalisés Prado a été initié par l'Assurance Maladie en 2010, pour anticiper les besoins du patient liés à son retour à domicile et fluidifier le parcours hôpital-ville.

Les principaux enjeux de Prado, qui s'inscrivent dans les objectifs fixés par la stratégie nationale de santé, sont :

- de préserver la qualité de vie et l'autonomie des patients,
- d'accompagner la diminution des durées de séjour à l'hôpital,
- de renforcer la qualité de la prise en charge en ville autour du médecin traitant,
- d'améliorer l'efficacité du recours à l'hospitalisation en réservant les structures les plus lourdes aux patients qui en ont le plus besoin.

Initié pour les sorties de maternité, le service a été étendu aux sorties d'hospitalisation après chirurgie en 2012, après décompensation cardiaque en 2013, et après exacerbation de broncho-pneumopathie chronique obstructive (BPCO) en 2015, tout acte chirurgical depuis 2016, l'accident vasculaire cérébral (AVC) depuis 2017 et les personnes âgées de plus de 75 ans quel que soit le motif de leur hospitalisation, depuis 2017.

Concrètement, un conseiller de l'Assurance Maladie va à la rencontre du patient, déclaré éligible à Prado par l'équipe médicale hospitalière, pour lui présenter l'offre et recueillir son adhésion avant sa sortie.

Le médecin traitant est alors contacté par l'Assurance Maladie qui l'informe de l'adhésion de son patient au service et propose de planifier si besoin un premier rendez-vous. Le conseiller de l'Assurance Maladie prend également contact avec tous les autres membres de l'équipe de soins primaires pour initier le suivi du patient en lien avec le motif de son hospitalisation après son retour à domicile.

Une aide-ménagère et/ou un portage de repas peuvent également être organisés en lien avec les services sociaux.

Chaque Prado s'appuie sur :

- un benchmark des dispositifs similaires à l'étranger et des expérimentations françaises quand elles existent,
- un état des lieux de la pratique habituelle,
- la réalisation, avec l'appui de sociétés savantes et de professionnels de santé, de supports de bonnes pratiques validés par la Haute Autorité de santé (HAS).

Pour chaque catégorie de patients, après une phase d'expérimentation sur quelques territoires, Prado est évalué avant d'envisager une généralisation.

Depuis 2019, l'offre de « Prado personnes âgées » s'ouvre progressivement. Elle répond à une demande de la population française de pouvoir vieillir à son domicile. Les critères d'éligibilité et le parcours de soins de Prado personnes âgées ont été définis en partenariat avec la Haute Autorité de santé (HAS), le Collège de médecine générale (CMG) et la Société française de gériatrie et de gérontologie.

Prado personnes âgées est destiné aux personnes de 75 ans et plus, quel que soit le motif de leur hospitalisation.

### ❖ Les services des centres communaux d'action social

Le centre communal d'action social (CCAS)<sup>22</sup> a notamment pour missions d'accueillir, écouter et orienter, de participer à la prise en charge des personnes âgées dépendantes, de contribuer au maintien à domicile des seniors, l'aide à la constitution de dossier de demande de Revenu de Solidarité Active (RSA), les aides financières, les opérations en faveur des enfants de familles en difficulté, etc.

Concrètement, les CCAS organisent les services suivants :

- Le portage de repas à domicile : le portage de repas à domicile est possible, le repas est préparé selon votre régime alimentaire. Des aides financières sont possibles. Les repas peuvent être livrés via le CCAS (cuisine centrale) ou directement via un traiteur. Pour bénéficier du portage de repas à domicile, il faut avoir plus de 60 ans ou être en situation de handicap,
- Le portage de documents et de lecture à domicile : un agent du CCAS vient à domicile pour connaître les besoins. Il revient trois semaines après pour récupérer les documents (livres, magazines, CD, DVD...) et en apporter de nouveaux. L'agent peut également conseiller les usagers sur ses démarches administratives du quotidien. Pour bénéficier de ce service, il faut avoir plus de 60 ans ou être en situation de handicap.
- Les petits dépannages : un agent du CCAS peut se déplacer à domicile pour des petits dépannages comme :
  - remplacer une ampoule, une serrure...
  - déplacer un meuble
  - poser une étagère, un rideau...Pour bénéficier de ce service, il faut avoir plus de 60 ans ou être en situation de handicap.

---

<sup>22</sup> La loi du 7 Aout 2015 portant sur la nouvelle organisation territoriale de la République, Décret N°53-1186 du 29 novembre 1953.

## *Le système belge*

### 1. Introduction

Un bref détour historique permet de voir que le maintien à domicile des personnes âgées n'est pas une conception récente.

Jusqu'à la révolution industrielle, la question ne se posait pas : la personne âgée restait dans sa famille, à moins d'être indigente auquel cas c'est l'hôpital.

Les changements ne vont intervenir qu'au XXe siècle, avec le début de l'intervention de l'état. Ainsi l'hospice devient le centre du processus de prise en charge. Par la suite un autre facteur intervient : la représentation collective de l'hospice comme un mouvoir. Image encore bien présente de nos jours, malgré la professionnalisation du secteur des maisons de repos.

Un sentiment grandit au fur à mesure du temps : vouloir rester chez soi le plus longtemps possible. Dans les années 80 et l'augmentation du coût des soins aux personnes âgées, l'état redécouvre le potentiel de travail bénévole des familles, on remet en avant les bienfaits de la famille.

#### **L'aide apportée par la famille**

Dès lors, l'offre de services professionnels se définit comme « une aide aux aidants », mettant au centre de l'aide « la famille ». Ce principe est bousculé par nos modes de vie (travail, enfants vivant dans des pays étrangers, sentiment de ne pas vouloir déranger,...) et donc renforce le sentiment d'abandon d'un parent.

Dans le rapport d'une recherche commanditée par la COCOM, portant sur les conditions de vie de la population âgée, on constate qu'en Belgique, 81,3% des personnes âgées voient quelqu'un de leur famille au moins une fois par semaine, et pour plus d'un tiers cette visite est quotidienne. Dans les pays où l'organisation sociale est la plus poussée (Danemark, Pays-Bas, Royaume-Uni) ces pourcentages sont beaucoup plus faibles. Par contre, dans les pays méditerranéens, le pourcentage de contacts quotidiens se situe entre 60 et 70%. Ces constatations doivent être prises en compte dans le principe de maintien à domicile. Il doit y avoir un partenariat entre la famille et les services de maintien à domicile.

Les centres de coordination voient le jour à la fin des années 80 suite à un phénomène né dans les années 50-60 : la réduction du nombre de lits hospitaliers suite à un moratoire, la fermeture de services et l'allocation de financement à de nouveaux dispensateurs de soins tels que les maisons de repos et de

soins et les soins à domicile. Ces structures renforcent le rôle des aides familiales, mais proposent également des services qui vont répondre de manière plus globale à la demande de maintien à domicile.

Des projets pilotes se développent, visant la coordination entre professionnels et services de soins et d'aides dans le but d'éviter des hospitalisations et des hébergements non nécessaires. Les bénéfices constatés résident dans une diminution des hospitalisations et une réorientation vers les soins à domicile. Quelques années plus tard, un décret vient soutenir les centres de coordination et régir leur action. Ils assurent la coordination entre l'aide familiale, les soins infirmiers, le médecin généraliste et un service social selon le principe du libre choix du patient. Cette fonction permet d'articuler le soin et l'aide, développe une approche pluridisciplinaire face à des problématiques de plus en plus complexes et variées. Les différents Centres de coordination se caractérisent par leur appartenance à des mutualités et/ou des structures privées ou publiques et/ou des services intégrés ou non intégrés. Ils sont représentés par quatre fédérations de mouvances philosophiques et politiques différentes, qui travaillent en collaboration à la défense des intérêts du secteur

## 2. Description des « Services - Structures - Institutions existantes sur le territoire »

### ❖ Les services intégrés de soins à domicile ( SISD)

Le service intégré de soins à domicile<sup>23</sup> est « l'institution de soins de santé qui, dans une zone de soins, renforce l'ensemble des soins aux patients entre autres par l'organisation pratique et l'encadrement des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile qui requièrent l'intervention des praticiens professionnels appartenant à différentes disciplines ». Des modifications ont été légiférées via un Arrêté Royal<sup>24</sup> et un Arrêté Ministériel<sup>25</sup>.

Le service intégré de soins à domicile veille :

- au suivi de l'information et de l'encadrement tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire que du patient,
- à la collaboration entre ses membres (organisation de réunions d'information, appui technique et administratif ...),
- à l'organisation pratique et au soutien des prestataires de soins exerçant à domicile et ce notamment en ce qui concerne :

---

<sup>23</sup> Arrêté royal du 8 juillet 2002 (MB du 5 octobre 2002).

<sup>24</sup> Arrêté royal du 14 mai 2003 déterminant les prestations visées à l'Article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

<sup>25</sup> Arrêté ministériel fixant le montant et les conditions dans lesquelles une intervention peut être accordée pour les prestations définies à l'Article 34, alinéa 1er, 13°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

- l'évaluation de l'autonomie du patient,
- l'élaboration et le suivi d'un plan de soins,
- la répartition des tâches entre les prestataires de soins,
- la concertation pluridisciplinaire.

Dans le cadre de l'exécution de ses missions, le SISD collabore de manière intensive avec les institutions de soins de santé établies dans la zone de soins.

Le SISD est un dispensateur de soins.

Pour être agréé, le SISD doit couvrir une zone de soins déterminée et être au moins composé de représentants :

- des médecins généralistes exerçant principalement dans la zone,
- des infirmiers et accoucheuses exerçant principalement dans la zone,
- des types de structures de coordination agréées et actives dans la zone.

Au 01 janvier 2020, il y a 25 SISD reconnus par l'INAMI dont 3 en Région bruxelloise, 8 en Wallonie et 14 en Communauté flamande.

Via les SISD, l'assurance soins de santé intervient dans les coûts de la concertation multidisciplinaire au sujet d'un patient au sein d'un SISD<sup>26</sup>. Pour ce faire, le nombre de participants à la concertation multidisciplinaire est illimité. Toutefois, le patient doit marquer son accord sur les participants et l'INAMI paie (via les mutualités) au maximum 4 interventions aux dispensateurs de soins par concertation. Seuls les dispensateurs de soins peuvent recevoir une intervention.

Le SISD peut recevoir une intervention pour la concertation si un dispensateur de soins ou d'aide a effectivement collaboré dans le cadre de la concertation au nom du SISD. Mais si plusieurs participants ont collaboré au nom du SISD, le SISD ne recevra qu'une seule intervention. Le SISD décide comment cette intervention sera dépensée. Des accords préalables clairs avec les dispensateurs de soins ou d'aide qui participent au nom du SISD sont conseillés. Comme indiqué précédemment, au maximum 4 interventions peuvent être prises en compte par concertation. Si plus de dispensateurs de soins entrent en ligne de compte, le SISD décide quels sont les dispensateurs de soins qui seront mentionnés sur la facture.

Afin que la concertation multidisciplinaire puisse être remboursée, le patient doit être évalué sur la base de certains instruments d'évaluation.

Les SISD reçoivent annuellement un financement structurel de l'INAMI par habitant de leur zone de soins<sup>27</sup>. Cet arrêté clarifie et assouplit la procédure de demande et augmente les montants.

Depuis le 1er janvier 2017, les compétences en matière des services intégrés de soins à domicile ont été transférées de la Fédération Wallonie Bruxelles à la Région wallonne responsabilité de l'AVIQ.

---

<sup>26</sup> <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/etablissements-services/services-soins-domicile/Pages/explications-complementaires-interventions-SISD.aspx>

<sup>27</sup> L'AR du 12 juin 2013 (Moniteur Belge de 11 juillet 2013 et Arrêté royal fixant les conditions dans lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde un financement aux services intégrés de soins à domicile Version coordonnée – en vigueur le 22 Juillet 2013 - AR 15122009 et AR 12062013.



## ❖ Les centres de coordination de soins et de l'aide à domicile

En Wallonie, un décret<sup>28</sup> définit « la coordination des soins et l'aide à domicile » par le processus conjoint de l'analyse de la situation et de prise de décision qui permet à des professionnels de mettre en commun et de partager leurs connaissances, leurs expertises et leurs compétences pour les mettre au service des bénéficiaires afin de planifier et de réaliser ensemble un projet d'accompagnement, d'aide et de soins à domicile.

Les centres de coordination sont des personnes morales créées par les provinces, les communes, les centres publics d'action sociale, les associations sans but lucratif, les fondations, les intercommunales ou des associations.

L'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) - branche Bien-être et Santé agréée et finance des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile.

Les centres de coordination ont pour mission d'assister toute personne souhaitant rester dans son lieu de vie, en organisant les prestations de soins, d'aide et de services et en veillant à la continuité et la qualité du maintien à domicile.

Des évolutions législatives ont réglementé au fur et à mesure l'organisation de ces services<sup>29</sup>.

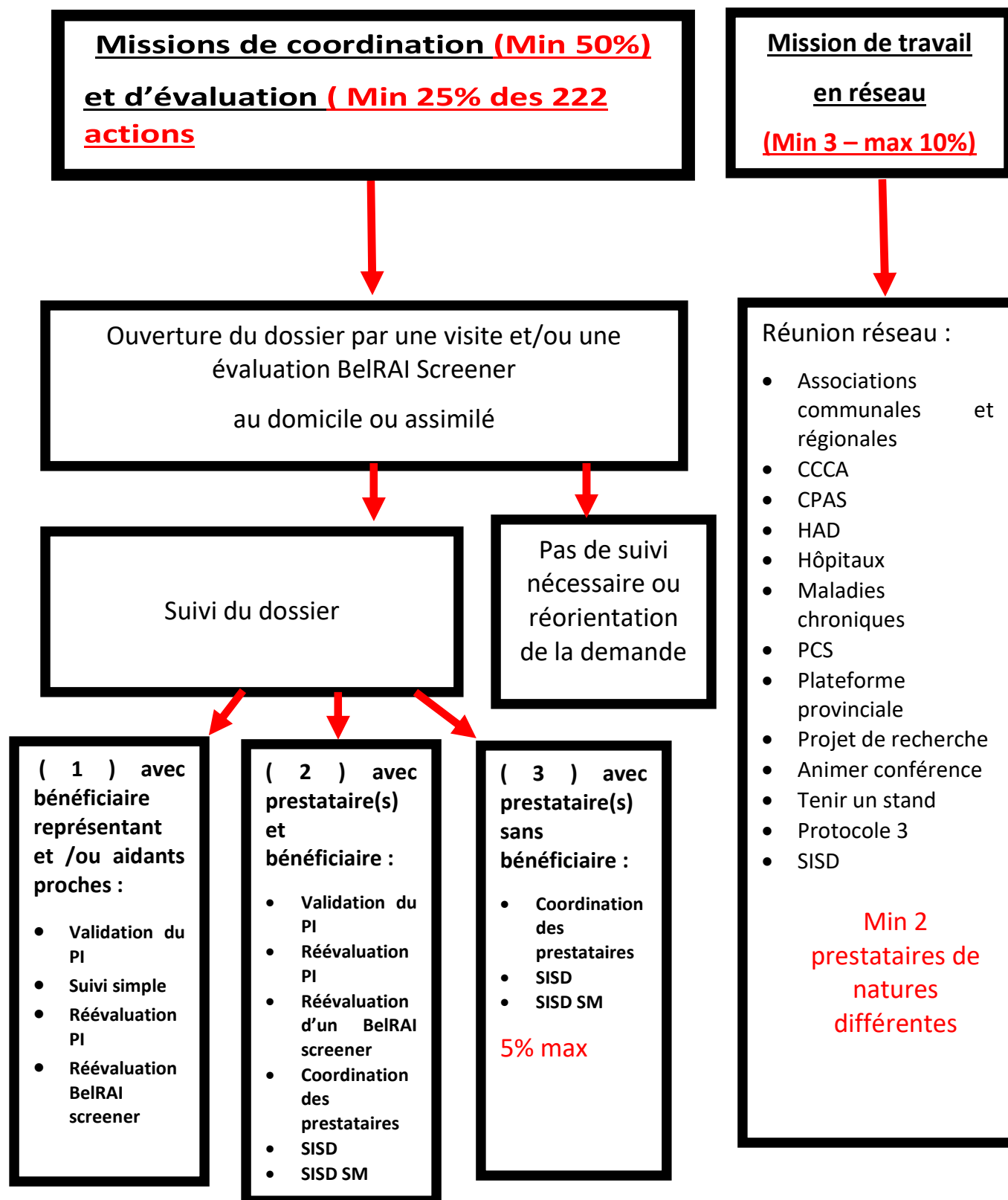
Les centres de coordination ont trois missions : une mission d'évaluation Belrai Screener, une mission de coordination et une mission de travail en réseau.

---

<sup>28</sup>Décret du 30 avril 2009 (MB du 15 juin 2009).

<sup>29</sup> Code décretaal wallon de l'Action sociale et de la Santé : Partie 2, Livre VI, Titre 1er, Chapitre III, Articles 436 à 491 du 29 septembre 2011 - Arrêté du 4 juillet 2013 portant codification de la législation en matière de santé d'action sociale en Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, Deuxième partie, livre 7, Titre 1er, Chapitre 4, Articles 1567 à 1609 et annexes 125 à 128 l'arrêté du 4 juillet 2013 portant codification de la législation en matière de santé d'action sociale en Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé

Le déroulement des trois missions est schématisé ci-dessous :



La mission d'évaluation : chaque évaluation d'un nouveau bénéficiaire, menée sur base du BelRai Screener vaut pour une action.

La mission de coordination : chaque ouverture d'un nouveau dossier, chaque réunion de coordination avec ou sans bénéficiaire et chaque visite de suivi vaut pour une action.

La mission de travail en réseau : chaque réunion avec deux des représentants, mentionnée ci-après vaut une action :

- participer aux réunions organisées par les SISD,
- participer aux réunions des projets Hospitalisation à domicile,
- participer aux réunions des projets « maladies chroniques »,
- participer à des réunions organisées par des associations défendant les intérêts des aînés ou des personnes en perte d'autonomie reconnues par la Région wallonne,
- participer à des réunions en vue d'élaborer des procédures de collaboration avec les services sociaux des hôpitaux ou des institutions,
- participer à des réunions en vue d'élaborer des procédures de collaboration avec des services sociaux,
- tenir un stand dans un salon ayant pour thématique les aînés ou les personnes en perte d'autonomie,
- animer une conférence ayant pour thématique les aînés ou les personnes en perte d'autonomie,
- participer à des projets de recherche ayant pour thématique les aînés ou les personnes en perte d'autonomie<sup>30</sup>.

Les centres de coordination sont accessibles à toute personne quel que soit son âge, si la personne a des soucis de santé, de vieillissement, de retour d'hôpital..., si elle se retrouve dans une situation de perte d'autonomie temporaire ou définitive, et qu'elle souhaite malgré tout rester à son domicile.

Chaque centre dispose obligatoirement d'une permanence téléphonique 24h/24, 7 jours/7.

Sur base d'une visite, le centre de coordination :

- analyse la situation avec le bénéficiaire et/ou son représentant,
- examine ses besoins d'aide et de soins couverts et non couverts, en tenant compte de ses difficultés et de son environnement,
- élabore un plan d'intervention à proposer au bénéficiaire,
- planifie les interventions en concertation avec les services et prestataires,
- évalue, chaque fois que nécessaire et au moins une fois par an, la situation du bénéficiaire en fonction de l'évolution de ses besoins.

Un plan d'intervention ne peut être mis en œuvre qu'après accord du bénéficiaire et/ou de son représentant.

Le libre choix des prestataires des soins, d'aides et de services est respecté.

---

<sup>30</sup> Circulaire relative à l'application de l'arrêté du Gouvernement wallon du 11/04/2019 relatif au financement des centres de coordination et de l'arrêté ministériel du 24/05/2019 fixant le nouveau cadre des centres de coordination.

Au niveau des personnes âgées, le centre joue aussi un rôle de médiateur et peut préparer l'entrée en établissement d'accueil et d'hébergement.

Le centre de coordination assure, lui-même certains services ou signe une convention avec des services extérieurs afin de pouvoir proposer les services suivants : un service de soins infirmiers à domicile, un service d'aide aux familles et aux aînés agréé par le Gouvernement wallon (aides familiales, aides seniors et gardes à domicile), un centre de service social ou tout autre service social à vocation générale, un service de télé-bio-vigilance et au moins 4 services parmi les suivants :

- la garde à domicile,
- le prêt et le transport de matériel sanitaire,
- la distribution de repas à domicile,
- l'aménagement ou l'adaptation des locaux,
- la pharmacie,
- l'ergothérapie,
- un service destiné au soutien de l'entourage,
- le transport de personnes, notamment le transport médico-sanitaire,
- un service de santé mentale,
- le kinésithérapeute,
- une équipe de soins palliatifs.

Certains centres de coordination proposent également l'accès à d'autres services : service social, soins dentaires à domicile, psychiatrie à domicile, pédicure, coiffeur, petits travaux...

Les interventions – mission de coordination - du centre de coordination des soins et de l'aide à domicile sont gratuites.

Le centre de coordination contribue à l'élaboration des programmes de formation des services et des prestataires d'aide et de soins à domicile en vue d'améliorer et de promouvoir la qualité de la prise en charge au domicile.

Pour exercer sa mission, le centre de coordination collabore avec le médecin généraliste que le bénéficiaire a choisi.

Les activités de tout centre de coordination s'inscrivent totalement ou partiellement dans les zones de soins définies pour les SISD.

Dans chaque zone de soins, le nombre de centres de coordination qui peuvent être agréés est déterminé par le nombre de tranches entamées de 100.000 habitants<sup>31</sup>.

---

<sup>31</sup> Décret du 18 février 2016, insérant, dans le Code wallon de l'Action sociale et de la Santé, des dispositions relatives aux centres de coordination des soins et de l'aide à domicile.

## ❖ Les services de soins infirmiers à domicile

Les soins infirmiers à domicile sont les soins de santé dont bénéficient des personnes vivant à domicile et qui sont administrés par des infirmiers et soignants qualifiés. Ils comprennent non seulement des actes techniques mais aussi des aides à la vie journalière si bien que la frontière entre les soins à domicile et l'aide sociale reste souvent imprécise.

Les personnes nécessitant des soins infirmiers à domicile peuvent faire appel aux services de soins à domicile ou à des infirmiers indépendants.

Le financement des soins infirmiers est assuré par l'assurance obligatoire. Les prestations du personnel infirmier relevant de la nomenclature de l'assurance maladie-invalidité sont facturées selon les modalités du tiers-payant de sorte que les usagers paient uniquement leurs tickets modérateurs.

Les soins infirmiers à domicile incluent toutes les prestations infirmières dans l'environnement familial. Cela va des injections quotidiennes, des soins de plaies jusqu'à des activités de soins. Outre les soins infirmiers, les infirmiers portent une attention aux conditions familiales et sociales. Ils aident les patients mais aussi leur famille et leur entourage en matière de prévention, d'information et d'éducation à la santé.

Une prescription médicale par un médecin est nécessaire pour les soins infirmiers, sauf pour l'hygiène (toilettes). L'infirmier à domicile est remboursé pour chaque prestation technique ou sur base d'un forfait journalier. Dans ce dernier cas, la dépendance de soins infirmiers à domicile est déterminée à l'aide de l'échelle de Katz. Plus la personne a besoin d'aide, plus élevé est le taux de dépendance. La plupart des infirmiers à domicile choisissent le système du tiers-payant et demandent l'indemnité directement à la mutualité concernée.

Si le service a envoyé une déclaration sur l'honneur relative aux équipes structurelles travaillant avec des aides-soignants et qu'il peut attester les prestations d'aides-soignants au nom de l'infirmier qui a délégué les soins, l'activité journalière moyenne par ETP praticien de l'art infirmier tenant compte de l'activité des aides-soignants.

## ❖ Les services d'aide aux familles et aux aînés

Les services d'aide aux familles et aux aînés – SAFA interviennent au domicile du demandeur afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté. Ils agissent en concertation avec l'environnement familial et de proximité.

Ils sont agréés et financés par l'Agence pour une Vie de Qualité (AViQ) - branche Bien-être et Santé.

Les services offerts ont notamment pour objectif de stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie. Ces services emploient des aides familiales et des aides seniors ainsi que des gardes à domicile, qui interviennent au domicile de personnes qui en ont fait la demande et qui vivent une incapacité d'accomplir des actes de la vie journalière.

Cette assistance (soins d'hygiène, courses, tâches ménagères, distribution de repas...) permet ainsi, soit le maintien à domicile des aînés ou handicapés, soit aux familles de surmonter certaines difficultés liées à des problèmes de santé ou des problèmes sociaux tels que dans le cas de familles monoparentales, de situations de précarité, de maltraitance.

Les services d'aide aux familles et aux aînés sont réglementés par le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé<sup>32</sup>.

Ce code wallon, prévoit d'octroi ou de retrait d'agrément, les modalités de calcul des subventions octroyées, ainsi que les diverses procédures de contrôle et de reddition de comptes de la part des organismes agréés et en organise l'application et la praticabilité.

Pour bénéficier des services d'une aide familiale, aide sénior ou garde à domicile, le patient doit prendre contact avec un service d'aide aux familles et aux aînés (SAFA) agréé par la Wallonie.

Un assistant social (ou travailleur social) se rendra à son domicile pour évaluer avec ses besoins (et/ou avec l'entourage si nécessaire) et déterminer la mise en place des services adaptés à la situation. Un document appelé « dossier social » sera complété à cette occasion.

Une participation financière est demandée à la personne bénéficiaire des services sur base des revenus et de la situation familiale.

Au 1<sup>er</sup> janvier 2020, 94 SAFA sont agréés sur le territoire de la Région wallonne.

Il existe un statut officiel des aides familial(e)s et des gardes à domicile, approuvé par le gouvernement wallon. Les aides séniors ont le même statut que les aides familial(e)s.

Le statut précise notamment les fonctions, droits et obligations des aides familial(e)s et des gardes à domicile et fait partie d'un texte réglementaire<sup>33</sup>.

### ❖ Les centres de service social

Le centre de service social – CSS s'occupe principalement des personnes isolées, des familles dont l'épanouissement normal est entravé par un ou plusieurs de leurs membres et des familles désemparées par l'absence ou la disparition d'un des membres.

Le centre de service social a pour missions<sup>34</sup>:

- d'assurer, dans le cadre d'une communauté locale, le premier accueil de personnes et de familles qui se trouvent dans une situation critique,

---

<sup>32</sup> Code réglementaire de l'Action sociale et de la Santé (Articles 12 et 320 à 364, annexes 37, 38, 39 et 42), Code wallon de l'action sociale et de la santé (Articles 219 à 260).

<sup>33</sup> Annexes 37 et 38 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.

<sup>34</sup> Code wallon de l'Action sociale et de la Santé (art. 131 à 133), Articles 183 et 199 du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.

- d'arriver, avec les intéressés, à une formulation plus claire de leurs difficultés sociales,
- de mettre les institutions et les prestations sociales à la portée des intéressés en informant et, au besoin en orientant ceux-ci vers des institutions plus spécialisées ou vers des personnes compétentes pour résoudre des situations critiques spécifiques; en intervenant auprès de ces institutions et personnes et en collaborant avec elles,
- de donner aux personnes et aux familles la guidance nécessaire afin de mieux les intégrer dans leur milieu et de les faire participer d'une manière plus active à la vie de celui-ci,
- de signaler aux autorités compétentes les problèmes et les lacunes qui se font jour dans la collectivité.

Les centres de service social peuvent être agréés<sup>35</sup> par la Région wallonne - Direction de l'Action sociale de la Direction Générale Opérationnelle Intérieur et Action sociale, pour une durée indéterminée, moyennant le respect de conditions de forme et de procédure.

Tous les centres de service social doivent être ouverts à toute personne en éprouvant le besoin.

Par exemple, un CSS relevant d'une mutuelle bien précise ne peut réserver ses services aux seuls usagers affiliés à cette mutuelle.

De même, si certains CSS constitués en ASBL peuvent être spécialisés dans la prise en charge de publics spécifiques (comme les immigrés, les bateliers, les homosexuels, les transgenres,...), ils doivent être en mesure de prodiguer leurs services au grand public<sup>36</sup>.

Parallèlement aux Centres de Service Social agréés par la RW, il existe les centres publics d'action sociale<sup>37</sup> (CPAS). Ces derniers assurent la prestation d'un certain nombre de services sociaux et veillent au bien-être de chaque citoyen. Chaque commune ou ville a son propre CPAS offrant un large éventail de services.

Voici quelques exemples de services proposés par le CPAS : aide financière, logement, aide médicale, aide et les soins à domicile, mise au travail, médiation de dettes, aide psychosociale, assistance judiciaire, admissions dans des institutions, accueil dans des centres d'aide sociale, accueil de crise, accompagnement et assistance financière concernant l'approvisionnement en énergie et chèques culturels pour favoriser la participation sociale et culturelle.

---

<sup>35</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 06 décembre 2001, modifiant l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 14 septembre 1987 fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux centres de service social, Arrêté du Gouvernement wallon du 13 juin 2002, modifiant l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 14 septembre 1987 fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux centres de service social et Arrêté du Gouvernement wallon du 18 novembre 2010 modifiant l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 14 septembre 1987 fixant les règles d'agrément et d'octroi de subventions aux Centres de service social.

<sup>36</sup> Article 131 8° du Code wallon de l'action sociale et de la santé et Article 186 6° du Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé.

<sup>37</sup> Loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale.

## ❖ Les services de télé-bio-vigilance

### **Télé vigilance**

La télé vigilance est un système d'alarme téléphonique qui permet à la personne porteuse d'un metteur d'entrer en contact avec un service qui prendra les mesures adéquates pour lui porter assistance en cas de chute, malaise ou agression.

Il s'agit d'un service qui fonctionne 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24.

Une personne seule chez elle qui a besoin d'être secourue, n'a pas toujours la possibilité d'appeler à l'aide. Elle peut rester très longtemps sans aide, ce qui peut parfois avoir de lourdes conséquences.

La télé vigilance permet donc de sécuriser un maximum les personnes qui vivent seules chez elles. Ce système est très facile d'utilisation et peu coûteux.

Outre des services privés, certains CPAS, des provinces ont mis en place un service de télé vigilance.

### **Dispositif de téléassistance**

Le Gouvernement wallon ou son délégué peut octroyer un subside à l'acquisition d'un appareil de téléassistance par un aîné ou une personne handicapée<sup>38</sup>.

Le subside est octroyé à toute personne qui:

- a septante ans accomplis, ou a soixante ans accomplis mais est atteinte d'une invalidité de 66 % au moins,
- occupe seule son logement,
- dispose d'un revenu annuel brut inférieur au montant fixé par le Gouvernement.

Le subside est fixé à cinquante pour cent maximum d'un montant plafonné à 500 euros. Ce montant est indexé annuellement. Il est accordé une seule fois par bénéficiaire.

La demande de subside est introduite auprès du ministre qui a l'Action sociale dans ses attributions. Les modalités d'introduction de la demande sont fixées par le Gouvernement.

---

<sup>38</sup> Code wallon de l'action sociale et de la santé (Articles 390 -393).



## ❖ Les services facultatifs cités dans la législation wallonne des centres de coordination des soins et de l'aide à domicile

### A. Les services régis par une législation wallonne

#### Les services de transport de personnes

Par définition, un transport médico-sanitaire est un transport effectué contre rémunération, par route, en ambulance ou en véhicule sanitaire léger (véhicule utilisé pour le transport sanitaire de patients qui ne nécessitent ni de surveillance médicale, ni la position couchée, adapté ou non au transport de personnes à mobilité réduite), par un personnel qualifié, à l'exception des transports relatifs à l'aide médicale urgente<sup>39</sup>.

Les services de transport médico-sanitaire sont agréés par le Gouvernement ou son délégué pour une durée indéterminée<sup>40</sup>.

Est reconnu comme service de transport :

- tout service de transport médico-sanitaire dont le siège social se situe en région de langue française est agréé en vertu du présent chapitre,
- tout service de transport médico-sanitaire dont le siège social se situe en dehors de la région de langue française mais au sein de l'Union européenne et qui dispose d'un agrément délivré par l'autorité compétente du territoire sur lequel son siège social se situe, ou d'un titre équivalent, est autorisé à exercer ses activités en région de langue française aux mêmes conditions que les services visés à l'article 680, 7°.

L'agrément est octroyé par le Gouvernement ou son délégué pour une durée indéterminée.

L'octroi de l'agrément est conditionné au respect des normes de fonctionnement suivantes :

- tout véhicule affecté à une mission de service de transport médico-sanitaire doit satisfaire aux normes fixées par le Gouvernement,
- l'exploitant est le propriétaire des véhicules utilisés dans le cadre du service de transport médico-sanitaire sauf:
  - lorsqu'un véhicule fait l'objet d'un contrat de vente à tempérament, d'un contrat de location-financement ou de location-vente,
  - lorsqu'un véhicule est momentanément indisponible par la suite d'un accident, de panne mécanique, d'incendie ou de vol.

---

<sup>39</sup> Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.

<sup>40</sup> Code wallon de l'action sociale et de la santé (Articles 680 à 694).

- tout transport médico-sanitaire par ambulance nécessite la présence de deux ambulanciers, dont l'un dans la cellule sanitaire, au chevet du patient. Toutefois, lorsque l'état du patient nécessite l'utilisation d'une ambulance de type B ou C, la présence d'un médecin ou d'un infirmier est requise au chevet du patient. Dans ce cas, la présence du second ambulancier n'est pas obligatoire.
- tout transport médico-sanitaire par ambulance répond aux critères définis par le Gouvernement concernant:
  - les prix minimum et maximum des transports, en considérant le coût de la prise en charge, le nombre de kilomètres parcourus et la manière de la fixer, les suppléments,
  - la communication et l'affichage des tarifs,
  - les mentions devant figurer sur la facture,
  - les qualifications requises des ambulanciers, les équivalences à ces qualifications et la formation continuée obligatoire, sans préjudice des dispositions prévues par Arrêté<sup>41</sup> établissant la liste des professions paramédicales,
  - la traçabilité des transports,
  - les conditions d'hygiène,
  - les modalités de collaboration avec un pharmacien,
  - les moyens logistiques et humains nécessaires pour garantir un transport approprié en fonction de l'état de santé du patient,
  - l'existence des assurances relatives aux véhicules et au personnel,
  - les caractéristiques extérieures, visuelles et sonores des véhicules.
- l'équipement technique de chaque type d'ambulance doit être conforme à la norme EN 1789.

Un Arrêté du Gouvernement wallon<sup>42</sup> précise chacun des critères cités par le décret : le tarif maximal et la manière de le calculer, l'affichage, la formation des ambulanciers, les procédures d'hygiène, l'oxygène et autres consommables, les équipements médicaux, les spécificités techniques des ambulances, et les procédures d'octroi ou de retrait d'un agrément.

Les textes précisent les compétences exigibles pour les ambulanciers, leurs effectifs, les tarifs maximum, les équipements et consommables médicaux, les spécifications techniques des ambulances et les conditions d'agrément des transporteurs dont la liste des transports Médico Sanitaire (TMS) agréés est actualisée par la Région wallonne.

---

<sup>41</sup> Arrêté royal du 2 juillet 2009.

<sup>42</sup> Arrêté du Gouvernement wallon du 12 mai 2005 portant application du décret du 29 avril 2004 relatif à l'organisation du transport médico-sanitaire.

### **Les services de santé mentale**

Les services de santé mentale sont agréés et les centres de référence en santé mentale sont reconnus par le Gouvernement ou son délégué et ils bénéficient de subventions allouées s'ils satisfont aux conditions fixées<sup>43</sup>.

Les services de santé mentale et les centres de référence en santé mentale sont créés sur l'initiative d'une autorité publique, d'une association sans but lucratif ou d'une institution universitaire.

Un service de santé mentale est une structure ambulatoire qui, par une approche pluridisciplinaire, répond aux difficultés psychiques ou psychologiques de la population du territoire qu'il dessert.

Il remplit les missions suivantes:

- l'accueil de la demande relative aux difficultés psychiques ou psychologiques,
- l'organisation d'une réponse, selon les ressources disponibles et les particularités de la demande, en posant un diagnostic et en instaurant un traitement, selon les situations psychiatrique, psychothérapeutique ou psychosociale,
- l'organisation accessoirement des activités au bénéfice d'autres professionnels en vue d'améliorer la qualité de leurs prestations, sous la forme d'information, de supervision ou de formation, et la réalisation d'expertises, liées à leurs activités de dispensation des soins.

Le service de santé mentale agréé peut, en outre, développer une ou plusieurs initiatives spécifiques à destination d'une population déterminée ou développant une approche méthodologique particulière.

### **Les soins palliatifs à domicile et plateforme en soins palliatifs**

La culture des soins palliatifs en Belgique date des années 1980. À cette époque sont apparues les premières initiatives volontaires en matière de soins palliatifs. Les pouvoirs publics ont ensuite accordé (à partir de 1991) des subventions (limitées) pour financer des expériences en matière de soins palliatifs ambulatoires ou résidentiels. La culture des soins palliatifs a ainsi acquis officiellement sa position dans le système des soins de santé belge<sup>44</sup>.

---

<sup>43</sup> Code wallon de l'action sociale et de la santé (Articles 539 -624).

<sup>44</sup> Loi relative aux soins palliatifs du 14 Juin 2002.

Selon la dernière version légale<sup>45</sup>:

- tout patient a droit à des soins palliatifs lorsqu'il se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie. Une offre de soins palliatifs suffisamment large et les critères de remboursement de ces soins par la sécurité sociale garantissent l'égalité d'accès aux soins palliatifs de tous les patients, dans l'ensemble de l'offre de soins,
- par soins palliatifs, il y a lieu d'entendre: l'ensemble des soins apportés au patient qui se trouve à un stade avancé ou terminal d'une maladie grave, évolutive et mettant en péril le pronostic vital, et ce quelle que soit son espérance de vie,
- un ensemble multidisciplinaire de soins est garanti pour assurer l'accompagnement de ces patients, et ce sur les plans physique, psychique, social, moral, existentiel et, le cas échéant, spirituel,
- les soins palliatifs offrent au malade et à ses proches la meilleure qualité de vie possible et une autonomie maximale,
- les soins palliatifs tendent à garantir et à optimiser aussi longtemps que possible la qualité de vie pour le patient et pour ses proches et aidants proches,
- les soins palliatifs sont prodigués dès le moment où le patient est identifié comme palliatif jusqu'à et y compris la phase terminale. Les soins palliatifs peuvent également être entamés alors que des traitements sont encore en cours jusqu'aux soins liés pour les proches et aidants proches jusqu'après le décès,
- idéalement, le recours aux soins palliatifs se fait de façon progressive en fonction des besoins et souhaits en matière de soins, quelle que soit l'espérance de vie.

Concrètement, d'abord, un forfait palliatif couvre pendant deux mois les coûts supplémentaires induits par les soins palliatifs. Ensuite, le patient palliatif à domicile ne doit acquitter aucune quote-part personnelle lorsqu'il est soigné par du personnel infirmier, des kinésithérapeutes et des médecins généralistes.

#### Equipes de soutien de seconde ligne :

Une équipe de soutien est une équipe pluridisciplinaire, spécialisée en soins palliatifs. Elle intervient au domicile du patient, en seconde ligne. Elle suggère des pistes quant à la gestion de la douleur et à la qualité de vie, et peut apporter un soutien psychologique au patient, à son entourage et aux soignants.

Il existe 28 équipes de soutien à domicile (ES) en Belgique dont 9 en Région wallonne.

Une équipe de soutien est une équipe :

- pluridisciplinaire : elle est constituée de médecins, d'infirmier(e)s et, éventuellement, de psychologues, de paramédicaux et de volontaires,

---

<sup>45</sup> Loi du 21 Juillet 2016 modifiant la loi du 14 juin 2002 relative aux soins palliatifs en vue d'élargir la définition des soins palliatifs.

- spécialisée : composée de soignants formés en soins palliatifs. Ils mettent leur expertise à la disposition des médecins généralistes et des autres prestataires d'aides et/ou de soins,
- de seconde ligne : l'équipe de soutien intervient en plus des soignants habituels du patient.

#### Associations en matière de Soins palliatifs :

Financée par la Wallonie, l'association en matière de soins palliatifs est destinée à favoriser le développement des activités suivantes:

- l'information et la sensibilisation de la population,
- la mise à jour des connaissances en matière de soins palliatifs des médecins, des infirmiers et des paramédicaux,
- la coordination entre les diverses actions menées, y compris la conclusion de protocoles de collaboration entre les différents participants à l'association en vue d'une complémentarité maximale des établissements et services,
- fonction consultative et soutien logistique pour assurer l'efficacité des actions ainsi que l'accompagnement des patients,
- l'évaluation périodique des services rendus, l'estimation des besoins restant éventuellement à couvrir, l'examen des différentes formes de réponse à y apporter,
- la formation du bénévolat en matière de soins palliatifs.

Lors de la réalisation des objectifs visés plus haut, il convient de garantir l'entière liberté en matière de convictions philosophiques et religieuses.

Ces associations sont couramment appelées « plates-formes en soins palliatifs ». Ce sont des associations d'établissements ou de services impliquées dans les soins palliatifs aux patients.

## **B. Les services qui ne sont pas définis par une législation wallonne**

### Les services de garde à domicile

Légalement, le service de garde à domicile est intégré au service d'aide aux familles et aux aînés où est défini ses missions et son statut<sup>46</sup>

Le garde à domicile a pour mission d'accompagner le bénéficiaire qui a besoin de la présence continue d'une personne et qui, pour des raisons de santé ou de handicap, ne peut se déplacer seule hors de son domicile.

Les gardes à domicile prennent en charge les tâches quotidiennes, occupent le bénéficiaire et soulagent les aidants proches.

---

<sup>46</sup> Article 221 Code du Code wallon de l'action sociale et de la santé.

Il existe trois types de garde à domicile :

- la garde malade pour tous les bénéficiaires qui ont besoin d'une présence de jour comme de nuit,
- la garde d'enfant malade qui prend en charge les enfants malades jusque 12 ans,
- la garde répit qui s'occupe plus particulièrement d'enfant ou d'adulte handicapé.

### **Le service de prêt et de transport de matériel sanitaire**

Les missions du service sont :

- la gestion des demandes de bénéficiaires dans le cadre de la location de matériel médical diversifié et adapté afin d'améliorer l'autonomie, la mobilité et le bien-être des bénéficiaires,
- l'organisation de livraisons de matériel tant à la location qu'à la vente.

Ces services sont organisés soit par les services d'aide aux familles, des Asbl, la Croix Rouge, le secteur privé lucratif, etc.

### **Le service de distribution de repas à domicile**

Ce service a pour mission la livraison de repas chauds ou froids, directement à domicile.

La livraison de repas à domicile permet aux bénéficiaires de continuer à manger sainement même lorsqu'ils n'ont plus envie de se faire à manger ou lorsqu'ils éprouvent des difficultés à cuisiner. Les menus sont toujours adaptables à leurs goûts, leur régime alimentaire et/ou leurs restrictions médicales (sans sel, sans sucre, sans matières grasses...).

Selon le type de prestataires (CPAS, Service d'aide ou familles, entreprises privées,...), ce service fonctionne 7j/7, week-ends et jours fériés inclus ou à la demande.

### **Le service d'aménagement ou d'adaptation des locaux**

Ce type de service est organisé soit par des associations sans but lucratif ou des entreprises lucratives. Leur mission est de réfléchir aux adaptations à apporter au domicile : meubles de la cuisine adaptés, rénovation de la salle de bain, systèmes de rails de transfert au plafond, rampes d'accès permanentes ou mobiles, domotique, etc.

De plus, un « pôle technique » peut être mis en place afin de:

- soutenir le prêt de matériel, tant pour les livraisons que pour les réparations,
- garantir la sécurité des personnes par des travaux limités (placement de barres d'appui, de rampes, portes, sanitaire etc.) à la demande d'ergothérapeutes,
- réalisation des petits travaux et demandes techniques de l'interne.

### Le service de pharmacie

Ce service est cité dans la réglementation des centres de coordination mais en règle générale, si ce service est choisi parmi les 4 services facultatifs, il a y souvent la signature d'un «contrat» avec une pharmacie.

A titre informatif, comme les autres prestataires de soins, en Belgique, le pharmacien doit pour prester<sup>47</sup> :

- détenir son visa (obtenu directement si les études sont réalisées en Belgique, via l'agrément par une communauté pour les pharmaciens européens et par une reconnaissance du diplôme pour les praticiens des autres pays),
- s'inscrire à l'ordre des pharmaciens<sup>48</sup>,
- obtenir un numéro INAMI comme pharmacien,
- s'enregistrement auprès de l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA),
- s'enregistrer auprès de la Banque-Carrefour des entreprises<sup>49</sup>,
- s'affilier à une caisse d'assurances sociales comme indépendant,
- s'inscrire, comme le prescrit la loi, à l'Ordre des Pharmaciens : les obligations du pharmacien sont définies par l'Ordre dans le code de déontologie pharmaceutique.

Au niveau des pharmacies, mi-2018, la Belgique comptait 1 pharmacie pour près de 2.500 habitants. La Belgique disposait ainsi d'un des réseaux de pharmacies les plus denses d'Europe.

Afin «d'assurer dans un souci de protection de la santé publique, dans toutes les régions du pays, un approvisionnement en médicaments qui soit adéquat, efficace et régulier», l'ouverture de nouvelles pharmacies n'est permise, depuis la loi dite de répartition de 1974, que sur base de critères géographiques et démographiques.

Depuis 1999, un moratoire sur l'ouverture de nouvelles pharmacies a été imposé et ce jusqu'en fin 2024.

Il existe aussi des pharmacies pour la vente en ligne de médicaments sans prescriptions.

La législation belge reconnaît le droit de propriété des pharmacies aux personnes physiques ou morales (SPRL, SPRLU, etc.) qui ne sont pas titulaires d'un diplôme de pharmacien. Toutefois, pendant les heures d'ouverture de la pharmacie, ainsi que pendant le service de garde, au moins un pharmacien doit être présent. Si aucun pharmacien n'est présent, la pharmacie doit être fermée.

Chaque pharmacie est tenue de participer au rôle de garde<sup>50</sup>.

---

<sup>47</sup> A.R. n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, art. 4 §§ 1, 2 bis, 2 ter, art 5 § 2 et 6, dit A.R. n° 78.

<sup>48</sup> A.R. n° 80 du 10 novembre 1967 (Ordre des pharmaciens), art. 2 et A.R. n° 78 du 10-11-1967, art. 7 § 1.

<sup>49</sup> A.R. du 22 juin 2009 portant sur les modalités d'inscription des entreprises non-commerciales de droit privé dans la Banque-Carrefour des entreprises.

Le service de garde a lieu :

- pendant la semaine, au minimum de 19h à 8h le lendemain,
- les dimanches et jours fériés légaux, 24h sur 24h.

Le pharmacien doit veiller à ce que l'officine soit accessible durant toute la durée de la garde. Les informations relatives au rôle de garde doivent être visibles de l'extérieur de la pharmacie<sup>51</sup>.

### **Les services d'ergothérapie**

L'AVIQ subventionne des services conseils en aménagements et adaptations du domicile.

Leur objectif spécifique prioritaire est de procéder à une analyse globale et individuelle des besoins de la personne handicapée en évaluant les difficultés et limitations fonctionnelles qui découlent des structures anatomiques et des fonctions organiques déficientes. Cette analyse est réalisée en vue de mettre en place une ou plusieurs activités dans son environnement naturel.

Le cas échéant, le conseil individualisé relatif à la démarche d'achat de matériel ou aux travaux d'aménagement est alors fourni à la personne handicapée. Ce conseil comprend des normes de prix et d'autres éléments auxquels il conviendra d'être attentif lors de l'achat.

Ces différents services sont totalement gratuits.

Pour l'année 2018, le nombre de visites au domicile pour les moins de 65 ans est de 2381 et de 1657 visites au domicile pour les plus de 65 ans.

### **Le service destiné au soutien de l'entourage**

Les services de répit permettent aux personnes avec un handicap intellectuel de prendre du temps en dehors de leur famille et de leur quotidien.

Les services de répit permettent aussi aux proches de souffler, de prendre du temps avec leurs autres enfants ou en couple, faire les courses... Un répit permet également aux familles de pouvoir envisager une hospitalisation suite à un problème de santé.

Dans ce cadre, des services se sont organisés pour mettre en place, par exemple, du répit à domicile ou encore un accueil temporaire en institution pour quelques heures, un week-end ou quelques jours.

Ces services de répit sont accessibles à toutes personnes ayant un handicap.

---

<sup>50</sup> A.R. n° 78, art. 9.

<sup>51</sup> A.R. du 21-01-2009, art. 10.



### *Les services de kinésithérapie*

Ces services sont cités dans la réglementation des Centres de coordination mais en règle générale, si ce service est choisi parmi les 4 services facultatifs, il a y souvent signature d'un «contrat» avec un kinésithérapeute indépendant ou organisé déjà en service.

# Chapitre 2 : les acteurs d'aides et des soins à domicile

## 1. Introduction

Les acteurs à domicile apportent une diversité d'aide et de soins qui permettent à toute personne qui le souhaite de rester chez elle malgré une autonomie réduite par l'âge, la maladie, un accident, un handicap, ...

Ces derniers sont nombreux et comblent un déficit ou un manquement humain.

Parallèlement aux services développés ci-dessus, il existe des acteurs qui interviennent à titre individuel.

## 2. Description des métiers analysés dans le cadre du projet

### ❖ Le médecin généraliste

La *définition générale* du médecin généraliste valable en Belgique et en France<sup>52</sup> est la suivante: « Le médecin généraliste offre un éventail de services médicaux tels que le diagnostic, le traitement et le suivi à des personnes de tout âge en vue de prévenir ou de soigner les maladies.

Il examine le patient, demande des examens complémentaires (analyses de sang, radiographies, etc.) s'il y a lieu, prescrit des médicaments ou traitements et donne des conseils pour maintenir, améliorer ou recouvrer la santé. Il veille à bien identifier le problème de santé des patients et à les diriger vers des spécialistes en cas de besoin. »

Le *diplôme nécessaire* à cette profession, qui est un diplôme européen, s'intitule, du côté français, les « Etudes Spécialisées en médecine générale » qui est délivré après 9 ans d'études tandis que, du côté belge, le doctorat en médecine est délivré après 6 ans d'études et une spécialisation pour la médecine générale de 2 ans.

Le médecin exerce majoritairement en tant qu'indépendant ou libéral, mais peut également être salarié en structures.

Pour pouvoir *exercer le métier*, il doit satisfaire à un certain nombre de conditions différentes selon le pays.

En France, l'Ordre des médecins est le guichet principal pour effectuer la plupart des formalités d'installation et d'exercice en libéral.

---

<sup>52</sup> Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie.

Les principales démarches à effectuer sont le choix du lieu d'installation, l'inscription au tableau de l'Ordre (l'ordre enregistre le diplôme ; et délivre une attestation d'inscription sur laquelle figure le n° Répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS) du professionnel. La Carte de Professionnel de Santé (CPS) est automatiquement envoyée par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé (ASIP Santé)), l'enregistrement auprès de l'Assurance Maladie et auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu d'exercice. D'autres formalités sont également nécessaires telles que la souscription à une assurance responsabilité civile professionnelle, l'adhésion à la caisse autonome de retraite des médecins de France, l'immatriculation à l'Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales (URSSAF) et l'équipement d'un logiciel de télétransmission et d'un lecteur de carte vitale.

En Belgique, par contre, les conditions d'exercice sont les suivantes : détenir le diplôme de docteur en médecine reconnu en Belgique<sup>53</sup> (automatique pour l'Union européenne), s'inscrire au tableau provincial de l'Ordre des médecins, obtenir le Visa du diplôme délivré par le Service Public Fédéral de la Santé publique et obtenir un agrément<sup>54</sup> de la Région pour la reconnaissance de la spécialité.

Pour l'accès à la profession<sup>55</sup>, il faut obtenir un « numéro INAMI » par l'introduction d'un dossier composé de la copie du diplôme visé, des données administratives (adresse, numéro national) uniquement si l'activité nécessite des remboursements, obtenir l'agrément professionnel au moyen d'un formulaire préétabli auprès de la chambre compétente de la commission d'agrément qui émet un avis (le ministre communique via l'eHealth-Box du médecin la décision prise. Chaque avis positif est transmis à l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité (INAMI), après signature de l'arrêté ministériel, en vue de l'octroi du code de compétence de médecin généraliste qui permet aux Organismes assureurs de rembourser les prestations effectuées.

Il faut également s'inscrire à la banque carrefour des entreprises<sup>56</sup> en tant que personne soit physique (démarches auprès d'un guichet d'entreprise agréé) ou morale (démarches auprès du notaire après dépôt de l'acte constitutif) et, enfin s'assurer à un contrat de responsabilité civile professionnelle.

Remarquons que le médecin belge doit également s'équiper d'un lecteur de carte de carte d'identité et d'un logiciel nécessaire pour satisfaire aux obligations législatives (dossier médical, prescription électronique, ...).

Pour la *facturation*, les tarifs applicables sont définis par des conventions nationales.

---

<sup>53</sup> Arrêté royal du 25 Novembre 1991 - établissant la liste des titres professionnels particuliers réservés aux praticiens de l'art médical, en ce compris l'art dentaire.

<sup>54</sup> Arrêté royal du 21 Avril 1983. - fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, « Agrément » remplacé par « agrément » par A.R. du 10 février 2008 (M.B. 28.03.2008), Loi du 10 Décembre 2008., Arrêté royal du 21 avril 1983 fixant les modalités de l'agrément des médecins spécialistes et des médecins généralistes, en vue d'instaurer les conditions d'un débat contradictoire entre les chambres des commissions d'agrément des médecins spécialistes et le Conseil supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes.

<sup>55</sup> Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (dite Loi ASSI), Loi coordonnée du 10 Mai 2015 - relative à l'exercice des professions des soins de santé.

<sup>56</sup> A.R. du 22 juin 2009 portant sur les modalités d'inscription des entreprises non-commerciales de droit privé dans la Banque-Carrefour des Entreprises.

En France, les honoraires tarifés sont prévus par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels et la classification commune des actes médicaux<sup>57</sup>. Pour le remboursement des soins, les principes de prescription et de prise en charge diffèrent selon la situation et les besoins des patients<sup>58</sup>.

En général, lors d'une consultation dans le cadre du parcours de soins coordonnés par le médecin traitant, le remboursement de l'assurance maladie s'élève au taux de 70 % et les 30 % restant peuvent être pris par la complémentaire santé. Dans certains cas, le taux peut être de 100 % par l'assurance maladie (maternité, ALD, CMU...) avec application du tiers payant.

Le tiers-payant s'applique obligatoirement pour les cas suivants :

- soins dispensés à un patient bénéficiaire de la CMU (Couverture Maladie Universelle),
- soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat,
- soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'ACS (Aide à la Complémentaire Santé),
- soins dispensés à un patient victime d'un accident du travail ou maladie professionnelle,
- soins dispensés à un patient en affection de longue durée (ALD),
- soins dispensés à un patient pris en charge au titre de l'assurance maternité (depuis le 1er janvier 2017),
- soins en lien avec un acte de terrorisme.

En Belgique, un accord national médico-mutualiste est établi entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé (principal organe exécutif), la Commission de contrôle budgétaire et le Conseil général de l'INAMI. Cet accord régit les rapports financiers et administratifs entre les patients, les organismes assureurs et les praticiens.

Si le médecin refuse l'adhésion à cet accord, il doit le notifier par recommandé à l'INAMI dans les délais requis sinon il est conventionné d'office pour l'ensemble de son activité professionnelle.

Si les prestations sont remboursées par l'assurance soins de santé, le médecin doit délivrer une attestation de soins donnés soit au patient soit à la sécurité sociale du patient.

Le cas du tiers-payant sera obligatoirement appliqué pour :

- les prestations 102771 (dossier médical global) et 102871 (suivi du patient diabétique de type 2) si le patient en fait la demande,
- la consultation des bénéficiaires de l'intervention majorée chez le médecin généraliste ainsi que dans un service de garde générale.

C'est la législation nationale et notamment la nomenclature nationale qui fixe la qualification requise pour prescrire les actes que le médecin peut pratiquer. Ces derniers sont relativement similaires entre la

---

<sup>57</sup> <https://www.ameli.fr/ardennes/medecin/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs-generalistes/tarifs-metropole>

<sup>58</sup> Arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016, Décision UNCAM du 21 juin 2017 concernant la Liste des actes prestations et modifiant la nomenclature générale des actes professionnels (NGAP) et la mise en œuvre de la convention médicale de 2016, [https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4772/document/engagements-tiers-payant-medecin\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/4772/document/engagements-tiers-payant-medecin_assurance-maladie.pdf).

France et le Belgique; mais selon le type d'offres médicales, certains peuvent différer dans une zone territoriale concernée. Par exemple, les médecins généralistes belges essentiellement dans les zones rurales peuvent effectuer des prises de sang à domicile.

Concernant la *mobilité transfrontalière*, pour exercer en France, le médecin belge doit satisfaire aux trois conditions cumulatives prévues à l'article L. 4111-1 du code de la santé publique :

- avoir la nationalité prévue par cet article de loi,
- être titulaire des diplômes prévus à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique,
- être inscrit au tableau d'un conseil départemental de l'Ordre des médecins. Par dérogation, le médecin, qui ne satisfait pas aux conditions requises, ne peut être autorisé à exercer la profession de médecin, par arrêté individuel du ministre de la Santé.

Du côté belge, l'INAMI doit disposer de l'arrêté ministériel qui fixe l'équivalence du diplôme du praticien, de l'arrêté ministériel qui fixe le titre professionnel et d'une adresse de contact en Belgique. Le praticien doit également satisfaire aux conditions réglementaires d'exercice applicables sur le pays.

De part et d'autre de la frontière, afin de faire face à la pénurie croissante de médecins généralistes, les institutions belges et françaises ont mis en place des *soutiens à l'installation* des médecins généralistes.

Sur le versant belge, il existe des aides accordées à la fois par l'INAMI et par la Région wallonne.

Au niveau de l'INAMI, les principales aides sont les suivantes :

- En cas d'adhésion à l'accord national médico-mutualiste, cela génère une intervention financière sous la forme de l'octroi d'un « statut social ». Ce statut social consiste en une cotisation annuelle versée auprès d'une entreprise ou d'un organisme agréé afin de constituer une rente ou pension en cas de retraite et/ou de décès et/ou invalidité (pour les médecins ayant introduit un dossier avant 2017, ils peuvent bénéficier d'un droit réservé auprès de l'INAMI à une pension en cas de retraite et/ou de décès).

Pour bénéficier de ce statut social, le médecin doit répondre à toutes les conditions suivantes :

- adhérez à l'accord national médico-mutualiste en vigueur pour l'année entière sauf pour l'année au cours de laquelle le médecin a reçu son « numéro INAMI »,
- avoir effectivement exercé l'activité de médecin dans le cadre de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé durant l'année entière<sup>59</sup>,
- à partir de l'année d'application 2017, avoir attesté à l'assurance obligatoire soins de santé un montant de remboursement minimal pour des prestations reprises dans la nomenclature (seuil d'activité).

Pour exemple, pour l'année d'application 2019, les montants sont en cas d'adhésion complète à l'accord à 4.941,34€ et en cas d'adhésion partielle à 2.330,95€ (Publication au moniteur belge).

- L'octroi d'une prime de pratique intégrée en médecine générale : il s'agit d'un montant forfaitaire payé par l'INAMI chaque année afin de soutenir le fonctionnement de la pratique

---

<sup>59</sup> Arrêté royal du 6 mars 2007 instituant un régime d'avantages sociaux pour certains médecins.

médicale et de l'utilisation de e-services. Certaines conditions sont à respecter comme être effectivement actif comme médecin généraliste et l'utilisation d'un logiciel informatique accepté par la Commission nationale médico-mutualiste<sup>60</sup>.

- L'octroi d'honoraires de disponibilité qui sont des honoraires que l'INAMI paie aux médecins généralistes qui participent à un «service de garde organisé», c'est-à-dire un service de garde auquel toute la population d'une zone de garde peut faire appel pour des soins médicaux. Ces honoraires sont octroyés pour les périodes de disponibilités suivantes et par heure de service de garde effectivement prestée :
  - les week-end (maximum 48 heures),
  - les jours fériés légaux (maximum 24 heures),
  - les soirs / nuits en semaine (de 19 heures au plus tôt jusqu'à 8 heures le lendemain).

Depuis la 6<sup>ème</sup> réforme de l'état, la Wallonie est le pouvoir compétent pour l'octroi de soutien financier à l'installation des médecins généralistes. Ce dispositif financier nommé « Impulséo »<sup>61</sup> se présente sous trois formes différentes :

#### 1. IMPULSEO I <sup>62</sup>: interventions dans l'installation des médecins généralistes.

Impulséo I consiste en une prime qui vise à encourager l'installation de médecins généralistes dans des zones nécessitant la présence de médecins généralistes supplémentaires, et qui peut faire l'objet d'un accompagnement.

La prime vise à aider le médecin généraliste pour une nouvelle installation à savoir une première installation (celle réalisée dans les 5 ans après l'obtention de la reconnaissance comme médecin généraliste ou après le retour d'un pays en voie de développement) ou le déménagement vers une zone à faible densité de médecins. Elle s'élève à 20.000 € (ou à 25.000 € moyennant certaines conditions) et est accessible à tous les médecins généralistes qu'ils soient salariés ou indépendants.

Le médecin généraliste peut également obtenir un accompagnement gratuit par une structure d'appui spécialisée en parallèle de la prime.

Depuis le 2 octobre 2017, le montant de cette prime unique est majoré dans le cas suivant : l'intervention est fixée à 25.000 euros lorsque la nouvelle installation est située dans une commune avec :

- soit moins de 50 médecins généralistes pour 100 000 habitants,
- soit moins de 90 médecins généralistes pour 100 000 habitants et moins de 125 habitants par km<sup>2</sup>,
- soit moins de 120 médecins généralistes pour 100 000 habitants et moins de 75 habitants par km<sup>2</sup>.

---

<sup>60</sup> <https://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/medecins/aide/pratique-integree/Pages/explications-prime-pratique-integree.aspx>

<sup>61</sup> <http://sante.wallonie.be/?q=sante/soins-ambulatoires/dispositifs/impulseo>

<sup>62</sup> <http://sante.wallonie.be/?q=node/4466>

De plus depuis l'exercice d'imposition 2012, les primes octroyées aux médecins bénéficient d'un taux réduit d'imposition, soit 16,5 %.

2. IMPULSEO II<sup>63</sup> : intervention pour coûts salariaux  
Impulséo II concerne l'intervention dans les charges salariales de l'employé administratif tant pour le médecin généraliste en pratique individuelle que les groupements de médecins généralistes. Elle couvre une partie des charges salariales de l'employé qui les assiste dans l'accueil et la gestion de la pratique.

3. IMPULSEO III<sup>64</sup> : interventions pour frais de recours à des services  
Impulséo III concerne l'intervention dans les frais services de télé-secrétariat médical, tant pour le médecin généraliste en pratique individuelle que les groupements de médecins généralistes. Une intervention est également prévue pour le recours à des services de télé-secrétariat médical dont la finalité doit viser l'aide à la gestion administrative de la pratique.

Sur le versant français, il existe également différentes aides mises à disposition des médecins généralistes<sup>65</sup>.

Les principales sont :

- Le dispositif de Praticien Territorial de Médecine Générale – PTMG

Ce dispositif vise à favoriser l'installation des jeunes médecins et à faciliter l'exercice libéral dans les territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Le praticien signe un contrat avec l'agence régionale de santé (ARS) par lequel il s'engage à implanter tout ou partie de son activité dans une Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) ou une Zone d'Action Complémentaire (ZAC), aux tarifs opposables (secteur 1). Le contrat peut également comporter des engagements individualisés, tels que la participation à la permanence des soins ambulatoire, à des actions de dépistage, de prévention, d'éducation à la santé...

En contrepartie, un niveau de rémunération et une couverture sociale améliorée lui sont garantis.

Le contrat est conclu pour une durée d'un an renouvelable une fois.

---

<sup>63</sup> <http://sante.wallonie.be/?q=node/4468>

<sup>64</sup> <http://sante.wallonie.be/?q=node/4469>

<sup>65</sup> <http://www.paps.sante.fr/Je-suis-medecin.19142.0.html>

Ce dispositif s'adresse aux jeunes médecins qui souhaitent s'installer ou qui sont déjà installés (depuis moins d'un an) en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral depuis moins d'un an, dans une ZIP ou une ZAC.

- Le dispositif de Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire – PTMA

Ce dispositif s'inscrit dans le sillage du dispositif PTMG ; elle vise à favoriser l'installation et le maintien des médecins généralistes et spécialistes libéraux dans les territoires caractérisés par une offre médicale insuffisante ou des difficultés dans l'accès aux soins.

Le médecin signe un contrat avec l'ARS par lequel il s'engage à exercer son activité dans une Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) ou une Zone d'Action Complémentaire (ZAC), à respecter les tarifs opposables (secteur 1) ou, lorsqu'il est autorisé, à pratiquer des honoraires différents des tarifs conventionnels, à limiter ses dépassements d'honoraires.

En contrepartie, il pourra bénéficier, en cas d'interruption d'activité pour cause de maternité, paternité ou maladie, d'une rémunération forfaitaire complémentaire durant son congé.

Le contrat est conclu pour 3 ans, renouvelable une fois.

Le contrat de PTMA est ouvert aux médecins généralistes et autres spécialistes, conventionnés secteur 1 ou adhérents au contrat d'accès aux soins, installés ou s'installant dans une ZIP ou une ZAC, en cabinet libéral ou en tant que collaborateur libéral et non liés par contrat de PTMG.

Parmi les obligations, le médecin doit adresser chaque mois à l'ARS une déclaration contenant le nombre de consultations réalisées ainsi que les honoraires perçus sur la même période (puis tous les 3 mois après 6 mois de contrat).

- Les aides de l'Assurance Maladie

Afin de lutter contre les disparités de répartition des médecins libéraux sur le territoire, la convention médicale comporte depuis plusieurs années des dispositifs incitatifs à l'installation et/ou au maintien dans les zones en tension en offre de soins.

Au regard des résultats obtenus, de nouvelles mesures ont été prises dans le cadre de la convention médicale de 2016 ; elles sont destinées à renforcer certains dispositifs existants et à en créer d'autres, afin de favoriser l'installation et le maintien dans ces territoires.

La nouvelle convention médicale définit ainsi 4 contrats types nationaux ayant pour but d'encourager une répartition plus homogène des médecins libéraux sur tout le territoire. Sur la base de ces contrats, les ARS adoptent ensuite les contrats types régionaux. Ces différents contrats ne sont pas cumulables.



## 1. Le Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins (CAIM)

Le CAIM apporte une aide significative aux médecins dès leur installation en libéral dans une Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP), définie par l'ARS, pour les aider à faire face aux frais d'investissement générés par le début d'activité.

Le médecin doit :

- s'installer dans une ZIP, ou être installé dans la zone depuis moins d'un an,
- exercer en secteur 1 ou en secteur 2 (Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM) ou Option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie & Obstétrique (OPTAM-CO)),
- exercer une activité libérale au minimum 2,5 jours par semaine,
- exercer au sein d'un groupe entre médecins ou d'un groupe pluri-professionnel,
- ou appartenir à une communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou une équipe de soins primaires (EPS),
- participer à la Permanence des Soins Ambulatoires (PDSA),
- exercer dans la zone pendant au moins cinq ans à compter de la date d'adhésion.

Il peut, à titre optionnel, réaliser une partie de son activité libérale au sein d'un hôpital de proximité.

Il signe un contrat tripartite, d'une durée de 5 ans – non renouvelable, avec la caisse d'assurance maladie et l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Les avantages de ce contrat sont :

- pour une activité minimale de 4 jours par semaine, attribution d'une aide forfaitaire de 50.000 €,
- possibilité de majorer ce forfait d'un montant de 2.500€ si le médecin s'engage à réaliser une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité.

## 2. Le contrat de stabilisation et de coordination (COSCOM)

Le COSCOM s'adresse aux médecins installés en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) pour les inciter à maintenir leur activité dans ces territoires. Il valorise notamment l'implication de ces médecins dans des démarches de prise en charge coordonnée sur un territoire.

Le médecin doit :

- être déjà installé dans une ZIP,
- exercer une activité libérale conventionnée (secteur 1 ou 2) sur la zone,
- exercer en groupe, ou en communauté professionnelle territoriale de santé (CPTS) ou en équipe de soins primaires (EPS).

Le médecin peut s'engager à titre optionnel à :

- réaliser une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité,
- exercer les fonctions de maître de stage universitaire et à accueillir en stage des internes en médecine réalisant un stage ambulatoire de niveau 1 ou des étudiants en médecine réalisant un stage d'externat en médecine générale.

Il signe un contrat tripartite, d'une durée de 3 ans - renouvelable par tacite reconduction, avec la caisse d'assurance maladie et l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Les avantages du contrat sont :

- l'attribution d'une aide forfaitaire de 5.000€ par an,
- la possibilité de majorer ce forfait d'un montant de 1.250€ si le médecin a réalisé une partie de son activité au sein d'un hôpital de proximité,
- la rémunération complémentaire de 300 € par mois pour l'accueil d'un stagiaire à temps plein.

### 3. Le Contrat de Transition pour les Médecins (COTRAM)

Ce contrat s'adresse aux médecins âgés de 60 ans ou plus exerçant en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP), préparant leur cessation d'activité et prêt à accompagner pendant cette période un médecin nouvellement installé dans leur cabinet.

Afin d'adhérer à ce contrat, le médecin doit :

- être installé dans une ZIP,
- exercer une activité libérale conventionnée,
- être âgé de plus de 60 ans,
- accueillir au sein du cabinet un médecin âgé de moins de 50 ans, qui s'installe ou qui est installé depuis moins d'1 an dans la zone, et qui exerce en libéral conventionné.

Il signe un contrat tripartite, d'une durée de 3 ans avec la caisse d'assurance maladie et l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Ce contrat peut être renouvelé pour une durée maximale de trois ans en cas de prolongation du médecin adhérent au-delà de la durée du contrat initial dans la limite de la date de cessation d'activité de ce dernier.

L'avantage du contrat est l'attribution d'une aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires tirés de son activité conventionnée, dans la limite de 20.000€ par an.

### 4. Le Contrat de Solidarité Territoriale Médecin (CSTM)

Le CSTM s'adresse aux médecins n'exerçant pas en Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP) mais prêts à consacrer une partie de leur activité libérale pour apporter leur aide à leurs confrères exerçant en ZIP.

Les conditions d'adhésion sont :

- ne pas être installé dans une ZIP,
- exercer une activité libérale conventionnée,
- s'engager à réaliser une partie de son activité libérale pendant au minimum 10 jours par an dans une ou plusieurs ZIP.

Le médecin signe un contrat tripartite, d'une durée de 3 ans renouvelable par tacite reconduction, avec la caisse d'assurance maladie et l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Le médecin ne peut pas signer simultanément deux contrats avec deux ARS ou deux caisses différentes.

Les avantages du contrat sont :

- l'aide à l'activité correspondant à 10% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée dans le cadre du contrat au sein des ZIP, dans la limite d'un plafond de 20.000 € par an,
- la prise en charge des frais de déplacement engagés pour se rendre dans les ZIP.

Conformément à la mesure annoncée dans le Plan ministériel d'accès aux soins lancé en octobre 2017, l'avenant 6 à la convention médicale signé en juin 2018, améliore l'attractivité du CSTM en réévaluant le pourcentage servant au calcul de l'aide, à hauteur de 25% des honoraires tirés de l'activité conventionnée réalisée en zones sous dense dans la limite d'un plafond de 50.000€ par an.

- Les exonérations fiscales pour l'activité de PDSA

Les médecins (ou leurs remplaçants) participant à la permanence des soins ambulatoires (PDSA) peuvent bénéficier d'une exonération d'impôt sur le revenu au titre de la permanence des soins.

Pour en bénéficier, ils doivent être installés dans une Zone d'Intervention Prioritaire (ZIP).

Cette exonération de l'impôt sur le revenu concerne la rémunération perçue, au titre de la permanence des soins, à hauteur de 60 jours de permanence par an.

- Autres exonérations fiscales

En fonction du lieu d'installation, d'autres exonérations fiscales sont également possibles, le prestataire doit contacter le référent installation de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie qui est chargé de renseigner et orienter les prestataires.

***En conclusion, le métier de médecin généraliste***

- ***est similaire sur les deux versants,***
- ***est régi par des ordres nationales,***
- ***dans la pratique des zones étudiées, peut réaliser, de façon plus systématique, des prises de sang, fonction plutôt assurée par les infirmiers en France.***

## ❖ L'infirmier

La *définition* générale de l'infirmier à domicile valable en Belgique et en France est : « L'infirmier à domicile est présent pour assurer une continuité et une qualité de soins optimales. Ses patients, de tous âges, se rétablissent à domicile suite à un accident, une maladie ou une opération ou souffrent d'une maladie chronique ou d'un handicap qui nécessite des soins de longue durée. »

Pour la France, le *diplôme* nécessaire à la pratique de ce métier est le diplôme d'état d'infirmier d'une durée de 3 ans et pour la Belgique, 2 diplômes sont acceptés, le baccalauréat en soins infirmiers (4 ans) responsable en soins généraux ou le brevet d'infirmier hospitalier (3 ans).

Le *statut* sous lequel l'infirmier français travaille est majoritairement salarié dans les établissements de santé ou libéral tandis que le statut de l'infirmier belge sera essentiellement indépendant mais parfois salarié dans des structures organisationnelles de soins.

Au niveau des *conditions réglementaires d'exercice*, chaque pays possède sa propre législation. Sur le sol français, la convention nationale des infirmières<sup>66</sup> et infirmiers libéraux fixe des conditions générales d'installation en libéral qui sont avoir le diplôme d'Etat et prouver au moins 24 mois d'expérience professionnelle en structure hospitalière ou institution (18 mois pour effectuer des remplacements).

Diverses formalités sont à effectuer : s'inscrire au Conseil de l'Ordre des Infirmiers, avoir sa cotisation à l'Ordre des Infirmiers à jour, enregistrer son diplôme à l'Agence Régionale de Santé afin d'obtenir son numéro ADELI, s'enregistrer à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du département d'exercice (permet de recevoir sa carte de professionnel de santé (carte CPS), s'équiper d'un logiciel de télétransmission et d'un lecteur de carte vitale, être rattaché à un local professionnel, déclarer son début d'activité libérale au centre de formalités des entreprises situé à l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF), s'affilier de CARPIMKO (organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales), et s'assurer à un contrat de responsabilité civile professionnelle.

Sur le sol belge, divers paramètres entrent en jeu, tels que les conditions d'exercice suivantes: être diplômé d'infirmier, obtenir l'agrément en faisant viser le diplôme auprès du Service Public Fédéral de la Santé publique et obtenir le visa «autorisation à pratiquer», signifiant que le diplôme est valable et que l'état physique et psychique est conciliable avec l'exercice de l'Art ou de la profession, auprès de la Commission médicale provinciale<sup>67</sup>.

---

<sup>66</sup> Le décret d'actes et d'exercice infirmier est le Décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004 relatif aux parties IV et V (dispositions réglementaires) du code de la santé publique et modifiant certaines dispositions de ce code. <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264>, Décret n° 2016-1605 du 25 novembre 2016 portant le code de déontologie des infirmiers.

<sup>67</sup>Loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, AR du 18 juin 1990 portant fixation de la liste des [prestations techniques de l'art infirmier] et de la liste des actes pouvant être confiés par un médecin à des praticiens de l'art infirmier, ainsi que des modalités d'exécution relatives à ces prestations et à ces actes et des conditions de qualification auxquelles les praticiens de l'art infirmier doivent répondre.

Pour l'accès à la profession, il faut en plus obtenir un numéro INAMI par l'introduction d'un dossier (copie du diplôme visé + des données administratives), s'inscrire à la Banque-Carrefour des Entreprises (BCE)<sup>68</sup>, s'inscrire auprès d'une caisse d'assurance sociale si indépendant et s'assurer à un contrat de responsabilité civile professionnelle.

L'infirmier doit également s'équiper d'un lecteur de carte d'identité et utiliser l'application nationale Mycarenet<sup>69</sup> s'il pratique le tiers-payant.

La *facturation* est conforme à la législation nationale en vigueur<sup>70</sup>.

Pour la France, les tarifs applicables sont définis par convention. Les Honoraires tarifés sont prévus par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels<sup>71</sup>.

De ce fait, la Sécurité Sociale couvre 60 % des soins à domicile par les auxiliaires médicaux. Les 40 % restant seront remboursés par la complémentaire santé du patient. Les frais kilométriques sont remboursés en cas de mention « IDE à domicile » sur la prescription.

Le tiers-payant s'applique obligatoirement pour les cas suivants :

- soins dispensés à un patient bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle,
- soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat,
- soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'Aide à la Complémentaire Santé,
- soins dispensés à un patient victime d'un accident du travail ou maladie professionnelle,
- soins dispensés à un patient en affection de longue durée,
- soins dispensés à un patient pris en charge au titre de l'assurance maternité,
- soins en lien avec un acte de terrorisme.

Pour la Belgique, un accord national médico-mutualiste est établi entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé (principal organe exécutif), la Commission de contrôle budgétaire et le Conseil général de l'INAMI. Cet accord régit les rapports financiers et administratifs entre les patients, les organismes assureurs et les praticiens. En tant qu'infirmier conventionné, le prestataire peut bénéficier d'un avantage social en vue de la constitution contractuelle d'une rente, d'une pension ou d'un capital en cas d'invalidité, de retraite et/ou de décès. Cet avantage est appelé " statut social ".

Si l'infirmier refuse l'adhésion à cette convention, il doit le notifier par recommandé à l'INAMI dans les délais requis sinon il est conventionné d'office pour l'ensemble de son activité professionnelle.

---

<sup>68</sup> A.R. du 22 juin 2009 portant sur les modalités d'inscription des entreprises non-commerciales de droit privé dans la Banque-Carrefour des Entreprises.

<sup>69</sup> <http://fra.mycarenet.be/>

<sup>70</sup> Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14-07-1994 (dite Loi ASSI).

<sup>71</sup> L'arrêté du 18 juillet 2007 portant approbation de la convention nationale destinée à régir les rapports entre les infirmières et les infirmiers libéraux et les organismes d'assurance maladie. Le 21 novembre 2017, l'UNCAM (Union Nationale des Caisses D'assurance Maladie), la FNI (Fédération Nationale des Infirmiers), le SNIIL (Syndicat National des Infirmières et Infirmiers Libéraux) et Convergence infirmière ont signé l'avenant n° 5 à la convention nationale en vigueur depuis 2007. Cet avenant 5 pose des jalons pour l'adoption de nouvelles mesures pour 2018.

Si les prestations sont remboursées par l'assurance soins de santé, l'infirmier doit pratiquer le tiers-payant. Ce système est obligatoire pour tous les bénéficiaires et pour toutes les prestations. Pour avoir droit au remboursement, l'infirmier doit constituer un dossier infirmier par patient avec un contenu minimal.

Si l'infirmier effectue à la fois des prestations remboursables et non remboursables, il doit délivrer en plus au patient un document justificatif reprenant le montant total à payer, les prestations remboursables et pour chaque prestation non remboursable, le montant à payer avec un libellé.

En France, l'infirmier dispense des soins de nature préventive, curative ou palliative, visant à promouvoir, maintenir et restaurer la santé.

Les soins infirmiers sont de natures techniques et relationnelles.

L'infirmier contribue à l'éducation à la santé et à l'accompagnement des personnes ou des groupes dans leurs parcours de soin en lien avec leur projet de vie.

Il évalue l'état de santé des personnes et analyse les situations de soins.

Il planifie, prodigue des soins, met en œuvre les traitements et évalue ses actions.

Pour la Belgique, la réglementation de l'exercice de l'Art infirmier consiste à l'accomplissement des activités suivantes :

- observer, identifier et établir l'état de santé, définir les problèmes en matière de soins infirmiers, collaborer à l'établissement du diagnostic et à l'exécution du traitement prescrit, informer et conseiller le patient et sa famille, assurer une assistance continue ,
- les prestations techniques qui requièrent ou pas de prescription médicale<sup>72</sup>,
- les actes pouvant être confiés par un médecin par prescription<sup>73</sup>. Les prestations techniques et les actes médicaux sont listés dans les annexes.

Concernant *la mobilité transfrontalière des infirmiers*, les conditions d'exercice sur un territoire voisin dépendent de la législation du pays concerné.

Pour travailler en France, un ressortissant de l'Union européenne titulaire d'un diplôme d'infirmier délivré par un Etat membre de l'UE, a deux procédures d'autorisation possible.

Le Préfet, après avis de la commission régionale, décidera :

1. la procédure d'autorisation automatique<sup>74</sup>.
2. au vu du code de la santé publique<sup>75</sup>
  - d'autoriser à exercer en France,
  - ou de refuser l'autorisation d'exercer en France si la formation suivie comporte trop de différences avec la formation dispensée en France,

---

<sup>72</sup> Liste B – AR du 18 juin 1990.

<sup>73</sup> Liste C2 (administration d'isotope, prise de sang, etc.).

<sup>74</sup> Article L4311-3 du code de la santé publique.

<sup>75</sup> Article L4311-4 du code de la santé publique.

- ou de vous soumettre à des mesures compensatoires décidées par le préfet de région qui peut imposer soit un stage soit une épreuve<sup>76</sup>.

Pour travailler en Belgique avec un diplôme reçu à l'étranger, l'INAMI doit disposer de l'arrêté ministériel qui fixe l'équivalence du diplôme. Ensuite, les conditions réglementaires d'exercice sont appliquées dans le pays.

**En conclusion, le métier d'infirmière est similaire sur chaque versant. Cependant, des différences apparaissent sur :**

- la présence d'un ordre sur le territoire français,
- des conditions spécifiques en France pour travailler à domicile comme indépendante,
- une différence dans les actes pratiqués comme les toilettes sur le versant belge alors qu'elles ne sont pas réalisées par les infirmiers sur le territoire français.

## ❖ Le kinésithérapeute

Le métier de kinésithérapeute a une dénomination différente selon le pays : en France, il s'appelle masseur-kinésithérapeute et, en Belgique kinésithérapeute.

Les *études* entreprises sont également différentes : après une première année d'admission universitaire en France, le diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute<sup>77</sup> dure 4 ans ; pour la Belgique, les 2 diplômes donnant accès au métier sont le diplôme d'enseignement universitaire en kinésithérapie et le diplôme d'enseignement supérieur non universitaire en kinésithérapie.

Les *statuts possibles* sont sensiblement les mêmes de part et d'autre de la frontière, soit libéral ou indépendant, soit salarié dans des structures.

Pour pouvoir *exercer* en France, les nouveaux diplômés doivent accomplir plusieurs formalités essentielles.

Ils doivent en premier lieu s'inscrire au tableau tenu par l'Ordre. En effet, le code de la santé publique<sup>78</sup> prévoit qu'un masseur-kinésithérapeute ne peut exercer sa profession que s'il est inscrit au tableau tenu par l'Ordre. L'inscription est à effectuer auprès du conseil départemental du lieu d'exercice.

L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes devient le guichet principal pour effectuer la plupart des formalités d'installation et d'exercice en libéral.

Le conseil départemental enregistre le diplôme et délivre une attestation d'inscription sur laquelle figure le numéro de répertoire partagé des professionnels de santé (RPPS du professionnel).

<sup>76</sup> Dossier à télécharger sur <http://grand-est.drdjcs.gouv.fr/spip.php?article1902>.

<sup>77</sup> Arrêté du 2 septembre 2015 relatif au diplôme d'État de masseur-kinésithérapeute.

<sup>78</sup> Article L.4321- 10 du code de santé publique.

La carte professionnelle de Santé (CPS) est automatiquement envoyée par l'Agence du Numérique en Santé (ASIP Santé).

Les masseurs-kinésithérapeutes doivent ensuite s'enregistrer auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du lieu d'exercice (RDV d'installation pour valider l'activité libérale conventionnée).

D'autres formalités sont également nécessaires telles que se positionner sur le fait d'être conventionné ou pas, s'immatriculer à l'URSSAF, s'inscrire à la CARPIMKO, s'équiper d'un logiciel de télétransmission et d'un lecteur de carte vitale et être rattaché à un local professionnel.

En dernier lieu, il doit souscrire une assurance en responsabilité civile professionnelle obligatoire pour tous les professionnels de santé libéraux.

Du côté de la Belgique, les nouveaux diplômés reçoivent l'obtention de l'agrément délivré automatiquement par la Fédération Wallonie-Bruxelles et ensuite le visa de la Commission médicale provinciale envoyé par le Service Public Fédéral de la Santé publique<sup>79</sup>.

La possession du visa signifie que le diplôme est valable et que le prestataire a les aptitudes physique et psychique pour exercer l'Art ou la profession.

Pour l'accès à la profession, il faut obtenir de l'INAMI un numéro d'identification unique après réception de l'agrément (envoi automatique), s'enregistrer auprès de la Banque-Carrefour des entreprises (BCE)<sup>80</sup>, s'affilier à une caisse d'assurances sociales si la personne devient indépendant, satisfaire aux conditions complémentaires pour le remboursement des prestations, c'est-à-dire de disposer d'un cabinet comportant au moins un local à usage exclusivement professionnel, disponible pendant 38 heures par semaine, une salle d'attente, du matériel et un avis destiné aux patients apposé en un endroit visible contenant les informations nécessaires au sujet de la tarification et de l'adhésion éventuelle à la convention nationale et d'avoir introduit auprès du Service des soins de santé une déclaration sur l'honneur mentionnant l'adresse du cabinet (si plusieurs kinésithérapeutes se partagent le même cabinet, joindre à leur déclaration une copie du contrat (de travail) et de s'assurer à un contrat de responsabilité civile professionnelle.

Concernant la *facturation*, les tarifs applicables sont définis par l'état.

En France, les Honoraires tarifés sont prévus par la Nomenclature Générale des Actes Professionnels. Les indemnités de déplacements spécifiques lors d'interventions au domicile d'un patient ne peuvent être facturées que si les déplacements sont prescrits et médicalement justifiés et si les interventions à domicile sont liées à la réalisation de certains actes du titre XIV de la Nomenclature Générale des Actes Professionnels (NGAP).

---

<sup>79</sup> Loi coordonnée du 10 mai.2015 - relative à l'exercice des professions des soins de santé et Loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée (dite Loi ASSI).

<sup>80</sup> AR du 22 juin 2009 portant sur les modalités d'inscription des entreprises non-commerciales de droit privé dans la Banque-Carrefour des Entreprises.



Au niveau du remboursement des soins<sup>81</sup>, l'assurance maladie obligatoire rembourse les séances de kinésithérapie sous certaines conditions : elles doivent avoir été prescrites<sup>82</sup> par le médecin traitant et être en règle avec le parcours de soins coordonné.

Il est à noter que 14 situations de rééducation - validées par la Haute Autorité de Santé (HAS) sont soumises à une demande d'accord préalable au-delà d'un certain nombre de séances.

La prise en charge des actes de kinésithérapies est à hauteur de 60% par l'Assurance Maladie. Sous réserve de bénéficier d'une complémentaire santé, les 40% sont pris en charge par cette complémentaire.

Le tiers-payant (TP) s'applique obligatoirement pour les cas suivants :

- soins dispensés à un patient bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle,
- soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'Aide Médicale de l'Etat,
- soins dispensés à un patient bénéficiaire de l'Aide à la Complémentaire Santé,
- soins dispensés à un patient victime d'un accident du travail ou maladie professionnelle,
- soins dispensés à un patient en affection de longue durée,
- soins dispensés à un patient pris en charge au titre de l'assurance maternité,
- soins en lien avec un acte de terrorisme.

Pour la Belgique, l'accord national médico-mutualiste<sup>83</sup> est établi entre le Comité de l'assurance du Service des soins de santé (principal organe exécutif), la Commission de contrôle budgétaire et le Conseil général de l'INAMI. Il régit les rapports financiers et administratifs entre les patients, les organismes assureurs et les praticiens. En tant qu'kinésithérapeute conventionné, le prestataire peut bénéficier d'un avantage social en vue de la constitution contractuelle d'une rente, d'une pension ou d'un capital en cas d'invalidité, de retraite et/ou de décès. Cet avantage est appelé " statut social ".

La convention peut être conclue au niveau national ou régional.  
L'adhésion ou le refus d'adhésion est individuel et le patient doit en être informé.

A l'exception du rapport écrit, les prestations de kinésithérapie ne sont remboursables que si elles ont été prescrites par un médecin ou, en cas de dysfonctionnement temporo-mandibulaire, par un praticien de l'art dentaire.

Si les prestations effectuées sont remboursées par l'assurance soins de santé, une attestation de soins doit être délivrée soit au patient soit à la mutualité du patient si le praticien applique le tiers-payant. Ce dernier est fonction de la nature de la prestation.

---

<sup>81</sup> Arrêté du 10 mai 2007 portant approbation de la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes destinée à régir les rapports entre les masseurs-kinésithérapeutes et les caisses d'assurance maladie. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie (Uncam) et l'Union nationale des syndicats de masseurs-kinésithérapeutes libéraux (UNSMKL) ont signé le 6 novembre l'avenant n° 5 à la convention nationale, qui prévoit notamment des mesures de revalorisations tarifaires échelonnées entre juillet 2018 et juillet 2021.

<sup>82</sup> Art. L. 4321-1 du CSP Arrêté du 9 janvier 2006 (JO 13 janvier.2006) modifié par l'arrêté du 29 juin 2006 (JO 14 juillet 2006)

<sup>83</sup> AR du 19 septembre 2017. - Arrêté royal modifiant l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Au domicile français, le kinésithérapeute pratique la rééducation fonctionnelle du corps et des rééducations diverses (marche, respiratoire, ...). Il assure également la rééducation des personnes atteintes de paralysies, de troubles neurologiques et des accidentés.

De plus, il aide les enfants et les adultes souffrant d'affections respiratoires, circulatoires ou rhumatismales à retrouver une fonction motrice normale.

Au domicile belge, la nomenclature distingue 6 lieux où la prestation est effectuée, dont les prestations dispensées au domicile du bénéficiaire y compris dans les résidences-services (catégorie II). Les principales prestations au domicile sont :

- les séances individuelles de 30 minutes,
- les séances individuelles de 30 minutes lorsque le nombre autorisé de séances au tarif normal a été dépassé,
- l'examen à titre consultatif.

Concernant la *mobilité transfrontalière*, pour qu'un étranger puisse travailler en France, il doit obtenir une autorisation d'exercer délivrée par le préfet de région après une présentation devant une commission régionale.

Le Préfet, après avis de la commission régionale, décidera soit d'autoriser à exercer en France ou de refuser si la formation suivie comporte trop de différences avec la formation dispensée sur le sol français, soit de soumettre la personne à des mesures compensatoires décidées par le préfet de région par un stage ou une épreuve.

Il faut savoir que, pour la profession de Masseur Kinésithérapeute, il n'existe pas d'autorisation automatique. La seule autorisation peut être donnée par le préfet de région après avis de la commission.

Pour qu'une personne ayant reçu un diplôme à l'étranger puisse travailler en Belgique, l'INAMI doit disposer de l'arrêté ministériel qui fixe l'équivalence du diplôme. Ensuite, les conditions réglementaires d'exercice du pays s'appliquent.

Sur le territoire français, face à une démographie médicale déficitaire pour la spécialité « Masseur-Kinésithérapeute », des *aides à l'installation* et au maintien d'activité ont été mises en place en cas d'exercice libéral et conventionné dans une zone classée par l'agence régionale de santé (ARS) comme étant «très sous-dotée» ou «sous-dotée».

Des contrats, à adhésion individuelle, entrent dans le cadre des mesures de rééquilibrage de l'offre de soins en masseurs-kinésithérapeutes en France, prévues par les avenants n° 3 et 5 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeutes.

Les différents types de contrat sont :

1. le contrat incitatif masseur-kinésithérapeute (CIMK)

En cas d'exercice libéral dans une zone classée par l'agence régionale de santé (ARS) de la zone d'installation comme étant «très sous-dotée» ou «sous-dotée», l'adhésion au «contrat incitatif

masseur-kinésithérapeute» permet de percevoir une aide forfaitaire annuelle et de bénéficier d'une participation de l'Assurance Maladie au paiement des cotisations sociales dues au titre des allocations familiales sous la forme d'un forfait annuel.

Ce contrat à adhésion individuelle est applicable depuis l'entrée en vigueur de l'avenant n°3 à la convention nationale des masseurs-kinésithérapeute. À compter de l'entrée en vigueur du nouveau zonage (publication d'arrêté de zonage par l'ARS), il ne sera plus possible d'adhérer au contrat incitatif masseurs-kinésithérapeutes (CIMK), conclu dans le cadre de l'avenant n°3, ni de renouveler son adhésion.

Les CIMK en cours, signés jusqu'à l'entrée en vigueur du nouveau zonage et du contrat type régional, seront honorés jusqu'à leur terme, soit trois ans après leur signature.

Pour pouvoir adhérer au contrat incitatif masseur-kinésithérapeute, le prestataire doit :

- s'installer ou être déjà installé dans une zone «très sous-dotée» ou «sous-dotée» en masseur-kinésithérapeute libéral,
- exercer en groupe ou si exercice seul, recourir régulièrement à un remplaçant pour assurer la continuité des soins. L'exercice en groupe doit être formalisé par un contrat type SCP, SEL...

En adhérant au contrat incitatif masseur-kinésithérapeute, le prestataire s'engage à :

- exercer les deux tiers de son activité libérale conventionnelle dans la zone «très sous-dotée» ou «sous-dotée»,
- avoir un taux de télétransmission au minimum de 70 % de son activité, afin de percevoir les aides à la télétransmission prévue par la convention nationale,
- exercer pendant au moins 3 ans au sein de la zone concernée.

La caisse d'assurance maladie s'engage à :

- participer à la prise en charge des cotisations dues au titre des allocations familiales sous la forme d'un forfait annuel de 2.600 euros (correspondant au montant moyen versé au titre de la participation des cotisations sociales),
- verser, au cours du premier trimestre de l'année suivant l'adhésion au contrat, une aide à l'équipement du cabinet ou autres investissements professionnels (véhicule...) d'un montant maximum de 3.000 euros par an.

Si les engagements sont tenus tout au long de la période contractuelle, ce versement aura lieu chaque année pendant 3 ans.

## 2. le contrat d'aide à la création de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes (CACCMK)

L'adhésion au «contrat d'aide à la création de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes» permet de percevoir une aide forfaitaire annuelle afin de d'accompagner le prestataire dans la forte période d'investissement liée à la création de son cabinet. Ce contrat a une durée de 5 ans, non renouvelable.

Ce contrat, à adhésion individuelle, est applicable à compter de la publication, dans la région administrative concernée, de l'arrêté de zonage pris par le directeur général de l'ARS<sup>84</sup>.

Pour pouvoir adhérer au CACCMK, le professionnel de santé doit :

- exercer seul ou en groupe/exercice pluri professionnel et créer (ou reprendre) un cabinet principal en zone très sous-dotée ou sous-dotée,
- ou exercer seul ou en groupe/exercice pluri professionnel et créer (ou reprendre) un cabinet principal en zone très sous-dotée ou sous-dotée dans l'année précédant votre demande d'adhésion au CACCMK,
- ou être un collaborateur ou assistant libéral installé dans une zone très sous-dotée ou sous-dotée dans les 3 années précédant la demande d'adhésion au CACCMK.

Il doit également :

- s'il exerce seul, recourir régulièrement à un remplaçant pour assurer la continuité des soins,
- s'il exerce en groupe, avoir conclu un contrat validé par l'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes (au moins deux praticiens doivent être conventionnés et exercer dans les mêmes locaux),
- ne pas déjà bénéficier d'un autre contrat incitatif (CIMK/CAIMK/CAMMK).

En adhérant au CACCMK et en contrepartie de la participation financière de l'Assurance Maladie, le prestataire s'engage à :

- créer ou reprendre un cabinet et exercer son activité pendant une durée minimale de 5 ans dans la zone très sous-dotée ou sous dotée à compter de la date d'adhésion,
- remplir les conditions permettant de percevoir les aides dans le cadre du forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel,
- justifier d'un minimum de 2.000 actes la première année, puis 3.000 actes les années suivantes. 50 % de cette activité doivent être réalisés auprès de patients résidant dans la zone très sous-dotée ou sous-dotée,
- informer, le cas échéant, la caisse de l'intention de cesser l'activité dans la zone avant échéance du contrat,
- en cas d'exercice individuel, recourir autant que possible à des masseurs-kinésithérapeutes remplaçants, pour assurer la continuité des soins en votre absence.

Dès lors qu'il y a adhésion au CACCMK, la caisse d'assurance maladie s'engage à verser une aide individuelle de 49.000 euros versée en 5 fois sur 5 ans :

- 20.000 euros versés par an les 2 premières années,
- 3.000 euros par an versés pendant les 3 dernières années.

Pour le masseur-kinésithérapeute réalisant entre 1.500 actes et 3.000 actes par an, le montant de l'aide est proratisé sur la base de 100 % pour 3.000 actes par an. Pour la première année, le montant de l'aide est proratisé entre 1.000 et 2.000 actes sur la base de 100 % pour 2.000 actes.

---

<sup>84</sup> Article L. 1434-7 du Code de la santé publique.

Si le masseur-kinésithérapeute accueille un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires<sup>85</sup>, il peut également percevoir une rémunération complémentaire de 150 euros par mois pour l'accueil de l'étudiant, pendant la durée du stage de fin d'études (stage à temps plein).

3. le contrat d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes (CAIMK)

En cas d'installation dans un cabinet déjà existant dans une zone classée par l'ARS de votre zone d'installation comme étant «très sous-dotée» ou «sous-dotée», l'adhésion au «contrat d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes» permet de percevoir une aide forfaitaire annuelle afin d'accompagner dans la période d'investissement liée au démarrage d'une nouvelle activité. Ce contrat a une durée de 5 ans, non renouvelable.

Ce contrat, à adhésion individuelle, est applicable à compter de la publication, dans la région administrative concernée, de l'arrêté de zonage pris par le directeur général de l'ARS<sup>86</sup>.

Pour pouvoir adhérer au CAIMK, le prestataire doit :

- exercer en groupe/exercice pluri professionnel et s'installer dans un cabinet déjà existant en zone très sous-dotée ou sous-dotée,
- ou exercer en groupe/exercice pluri professionnel et s'installer dans un cabinet déjà existant en zone très sous-dotée ou sous-dotée depuis moins d'un an à compter de la date d'adhésion au CAIMK,
- ne pas déjà bénéficier d'un autre contrat incitatif (CIMK/CACCMK /CAMMK).

En adhérant au CAIMK et en contrepartie de la participation financière de l'Assurance Maladie, le masseur-kinésithérapeute s'engage à :

- exercer son activité pendant une durée minimale de 5 ans dans la zone très sous-dotée ou sous dotée à compter de la date d'adhésion,
- remplir les conditions permettant de percevoir le forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel,
- justifier d'un minimum de 2.000 actes la première année, puis 3.000 actes les années suivantes. 50 % de cette activité doivent être réalisés auprès de patients résidant dans la zone très sous-dotée ou sous-dotée,
- informer la caisse de l'intention de cesser l'activité dans la zone avant échéance du contrat.

Dès l'adhésion au CAIMK, la caisse d'assurance maladie s'engage à verser une aide individuelle de 34.000 euros versée en 5 fois sur 5 ans :

- 12.500 euros versés par an les 2 premières années,
- 3.000 euros par an versés pendant les 3 dernières années.

---

<sup>85</sup> Article L. 4381-1 du Code de la santé publique.

<sup>86</sup> Article L. 1434-7 du Code de la santé publique.

Pour le masseur-kinésithérapeute réalisant entre 1.500 actes et 3.000 actes par an, le montant de l'aide est proratisé sur la base de 100 % pour 3.000 actes par an. Pour la première année, le montant de l'aide est proratisé entre 1.000 et 2.000 actes.

S'il accueille un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires<sup>87</sup> il peut également percevoir une rémunération complémentaire de 150 euros par mois pour l'accueil de l'étudiant, pendant la durée du stage de fin d'études (stage à temps plein).

#### 4. le contrat d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes (CAMMK)

En cas d'exercice libéral dans une zone classée par l'agence régionale de santé (ARS) de la zone d'installation comme étant «très sous-dotée» ou «sous-dotée», l'adhésion au «contrat d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes» permet de percevoir une aide forfaitaire annuelle ayant pour but d'aider à financer différents investissements dans le cabinet et de se former.

Ce contrat a une durée de 3 ans, renouvelable.

Ce contrat, à adhésion individuelle, est applicable à compter de la publication, dans la région administrative concernée, de l'arrêté de zonage pris par le directeur général de l'ARS<sup>88</sup>.

Pour pouvoir adhérer au CAMMK, le masseur-kinésithérapeute doit:

- exercer en groupe/exercice pluri professionnel en zone très sous-dotée ou sous-dotée,
- si exercice seul, recourir régulièrement à un remplaçant pour assurer la continuité des soins,
- ne pas déjà bénéficier d'un autre contrat incitatif (CIMK/CACCMK /CAIMK).

En adhérant au CAMMK et en contrepartie de la participation financière de l'Assurance Maladie, le prestataire s'engage à :

- poursuivre son activité pendant une durée minimale de 3 ans dans la zone très sous-dotée ou sous dotée à compter de la date d'adhésion,
- remplir les conditions permettant de percevoir le forfait d'aide à la modernisation et informatisation du cabinet professionnel,
- réaliser 50 % de son activité auprès de patients résidant dans la zone très sous-dotée ou sous-dotée,
- informer la caisse de l'intention de cesser toute activité dans la zone avant échéance du contrat.

Dès lors qu'il y a adhésion au CAMMK, la caisse d'assurance maladie s'engage à verser une aide individuelle de 3.000 euros par an pendant 3 ans.

Si le masseur-kinésithérapeute accueille un étudiant stagiaire à temps plein, dans les conditions légales et réglementaires<sup>89</sup>, il peut également percevoir une rémunération complémentaire de

---

<sup>87</sup> Article L. 4381-1 du Code de la santé publique.

<sup>88</sup> Article L. 1434-7 du Code de la santé publique.

150 euros par mois pour l'accueil de l'étudiant, pendant la durée du stage de fin d'études (stage à temps plein).

**En conclusion, concernant le métier de « kiné »,**

- **il n'a pas la même dénomination selon le versant,**
- **il n'existe qu'un ordre sur le versant français «L'Ordre des masseurs-kinésithérapeutes»,**
- **l'installation d'un kiné étranger est soumis à la seule autorisation du préfet de région,**
- **seule la France organise des aides à l'installation pour ce métier.**

## ❖ L'ergothérapeute

La *définition générale* de l'ergothérapeute valable en Belgique et en France est : «L'ergothérapeute accompagne les personnes qui présentent un dysfonctionnement temporaire ou permanent, qu'il soit physique, psychique ou social. Son objectif est de permettre à la personne de maintenir, de restaurer ou d'acquérir un fonctionnement optimal et autonome dans des sphères aussi variées que la vie personnelle, les occupations professionnelles ou les loisirs.»

Le *diplôme* d'ergothérapie a une durée de 3 ans, soit un diplôme d'état français<sup>90</sup> suite au baccalauréat (ou 4 si une première d'année commune des études de santé a été effectuée dans une université). Les études peuvent se suivre en institut privé et sont donc payants. Un concours français est la prémisses à l'entrée dans les études.

Le diplôme belge a également une durée de 3 ans en bachelier professionnalisant (court). Le titre professionnel d'ergothérapeute est protégé par un Arrêté Royal<sup>91</sup>.

En France, l'ergothérapeute est l'intermédiaire entre les besoins d'adaptation d'une personne et les exigences de la vie quotidienne. Il peut s'agir d'une personne souffrant de handicap, de personnes malades ou blessées dont les capacités sont limitées.

Pour les aider dans leur quotidien (soins personnels, déplacements, communication, activités professionnelles ou de loisirs, études...), l'ergothérapeute détermine et met en place les aides et solutions nécessaires pour que ces personnes puissent mener une vie satisfaisante. Il s'intéresse ainsi autant aux effets physiques qu'aux facteurs psychosociaux et environnementaux.

L'ergothérapeute travaille par le biais d'entretiens, d'analyses et d'évaluation et de mises en situations concrètes.

Sur la base de ces différents éléments, il propose des activités ou des enseignements adaptés, des exercices pour récupérer ses capacités fonctionnelles, physiques ou psychiques. Il accompagne aussi la personne pour l'aider à concevoir un milieu adapté à ses besoins.

---

<sup>89</sup> Article L. 4381-1 du Code de la santé publique.

<sup>90</sup> Arrêté du 5 juillet 2010 relatif au diplôme d'Etat d'ergothérapeute.

<sup>91</sup> Arrêté royal du 8 juillet 1996.

Il préconise des aides techniques, des assistances techniques, des aides humaines ou animalières, des adaptations ou modifications matérielles de son environnement personnel ou professionnel.

L'ergothérapeute travaille avec tous les publics : enfants, adultes, personnes âgées. Il intervient sur prescription médicale au sein d'équipes interdisciplinaires dans les services de neurologie, de traumatologie, de rhumatologie, de psychiatrie ou de pédiatrie des hôpitaux.

Il exerce aussi dans les centres de rééducation et de réadaptation, les structures médico-sociales, les centres de posture et les établissements pour personnes âgées.

Sur le versant belge, les activités pratiquées par l'ergothérapeute sont nombreuses, telles que :

- l'analyse des besoins, des habitudes de vie, de l'environnement et des souhaits de la personne,
- l'élaboration, le réajustement du diagnostic en fonction de l'évolution du patient accompagné,
- l'art thérapie, la musicothérapie, les techniques de relaxation, l'ergothérapie,
- la collaboration pluridisciplinaire à la réalisation d'un objectif commun,
- l'esprit d'analyse, de déduction, de créativité afin de personnaliser les aides et les conseils,
- identifier la demande de la personne et l'informer sur la démarche d'ergothérapie,
- élaborer un diagnostic et concevoir le projet d'intervention thérapeutique ainsi que définir les modalités de prises en charge (déroulement, fréquence, durée),
- concevoir le programme de rééducation avec la personne et conduire des activités de soins et l'adapter selon l'état de la personne,
- réaliser le bilan de fin de rééducation avec la personne et échanger des informations avec les intervenants,
- préconiser les aides techniques, animalières et technologiques,
- informer et conseiller la personne sur des aménagements (rampe d'accès, domotique, ...) ou des équipements, des appareillages.

L'accent est donné à restituer à la personne son indépendance, faciliter son intégration dans son milieu, l'amener au développement optimal de ses capacités, tout en tenant compte de ses limites. Pour ce faire, l'ergothérapeute pose les actes suivants : il commence par une phase d'observation, en vue d'élaborer un bilan des capacités et incapacités, physiques et mentales, de la personne dans ses activités de la vie journalière, ses activités professionnelles et socioculturelles, ainsi que dans son environnement (physique, social et culturel).

Après la visite du domicile, il rend, à la personne, un rapport détaillé des aménagements ou des modifications en fonction de son autonomie, de son budget,...

Pour le côté français, toute intervention ne fait pas l'objet d'un *remboursement* par l'assurance maladie, bien que dans certains cas des aides financières sont possibles.

Pour cela, il faut se renseigner auprès de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH), les mutuelles, les caisses de retraite, ...

Une prescription médicale est obligatoire pour les évaluations et les prises en charge.



Sur le versant belge, l'assurance obligatoire soins de santé rembourse certaines des prestations d'ergothérapeute sur base d'une attribution d'un numéro INAMI<sup>92</sup>. Pour ce faire, il est nécessaire de détenir un agrément délivré par une des Communautés, qui après avoir agréé votre demande, transmet automatiquement au Service Public Fédéral de la Santé publique qui envoie au prestataire son visa. Après réception, de ce visa, une demande d'inscription à l'INAMI est à effectuer afin d'obtenir un numéro d'INAMI. Cet agrément et ce visa sont obligatoires pour pouvoir exercer la profession d'ergothérapeute en Belgique, indépendamment d'une inscription éventuelle à l'INAMI.

Une particularité wallonne est que le service d'études et de conseils en aménagement du domicile est divisé en 2 pôles et est accessible gratuitement sur le territoire wallon. Les lieux d'activité de l'ergothérapeute sont nombreux : les hôpitaux publics et privés, les centres de réadaptation et de rééducation fonctionnelles, les établissements de cure, les maisons de retraite, les hôpitaux psychiatriques, ainsi que le service d'études et de conseils en aménagement du domicile (pôle handicap et senior).

Concernant la *mobilité transfrontalière* de l'ergothérapeute, ce dernier doit avoir la reconnaissance d'équivalence du diplôme.

En outre, du côté français, la commission régionale compétente donne son avis sur l'autorisation d'exercice, les mesures compensatoires ou épreuve d'aptitude, et le rejet de la demande. Désormais, c'est l'autorité compétente (préfet de la région) qui peut soit proposer au demandeur de choisir entre un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude.

**En conclusion, le métier d'ergothérapeute est similaire sur chaque versant.**

**Des différences apparaissent surtout dans le mode de fonctionnement. En effet, de par l'existence sur le versant belge d'un service d'études et de conseils en aménagement du domicile, l'ergothérapeute est plus actif à domicile.**

## ❖ L'aide-soignant

Le métier d'aide-soignant a la même dénomination d'un pays à l'autre.

La *définition générale* est : «L'aide-soignant exécute les tâches logistiques, de soins et d'aide à l'autonomie vis-à-vis de patients malades ou dépendants. Ces activités sont déléguées par l'infirmier et sont effectuées sous le contrôle de ce dernier.»

En France, le *diplôme d'État d'aide-soignant*<sup>93</sup> se prépare en un an, au sein d'écoles spécialisées. Le concours d'entrée à ces écoles est accessible sans diplôme préalable mais le candidat doit être âgé de 17 ans au moins à la date d'entrée en formation.

---

<sup>92</sup> Arrêté Royal du 8 juillet 1996 - Arrêté Royal du 19 novembre 2010.

<sup>93</sup> Arrêté du 22 octobre 2005 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'aide-soignant. Le diplôme d'Etat d'aide-soignant atteste les compétences requises pour exercer les activités du métier d'aide-soignant telles qu'elles sont définies dans l'annexe IV de l'arrêté du 25 janvier 2005 susvisé.

Les titulaires des baccalauréats professionnels «Accompagnement, soins et service à la personne» (ASSP) et «Services aux personnes et aux territoires» (SAPAT) bénéficient de dispenses d'aide et formation et d'une procédure de sélection particulière sur dossier ensuite d'un entretien.

Concernant les possibilités d'évolution, trois grades sont possibles dans la fonction publique hospitalière:

- aide-soignant classe normale,
- aide-soignant classe supérieure,
- aide-soignant classe exceptionnelle.

De plus, le fait de travailler trois ans dans le secteur hospitalier ou médico-social ouvre l'accès à l'examen à l'école infirmier, même pour des personnes non titulaires du baccalauréat.

En Belgique, pour obtenir le diplôme, il existe différentes possibilités :

- un certificat de deuxième année du troisième degré de l'enseignement secondaire, section «services aux personnes», sous-secteur «aide aux personnes» de l'enseignement technique secondaire ou de l'enseignement professionnel, suivi d'une formation d'aide-soignant. Cette formation comprend une année d'études dans le cadre d'un enseignement de plein exercice ou l'équivalent en promotion sociale,
- une formation de promotion sociale ou une formation professionnelle qui, en complément des qualifications acquises ailleurs, est assimilée par les instances compétentes à la formation d'aide-soignant,
- la réussite de la première année d'une des formations suivantes, accompagnée d'une attestation mentionnant les compétences de l'élève :
  - bachelier en soins infirmiers,
  - infirmier ou infirmière gradué(e),
  - infirmier ou infirmière breveté(e).

Depuis le 1er octobre 2018, soit pour les étudiants qui n'avaient pas réussi leur première année ou qui ont commencé leurs études après la fin de l'année académique 2017-2018, un arrêté royal<sup>94</sup> modifie cette condition de «réussite de la première année d'infirmier» en «posséder un certificat attestant des compétences comme aide-soignant», obtenu suite à la réussite de la première année infirmière et avoir réussi une formation théorique et clinique relative aux personnes âgées (au cours de la première année ou après) ainsi qu'avoir réussi 150h de stages, y compris auprès de personnes âgées (au cours de la première année ou après).

Ce métier est exercé sous le *statut* de salarié sur les deux versants.

Les *conditions réglementaires d'exercice* sont différentes selon le territoire.

Sur le sol français, l'aide-soignant exerce son activité sous la responsabilité d'un l'infirmier<sup>95</sup>.

---

<sup>94</sup> AR du 6 juin 2018 - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant.

<sup>95</sup> Ordonnance du 19 janvier 2017 concernant les conditions d'exercices.

Les aides-soignants belges diplômés doivent introduire une demande d'enregistrement sur la base de leur diplôme auprès du service public fédéral puis, une fois enregistré, déposer une demande de visa auprès de la commission médicale de la province où ils souhaitent exercer. Ensuite, ils feront la demande de leur numéro INAMI pour travailler comme aides-soignants à domicile.

En France, pour pouvoir bénéficier d'un remboursement de soins à domicile, il faut une prescription médicale, car c'est le seul moyen d'obtenir une prise en charge par la sécurité sociale.

Les soins à domicile sont *pris en charge* sous forme de forfait via l'assurance maladie ou par l'aide sociale du Conseil départemental.

Si la personne dispose d'une couverture sociale, la caisse prend en charge le remboursement (tiers payant, accord préalable si nécessaire, ticket modérateur).

En Belgique, le ministre peut conclure des conventions avec des services de soins infirmiers à domicile afin d'assurer le remboursement des prestations de l'article 8 de la nomenclature (soins infirmiers) effectuées par des aides-soignants.

Les prestations effectuées par un aide-soignant sur base d'une telle convention sont attestées par un infirmier.

La Loi prévoit que le remboursement des prestations effectuées par un aide-soignant ne peut être octroyé que dans la mesure où les services de soins infirmiers à domicile liés par une convention participent à l'évaluation de cette convention.

L'article 2 alinéa 4 de la Convention précise cette obligation comme suit : «le contractant s'engage à participer à l'évaluation globale de la présente convention, y compris l'identification de l'ensemble des prestations effectuées par l'aide-soignant».

Les *activités* exercées à domicile sont réglementées suivant les pays.

L'aide-soignant français exerce les activités suivantes sous la responsabilité de l'infirmier :

- dispenser des soins d'hygiène et de confort à la personne,
- observer la personne et mesurer les principaux paramètres liés à son état de santé,
- aider l'infirmier à la réalisation de soins,
- assurer l'entretien de l'environnement immédiat de la personne et la réfection des lits,
- entretenir des matériels de soin,
- transmettre ses observations par oral et par écrit pour maintenir la continuité des soins,
- accueillir, informer et accompagner les personnes et leur entourage,
- accueillir et accompagner des stagiaires en formation.

L'aide-soignant belge assiste l'infirmier, sous son contrôle, en matière de soins, d'éducation et de logistique<sup>96</sup>. Il est aussi souvent sollicité, de la part de l'équipe médicale, pour connaître le moral de ses patients.

---

<sup>96</sup> AR du 12 janvier 2006 : *Les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes* et AR du 6 juin 2018 modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant.

Ses activités et références à la liste des prestations infirmières sont :

1. observer et signaler les changements chez le patient sur les plans physique, psychique et social dans le contexte des activités de la vie quotidienne (A.V.Q.),
2. informer et conseiller le patient/résidant et sa famille conformément au plan de soins, relativement aux prestations techniques autorisées,
3. assister le patient/résidant et son entourage dans les moments difficiles,
4. soins de bouche,
5. enlever et remettre les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses, à l'exception de la thérapie par compression à l'aide de bandes élastiques,
6. observer le fonctionnement des sondes vésicales et signaler les problèmes,
7. soins d'hygiène à une stomie cicatrisée, ne nécessitant pas des soins de plaies,
8. surveiller l'hydratation par voie orale du patient/résidant et signaler les problèmes,
9. aide à la prise de médicaments par voie orale, selon un système de distribution préparé et personnalisé par un infirmier ou un pharmacien,
10. aide à l'alimentation et l'hydratation par voie orale à l'exception des cas d'alimentation par sonde et de troubles de la déglutition,
11. installation et surveillance du patient/résidant dans une position fonctionnelle avec support technique, conformément au plan de soins,
12. soins d'hygiène chez les patients/résidents souffrant de dysfonction de l'A.V.Q., conformément au plan de soins,
13. transport des patients/résidents, conformément au plan de soins,
14. application des mesures en vue de prévenir les lésions corporelles, conformément au plan de soins,
15. application des mesures en vue de prévenir les infections, conformément au plan de soins,
16. application des mesures dans le cadre de la prévention des escarres, conformément au plan de soins,
17. prise du pouls et de la température corporelle, signalement des résultats,
18. assistance du patient/résidant lors du prélèvement non stérile d'excrétions et de sécrétions.

De part un AR<sup>97</sup>, une deuxième liste d'actes a été ajoutée à la condition de posséder le diplôme nouvellement requis<sup>98</sup>. Cette liste comprend les actes suivants :

19. mesure de paramètres concernant les différentes fonctions biologiques, y compris la mesure de la glycémie par prélèvement sanguin capillaire. L'aide-soignant doit faire rapport de ces mesures dans les meilleurs délais et de manière précise à l'infirmier,
20. administration de médicaments, à l'exclusion des substances stupéfiants, préparés par un infirmier ou un pharmacien, par les voies d'administration suivantes :
  - orale (y compris l'inhalation),
  - rectale,
  - gouttes ophtalmiques,
  - gouttes auriculaires,

---

<sup>97</sup> AR du 27 février 2019. - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les activités infirmières qui peuvent être effectuées par des aides-soignants et les conditions dans lesquelles ces aides-soignants peuvent poser ces actes.

<sup>98</sup> AR du 6 juin 2018 - Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 12 janvier 2006 fixant les modalités d'enregistrement comme aide-soignant.

- percutanée et
- sous-cutanée : uniquement pour l'injection sous-cutanée d'héparine fractionnée.

21. alimentation et hydratation par voie orale,

22. enlèvement manuel de fécalomes,

23. enlever et remettre les bandages ou les bas destinés à prévenir et/ou traiter des affections veineuses.

Concernant la *mobilité transfrontalière* de l'aide-soignant, le travailleur belge doit obtenir une autorisation d'exercer délivrée par le préfet de région après présentation devant une commission régionale.

Le Préfet, après avis de la commission régionale, décidera :

- d'autoriser à exercer en France,
- ou de refuser l'autorisation d'exercer en France si la formation qui a été suivie comporte trop de différences avec la formation dispensée en France,
- ou de soumettre à des mesures compensatoires. Le demandeur n'a plus comme c'était le cas auparavant la possibilité de choisir entre un stage ou une épreuve d'aptitude. Désormais, c'est l'autorité compétente qui peut soit proposer au demandeur de choisir entre un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude, soit imposer un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude.

Si l'aide-soignant français dispose d'un diplôme européen et qu'il souhaite s'établir de manière permanente en Belgique et y exercer sa profession de santé, il doit préalablement demander une reconnaissance à l'une des Communautés. Après la reconnaissance par les Communautés, le Service Public Fédéral de la Santé Publique envoie automatiquement le visa autorisant à exercer la profession au prestataire.

**En conclusion, le métier d'aide-soignant est similaire sur chaque versant.**

### ❖ Les métiers «aides à la personne»

Parallèlement aux fiches mentionnant les métiers de médecin généraliste, d'infirmier, de kinésithérapeute, d'ergothérapeute et d'aide-soignant, il existe des métiers à domicile regroupés sous l'intitulé «aides à la personne» sans que nous puissions comparer les tâches et fonctions.

Concernant le versant français, l'option a été de choisir le métier dont le diplôme est étatique soit l'accompagnant éducatif et social (AES).

Pour le versant belge, les métiers analysés sont l'aide familiale, le garde malade et l'aide-ménagère.

## **L'accompagnant éducatif et social (AES) (Fr)**

L'accompagnement éducatif et social (AES) est une aide à domicile pour les personnes. Il s'obtient par un *diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social (DEAES)*<sup>99</sup>.

Ce dernier est composé d'un socle commun et de 3 spécialités correspondant aux champs d'intervention spécifiques suivants :

- l'accompagnement de la vie à domicile : l'AES contribue à la qualité de la personne, au développement ou au maintien de ses capacités à vivre à son domicile,
- l'accompagnement à la vie en structure collective,
- l'accompagnement à la vie inclusive et à la vie ordinaire – «l'AES contribue à faciliter, et participer à l'autonomie des enfants, adolescents et jeunes adultes en situation de handicap dans les activités d'apprentissage et les activités de loisirs.»

Pour entrer dans la formation, aucun diplôme n'est exigé, néanmoins des épreuves d'admission sont nécessaires : une épreuve écrite sur l'actualité sociale et une épreuve orale sur la motivation de la personne à entrer dans cette formation.

Le diplôme peut être accessible via une validation des acquis par expérience.

«Le diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social (DEAES) remplace et fusionne le diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale (DEAVS) et le diplôme d'état d'aide médico-psychologique (DEAMP), en plus d'englober la profession d'auxiliaire de vie.»

Concernant le *statut*, l'AES est une personne salariée. Il peut avoir différents employeurs : les associations d'aide à domicile, les Centres Communaux d'Action Sociale, le secteur associatif, les communes, les entreprises privées et les structures d'accueil de la petite enfance.

Au niveau de la facturation, le financement d'une intervention à domicile par un AES peut être pris en charge par le conseil départemental (APA), ou encore par la prestation de compensation du handicap, par la CAF (PAJE),... Dans les autres cas, l'intervention peut être entièrement à la charge de la personne. Le prix est, alors, variable selon les services à domicile.

Les différentes activités pratiquées par l'AES sont :

- organiser et ajuster son activité,
- mettre en place et organiser des actes et des activités éducatives afin de maintenir l'autonomie,
- favoriser, encourager, soutenir la communication et l'expression verbale et non verbale,
- respecter le rythme biologique de la personne,
- aider à la mobilisation, au déplacement de la personne,
- aider, dans le respect de la réglementation, aux soins d'hygiène en fonction de l'autonomie ou du handicap,
- utiliser les actes essentiels de la vie quotidienne pour créer des moments d'échanges privilégiés, valoriser la personne et préserver l'image de soi,

---

<sup>99</sup> Arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'Accompagnant Educatif et Social et Arrêté du 25 juillet 2017 modifiant l'arrêté du 29 janvier 2016 relatif à la formation conduisant au diplôme d'Etat d'accompagnant éducatif et social.

- aider aux actes du quotidien : alimentation, prise de médicaments, hydratation, respiration et fonctions d'élimination,
- observer, identifier et transmettre les signes révélateurs d'un problème de santé,
- accompagner et maintenir les capacités d'apprentissage avec l'utilisation des outils et supports adaptés,
- encourager, soutenir les activités intellectuelles, sensorielles et motrices,
- aider à l'habillage et au déshabillage,
- prévenir les risques liés à l'environnement de la personne,
- contribuer au maintien ou au développement des liens familiaux et sociaux.

Pour *exercer* sur le territoire, selon l'article 1, «le diplôme d'état d'AES atteste des compétences requises pour exercer simultanément des activités visant à accompagner les personnes au quotidien et à coopérer avec l'ensemble des professionnels concernés.

Ses titulaires veillent à la participation de la vie sociale et citoyenne de la personne.

Cet accompagnement prend en compte les spécificités en fonction du lieu de cet accompagnement, à domicile, au sein d'une structure collective ou dans le milieu scolaire.» Le diplôme d'état est une certification de niveau V ; celui-ci est délivré par le préfet de région des affaires sociales, avec mention de la spécificité.

Pour exercer sur l'autre versant, l'AES doit avoir un justificatif et une copie certifiée du diplôme, mais aussi le contenu des stages avec le nombre d'heures théoriques et pratiques (délivré et attesté par la structure de formation et la structure de stage).

### **L'aide familiale (B)<sup>100</sup>**

La *définition* générale du métier d'aide familiale est «la personne qui assure un accompagnement des bénéficiaires, les aide dans leur vie quotidienne et assure des tâches administratives, de maintenance de l'habitation, d'entretien du linge, de préparation et de présentation des repas, des courses, etc.»

Pour *exercer* le métier d'aide familiale, il faut être titulaire d'une attestation de capacité d'aide familiale certifiant qu'une des formalités reconnues par la réglementation a été suivie selon une des 4 filières suivantes :

- enseignement secondaire : auxiliaire familiale et sanitaire, puéricultrice, aspirante en nursing (certificat),
- promotion sociale : auxiliaire polyvalent(e) des services à domicile et en collectivité, aide-soignant, aide-familiale (certificat),
- éducation et formation en alternance, région wallonne : aide familiale (attestation de capacité).

Il est à noter qu'il s'agit de la même attestation demandée au garde malade.

---

<sup>100</sup> Décret du 6 décembre 2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées (MB. 21.01.2008) - Arrêté du Gouvernement wallon du 30 avril 2009 portant application du décret du 6 décembre 2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées et ses annexes (MB. 22 juillet 2009) - Code wallon de l'action sociale et de la santé, deuxième partie (dispositions sectorielles), livre 3 (aide aux familles), titre 3 (service d'aide aux familles et aux aînés) - Code réglementaire de l'action sociale et de la santé, livre 4, titre 4 et l'annexe 38 reprenant le statut du garde à domicile visé à l'Article 323.

L'aide familiale a un statut d'employé (depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019) au sein de services agréés d'aide aux familles et aux personnes âgées.

Au niveau de la facturation de l'aide familiale belge, l'intervention est subsidiée en partie par la région wallonne et une quote-part est à charge du bénéficiaire.

L'aide familiale se voit confier l'ensemble des *tâches* qui contribue au bien-être des personnes et relève des domaines suivants :

- aide à la vie quotidienne : accompagnement des enfants, des personnes âgées, malades ou handicapées,
- aide aux déplacements à l'extérieur,
- courses,
- entretien courant des pièces habitées et du linge, au confort et à la sécurité de la personne,
- rôle sanitaire : tâches liées à la santé, à l'hygiène, au confort et à la sécurité de la personne,
- rôle éducatif : conseils d'hygiène de vie,
- adaptation du logement,
- soutien des familles dans leur rôle éducatif,
- évaluation et stimulation des potentialités afin que la personne reste au cœur de son vécu quotidien,
- aide relationnelle : écoute, identification des difficultés, soutien par la présence, le dialogue, le maintien de l'autonomie,
- accompagnement dans le cadre des soins palliatifs,
- aide sociale : accompagnement lors des démarches administratives et dans l'organisation du budget (limitée à une aide immédiate de proximité),
- appel et orientation vers des services ou des organismes spécialisés.

Sur le versant belge, l'aide-familiale doit être en possession d'un certificat d'immatriculation d'aide familiale délivré par le ministre de la région wallonne ayant la formation professionnelle dans ses attributions.

Pour exercer la profession dans le pays voisin, l'aide-familial doit avoir un diplôme ou certificat. Selon la nationalité et le pays de délivrance du diplôme, la personne peut exercer en France sous conditions, ou elle devra reprendre des études pour obtenir le diplôme français.

### **Le garde malade (B)**<sup>101</sup>

Le métier consiste à assurer la garde à domicile de personnes âgées, malades ou en perte d'autonomie qui requièrent une surveillance régulière mais sans prodiguer de soins.

---

<sup>101</sup> Décret du 6 décembre 2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées (MB. 21 janvier 2008) - Arrêté du Gouvernement wallon du 30 avril 2009 portant application du décret du 6 décembre 2007 relatif aux services d'aide aux familles et aux personnes âgées et ses annexes (MB. 22 juillet 2009) - Code wallon de l'action sociale et de la santé, deuxième partie (dispositions sectorielles), livre 3 (aide aux familles), titre 3 (service d'aide aux familles et aux aînés) - Code réglementaire de l'action sociale et de la santé, livre 4, titre 4 et l'annexe 38 reprenant le statut du garde à domicile visé à l'Article 323.



Pour être *reconnu* comme garde malade, il faut être titulaire d'une attestation de capacité d'aide familiale certifiant qu'une des formalités reconnues par la réglementation a été suivie selon une des 4 filières suivantes :

- enseignement secondaire : auxiliaire familiale et sanitaire, puéricultrice, aspirante en nursing (certificat) ;
- promotion sociale : auxiliaire polyvalent(e) des services à domicile et en collectivité, aide-soignant, aide-familiale (certificat) ;
- éducation et formation en alternance : région wallonne : aide familiale (attestation de capacité).

Il est à noter qu'il s'agit de la même attestation demandée à l'aide familiale.

Le garde malade a un *statut* d'employé (depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2019) au sein de services agréés d'aide aux familles et aux personnes âgées.

Au niveau de la *facturation*, l'intervention d'un garde malade est subsidiée par la région wallonne sous la forme d'aide professionnelle à l'emploi (APE) et une quote-part reste à charge du bénéficiaire.

Le garde malade s'occupe des *tâches* à domicile telles que :

- maintenir le bénéficiaire dans des conditions optimales de sécurité et d'hygiène,
- veiller à une prise de médication conformément aux prescriptions médicales,
- assurer un réconfort moral au bénéficiaire et à la famille au travers d'échanges relationnels de qualité dans le cadre d'un accompagnement,
- donner à l'accompagnement une dimension qualitative dans l'utilisation du temps tout en stimulant les potentialités du bénéficiaire,
- veiller à ce que les bénéficiaires prennent leurs repas,
- s'intégrer dans un travail interdisciplinaire et s'en référer au responsable du service ou au responsable de l'encadrement, pour tous les actes qui dépassent sa compétence.

Le garde malade doit être en possession d'un certificat d'immatriculation d'aide familiale délivré par le ministre de la région wallonne ayant la formation professionnelle dans ses attributions.

Pour exercer la profession dans le pays voisin, il doit avoir un diplôme ou certificat. Selon la nationalité et le pays de délivrance du diplôme, la personne peut exercer en France sous conditions, ou elle devra reprendre des études pour obtenir le diplôme français.

### **L'aide-ménagère (B)**<sup>102</sup>

La *définition* générale du métier de l'aide-ménagère est «la personne qui effectue l'entretien ménager.»

Afin d'*exercer* en qualité d'aide-ménagère, il est nécessaire d'obtenir une attestation de formation professionnelle. Cette profession n'exige pas de diplôme spécifique.

---

<sup>102</sup> Code réglementaire de l'action sociale et de la santé, livre 4, titre 4 et l'annexe 38 reprenant le statut du garde à domicile visé à l'Article 323.

Des formations adaptées sont proposées par des organismes d'insertion et/ou des écoles de promotion sociale soit :

- au terme de la 6ème année de l'enseignement secondaire en alternance par un certificat de qualification spécifique,
- Ou via les Centres d'Education et de Formation en Alternance (CEFA) qui dispensent des formations « article 45 ».

L'aide-ménagère est employée ou ouvrière au sein d'un service agréé d'aide à domicile, dans un Centre Public d'Action Sociale (CPAS) ou encore dans le cadre d'organismes de réinsertion. Elle intervient au domicile des bénéficiaires et y assure essentiellement des tâches à entretenir, maintenir et améliorer l'hygiène dans les pièces où les bénéficiaires vivent.

Au niveau de la *facturation*, l'intervention est subsidiée par la région wallonne sous la forme d'aide professionnelle à l'emploi (APE) et la quote-part reste à charge du bénéficiaire.

L'ensemble des tâches de l'aide-ménagère sont

- le nettoyage de la maison,
- la lessive et le repassage du linge,
- la couture,
- le rangement de la maison.

Sur le versant belge, l'aide-ménagère ne doit répondre à aucune condition particulière.

## ❖ Description des métiers intervenant à fréquence variable au domicile

### La logopède / l'orthophoniste

Au niveau de ce métier, il existe une différence de dénomination pour un travail semblable auprès du patient : logopède en Belgique et orthophoniste en France.

Issue du grec logos «parole» et de paideia «éducation», la logopédie est une profession paramédicale qui a pour objectif d'assurer la prévention, l'évaluation et le traitement des troubles de la communication humaine et des troubles associés.

Concrètement, le logopède intervient dans le traitement des différents troubles : de l'articulation (déformation des sons, «zozotement» ou sigmatisme), de la voix (lésion des cordes vocales, extinction de voix), de la fluence (bégaiement), du langage écrit (dyslexie, dysorthographe, dysgraphie), de la parole et du langage d'origine neurologique (aphasie) ou développementale (dysphasie), du raisonnement logique et mathématique (dyscalculie), de l'audition (apprentissage de la lecture labiale chez les personnes devenues sourdes, rééducation du langage dans les surdités acquises), de la communication dans un contexte de handicap avec mise en place d'un moyen de communication alternative et améliorée (gestes, symboles, pictogrammes, synthèse vocale, etc.) et de la déglutition (dysphagie, troubles alimentaires).

Ces troubles peuvent être liés à des problèmes physiques (anatomiques ou physiologiques) ou à des difficultés psychologiques (comme un traumatisme émotionnel), faire suite à un accident ou, tout simplement, être liés au vieillissement. Ils peuvent également être d'origine développementale.

Le logopède contribue donc à améliorer le bien-être et la qualité de vie des personnes qui souffrent de ces troubles, qui entravent une bonne insertion scolaire, culturelle, professionnelle et sociale.

Le logopède intervient sur la base d'une prescription médicale circonstanciée et il élabore un programme de rééducation adapté au patient et utilise des techniques spécifiques de revalidation.

Certains logopèdes travaillent sous le statut salarié dans une institution mais la majorité travaille sous le statut indépendant auprès d'une clientèle privée.

Le logopède collabore régulièrement avec d'autres professionnels (psychologues, assistants sociaux, médecins, kinésithérapeutes, puériculteurs, ergothérapeutes, enseignants, etc.), avec qui il peut échanger des informations sur ses patients.

Le titre professionnel de logopède est protégé par la loi<sup>103</sup>. Celui-ci fixe les conditions d'accès au métier, les prestations techniques que peut poser un logopède moyennant prescription médicale circonstanciée et les actes qu'un médecin peut confier à un logopède.

L'exercice du métier nécessite d'être titulaire d'un agrément attribué par l'une des Communautés et d'un visa délivré par le Service Public Fédéral de Santé publique (SPF Santé Publique). Pour que ses patients puissent bénéficier du remboursement des séances, le logopède doit également obtenir un numéro INAMI.

Sur le versant français, l'orthophoniste permet aux personnes atteintes du trouble du langage, de la voie ou de la parole d'améliorer la communication orale et écrite. Un bilan est réalisé afin d'identifier les besoins et les séances de rééducation sont mises en place sous prescription médicale.

L'assurance maladie prend en charge 60%, une complémentaire santé pourra prendre en charge le ticket modérateur.

Pour accéder à l'emploi d'orthophoniste, il faut obtenir le Certificat de Capacité d'Orthophonie, cinq années après le Baccalauréat. Il est souvent nécessaire de faire une école préparatoire après le bac avant une entrée en école d'orthophonie. Après l'obtention du diplôme et ainsi exercer le titre d'orthophoniste, il est obligatoire de se faire enregistrer auprès du service désigné par le ministre chargé de la santé. L'enregistrement est sans frais.

La profession d'orthophoniste est régie par la loi du 26 janvier 2016<sup>104</sup>.

---

<sup>103</sup> Arrêté royal du 20 octobre 1994 relatif au titre professionnel et aux conditions de qualification requises pour l'exercice de la profession de logopède et portant fixation de la liste des prestations techniques et de la liste des actes dont le logopède peut être chargé par un médecin.

<sup>104</sup> Article L4341-1, Modifié par Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 - art. 126 du code de la santé publique.

L'emploi s'exerce principalement en établissement de soins, dans les cabinets d'orthophonie ou encore à domicile.

L'orthophoniste prend en charge différentes maladies comme :

- la dyslexie,
- l'illettrisme,
- les troubles de la parole,
- les troubles de la respiration,
- les troubles de la déglutition,
- les troubles du langage après un AVC...

Cette rééducation peut être faite auprès d'enfants, d'adolescents, d'adultes ou de personnes âgées. L'orthophoniste peut aussi être un acteur de prévention et ainsi dépister plus précocement les troubles. Afin d'optimiser la prise en charge l'orthophoniste travaille en collaboration avec d'autres professionnels, comme par exemples le médecin prescripteur, le corps enseignant, le personnel de l'éducation nationale, la psychologue, ou encore l'équipe pluridisciplinaire de soins...

### **La podologue / pédicure-podologue**

Au niveau de la terminologie, il existe des différences entre les deux versants.

Sur le versant belge, le terme utilisé pour le métier paramédical est le podologue, seul ce professionnel de santé est reconnu au niveau de l'Institut national d'Assurance Maladie – Invalidité (INAMI).

Il existe également les métiers de

- pédicure médicale (spécialisé) qui dispense des soins destinés à maintenir ou à améliorer l'aspect esthétique des pieds et traite les affections de l'épiderme et des ongles des pieds. Le pédicure spécialisé traite exclusivement le pied dit « non à risque », c'est-à-dire qui ne présente aucune affection systémique (pied diabétique, rhumatismal, neurologique ou avec problème vasculaire, pied qui a subi un traumatisme ou suite à une opération chirurgicale). En cas de soupçon d'un pied à risque, le pédicure doit renvoyer le patient vers un médecin. Le pédicure spécialisé ne travaille pas sur base d'une prescription médicale. Son intervention est limitée aux soins esthétiques.
- des manucures-pédicures qui dispensent des soins de beauté en vue de maintenir ou d'améliorer l'aspect esthétique des mains et des pieds. Un manucure-pédicure n'est pas habilité à dispenser des soins curatifs et ne peut se substituer à un pédicure médical ou un podologue. Il s'efforce de donner une apparence soignée et esthétique aux pieds et mains de ses clients, en tenant compte de leurs desiderata.

En France, le métier est reconnu comme pédicure-podologue.

Sur le versant belge, le podologue est le spécialiste paramédical des soins du pied et de la biomécanique du corps. Il intervient suite à un traumatisme ou une opération chirurgicale au niveau du pied et/ou de la cheville, dans le traitement de pathologies cutanées (durillons, cors, plaies, etc.), de problèmes liés aux ongles du pied (ongles incarnés, etc.), d'anomalies de la marche ou d'affections du pied résultant d'une maladie (diabète, rhumatisme, affections neurologiques, etc.) ou de la pratique sportive.

Certaines prestations nécessitent une prescription médicale préalable, soit d'un médecin généraliste, soit d'un spécialiste.

Les techniques de traitement sont variées, dépendent de la pathologie diagnostiquée et peuvent être mises en place à titre préventif ou curatif.

Enfin, le podologue intervient également dans la prévention des pathologies du pied en formulant notamment des conseils de chaussage adaptés à la personne âgée, au sportif, au jeune enfant ou au marcheur.

Il exerce aussi bien en cabinet privé, en institutions ou au domicile des patients.

Il est également amené à travailler seul et en relation avec des pédicures médicales, médecins, ostéopathes ou kinésithérapeutes.

La profession de podologue est protégée<sup>105</sup>. Seuls les détenteurs d'un diplôme de l'enseignement supérieur de 180 ECTS (European Credits Transfer System) minimum en podologie peuvent exercer le métier et porter le titre de podologue.

L'exercice du métier nécessite d'être titulaire d'un agrément attribué par l'une des Communautés et d'un visa.

Sur le versant français, le métier de pédicure-podologue a pour missions l'hygiène et l'entretien des pieds, des ongles, et des appuis plantaires. Le pédicure-podologue fabrique également des appareillages selon la prescription médicale. Il conçoit et fabrique des semelles orthopédiques ou des orthèses plantaires.

La visite est remboursée à 60 % par l'assurance maladie, une complémentaire santé pourra prendre en charge le ticket modérateur.

Pour exercer ce métier, il faut obtenir le diplôme d'état de pédicure-podologue. L'accès se fait sur concours après le baccalauréat et la durée d'étude est de trois années. Avant leur entrée dans la profession, il est nécessaire de se faire enregistrer auprès du service désigné par le ministre chargé de la santé. L'enregistrement est sans frais.

Le pédicure-podologue prend en charge :

- le traitement des cors,
- le traitement des durillons,
- le traitement des ongles incarnés,
- le traitement des verrues plantaires....

Ce spécialiste peut prendre en charge d'autres maladies concernant les pieds comme le diabète, les problèmes de circulation du sang...

---

<sup>105</sup> Arrêté royal du 7 mars 2016.

Un pédicure-podologue exerce principalement en cabinet libéral ou en cabinet pluridisciplinaire.

En cas de complication, le pédicure-podologue a pour missions d'orienter le patient vers un professionnel de santé adapté aux besoins (radiologue...)

La profession de pédicure-podologue est régie par la loi du code de la santé publique.<sup>106</sup>

### **Le psychomotricien**

Sur le versant belge, le psychomotricien s'intéresse au mouvement humain comme expression de la relation à soi-même, à l'autre, au temps, à l'espace et aux objets. Il considère la mise en action du corps comme le fondement de la construction de l'esprit. Son objectif est de stimuler ou de favoriser le développement harmonieux de la personne, tant sur le plan psychologique que moteur. Ce professionnel s'appuie sur des techniques corporelles et gestuelles, sensorielles, motrices et psychologiques pour aider la personne à trouver son chemin vers plus d'autonomie. Le psychomotricien exerce des fonctions éducatives, rééducatives ou thérapeutiques.

Ses méthodes sont variées. Pour la prise de conscience du corps, de l'équilibre, de la coordination motrice, il utilise des cubes de construction géants, de l'enfilage de grosses perles nécessitant le concours de tous les doigts, etc. Pour développer l'orientation et la structuration spatiale, il utilise des parcours d'obstacles et des exercices de distinctions gauche/droite, dessus/dessous, devant/derrière. Pour l'apprentissage des notions rythmiques et temporelles, il propose des chants avec mouvements, de la danse, du mime ou le maniement d'instruments de musique. Il utilise également des jeux corporels et des techniques de relaxation.

Le psychomotricien peut pratiquer dans de nombreux domaines et auprès de publics très diversifiés. Il peut ainsi proposer des consultations privées à domicile.

Il travaille sous le statut d'indépendant ou de salarié. Il peut travailler à temps partiel et exercer la psychomotricité comme complément d'une autre profession comme logopède, enseignant, etc.

Le diplôme s'obtient après des études non universitaires de type court. Actuellement, ce métier n'est pas reconnu comme métier paramédical en Belgique.

En France, le psychomotricien intervient auprès de personnes atteintes de troubles psychomoteurs ou neuro-moteurs, selon la prescription médicale.

Les actes de psychomotricien en cabinet de ville ne sont pas remboursés par l'assurance maladie. Néanmoins, les actes sont totalement remboursés s'ils sont réalisés dans un Centre d'Action Médico-Sociale Précoce (CAMSP), un centre médico-psychologique (CMP) ou un centre médico-psychologique privé (CMPP).

---

<sup>106</sup> Article L4322-1 (Modifié par Loi n°2019-774 du 24 juillet 2019 - art. 27 ) du code de la santé publique.

Pour exercer ce métier, il faut obtenir le diplôme d'état de Psychomotricien. L'accès s'effectue sur concours après le baccalauréat ; la durée d'étude est de trois années dans l'un des 6 instituts payants de formation.

Le psychomotricien intervient auprès d'un public souffrant par exemples d'Alzheimer, des troubles de l'apprentissage, de polyhandicap... Un bilan est réalisé afin d'évaluer les besoins et l'origine des difficultés, à la suite des exercices de rééducation sont mises en place (relaxation, exercice d'équilibre, jeux d'orientation, ateliers...).

Les séances ont pour objectif une meilleure maîtrise du corps et du comportement.

L'emploi s'exerce principalement en cabinet libéral, en établissements, en associations... Le psychomotricien travaille en collaboration avec d'autres professionnels de soins comme les médecins, les kinésithérapeutes ...

La profession de psychomotricien est régie par la loi du code de la santé publique<sup>107</sup>.

### **La sage-femme**

D'un point de vue étymologique, le terme «sage-femme» signifie «qui possède la connaissance de la femme». Le mot «sage» évoque la connaissance et l'expérience, sources de sagesse et le mot «femme» évoque la femme qui est l'objet de cette connaissance, c'est-à-dire la patiente. C'est pourquoi le terme est utilisé aussi bien pour les femmes que pour les hommes sages-femmes.

En Belgique, les sages-femmes sont les personnes de référence des parents et futurs parents en ce qui concerne la période pré-conceptionnelle, le suivi de la grossesse, l'accouchement et la période postnatale.

Dans la période postnatale, les sages-femmes s'occupent à la fois du nouveau-né et de sa mère en effectuant les premiers soins, la surveillance post-partum et un bilan de santé postnatal ; leurs compétences allant jusqu'à la fin de la première année de vie du bébé. Elles vont également conseiller les parents en matière d'allaitement, d'hygiène, d'éducation à la santé et d'alimentation.

Le titre professionnel de sage-femme est protégé. Les conditions d'accès au métier et les prestations pouvant être accomplies sont fixées par Arrêté royal<sup>108</sup>. Depuis 2006<sup>109</sup>, le titulaire du titre professionnel de sage-femme est considéré comme un praticien d'une profession des soins de santé autonome dans le domaine de l'art médical.

L'exercice du métier nécessite d'être titulaire d'un agrément, acquis automatiquement à l'obtention du diplôme, ainsi que d'un visa délivré par le Service Public Fédéral de la Santé. Les sages-femmes qui souhaitent prescrire des médicaments doivent demander un agrément spécifique au Service Public

---

<sup>107</sup> : Article L4332-1.

<sup>108</sup> AR du 1 février 1991 relatif à l'exercice de la profession de sage-femme, complété par l'Arrêté royal du 8 juin 2007.

<sup>109</sup> Loi du 13 décembre 2006 portant des dispositions diverses en matière de santé.

Fédéral Santé publique et disposer d'un numéro d'inscription à l'Institut National de l'Assurance Maladie-Invalidité.

En outre, une formation permanente obligatoire de 75 heures sur cinq ans permet au professionnel de conserver son titre de sage-femme.

Le terme de sage-femme est un terme utilisé par le Service Public Fédéral de la santé publique et le Service des soins de santé de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité et le terme accoucheuse est utilisé dans la nomenclature des soins de santé.

En France, la sage-femme réalise un accompagnement des femmes enceintes tout au long de la grossesse mais également lors de l'accouchement et l'arrivée du nouveau-né. Elle organise également des séances d'accompagnement avant et post accouchement. La sage-femme assure un suivi gynécologique de la femme. Elle peut aussi orienter la patiente vers des spécialistes s'il y a un diagnostic pathologique. La sage-femme a un rôle important de prévention chez les femmes comme par exemple contre les addictions, dans des situations de violences...

Si la sage-femme est conventionnée par l'assurance maladie, le remboursement s'élève à 100%, néanmoins si elle n'est pas conventionnée alors le remboursement s'élève à 75%.

Pour exercer cet emploi, il faut obtenir le diplôme d'état de sage-femme. L'accès se fait après le baccalauréat, avec l'année de Première Année Commune des Etudes de Santé (PACES) et ensuite quatre ans d'école de sage-femme. Depuis 2020, le PACES est supprimé et remplacé par des licences avec option « accès santé ». Après l'obtention du diplôme, l'inscription auprès de l'ordre des sages-femmes est obligatoire pour exercer.

Le métier s'exerce principalement en cabinet ou en établissement. La sage-femme travaille en collaboration avec des professionnels de santé comme les médecins, les infirmiers... Une sage-femme peut travailler en horaire de nuit, de journée, le weekend, et peut être également d'astreinte.

La profession de sage-femme est régie par la loi du code de la santé publique<sup>110</sup>.

---

<sup>110</sup> Article L4151-1 du code de la santé publique.



## Chapitre 3 : la coordination transfrontalière projet COSERDO

La coordination transfrontalière est née d'un projet pilote rentré dans le cadre du programme Interreg V. En effet, dans le cadre du programme « *INTERREG V France-Wallonie-Vlaanderen* », la Mutuelle Générale de l'Education Nationale (MGEN), Solidaris Mutualité – Province de Namur, la Centrale de services à Domicile de la Province de Namur (CSD) et l'Union Nationale des Mutualités socialistes (UNMS) ont décidé de développer une coordination de soins et services transfrontalière sur base du modèle des centres de coordination belges à travers le projet Coserdo (coordination des services pour les patients en sortie d'hospitalisation) sur les territoires du Nord du département des Ardennes , du sud de la Province de Namur et de la Thiérache.

Ce projet pilote franco-belge a donc été accepté et financé par le Fonds Européen de Développement Régional (INTERREG V France-Wallonie-Vlaanderen) pour une période de 4 ans.

Le principe de la coordination belge n'existait pas en tant que tel sur le territoire français, ce qui posait problème pour les nombreux patients français qui se faisaient hospitaliser en Belgique sans bénéficier d'un retour organisé dès l'hôpital comme pour les patients belges.

Il était constaté que même si une coordination existait en Belgique, elle restait néanmoins perfectible car les solutions sont parfois difficiles à mettre en œuvre pour certains patients en zone rurale et du côté français l'offre de dispositifs permettant le maintien à domicile à l'occasion de la sortie de l'hôpital n'était pas connue du public pour les établissements de santé belge. Ce qui avait pour conséquence que les patients français ne bénéficiaient pas des mêmes prestations que les patients belges.

Ces situations engendraient de nombreux soucis pour les patients et leurs familles bien souvent démunis faute d'accompagnement et de conseil, et pour lesquels une ré-hospitalisation semblait être la seule solution.

Les hôpitaux belges et leurs services sociaux ne trouvaient pas toujours les réponses aux problèmes posés par le retour au domicile par manque de connaissance, bien souvent, de la législation, des dispositifs, des services existants sur l'autre versant ainsi que pour l'ensemble des services sociaux qui étaient sollicités (CCAS, assistantes de secteur, caisses d'assurance maladie, complémentaires,...). Quant aux professionnels de santé et de services, l'absence de coordination ne permettait pas toujours de répondre à toutes les sollicitations, de coordonner les interventions, etc.

La CSD de la Province de Namur de par son expérience et son expertise en matière de coordination des soins et services, puisqu'elle-même organisatrice d'un centre de coordination depuis 1990, était tout à fait indiquée pour initier tout le processus de mise en place de cette coordination transfrontalière sur le territoire donné et de veiller à la formation d'un(e) coordinateur(trice) français(e) dans une nouvelle fonction encore méconnue des partenaires français.

C'est donc ainsi qu'une coordinatrice française a été engagée par la MGEN et qu'une collaboration étroite et fructueuse a commencé entre la coordinatrice du versant belge et la coordinatrice du versant français.

Le dispositif a donc débuté le 1<sup>er</sup> avril 2016 et a développé une coordination transfrontalière en matière d'aide et de soins à domicile pour les patients en sortie d'hospitalisation de part et d'autre de la frontière sur un secteur déterminé.

Cette mise en place progressive s'est faite sur base de toute une série de démarches et la mise en œuvre de deux axes prioritaires nécessaire à la réussite du projet :

- la connaissance et développement du réseau
- les prises en charge des sorties d'hospitalisation

### **Le développement du réseau**

Un cadastre transfrontalier, sur tout ce qui existe sur le territoire en matière de soins et services à domicile a été élaboré et a permis d'aller à la rencontre des acteurs de terrain.

Ces rencontres ont permis d'expliquer plus concrètement ce qu'était une coordination et sa plus-value. Des conventions de collaboration ont été également signées avec les partenaires.

C'est ainsi que des rencontres ont été organisées avec les services sociaux des hôpitaux belges du secteur d'intervention (Godinne, Dinant et Chimay), et de nombreux services /prestataires des deux versants.

Le travail de création de réseau, la multiplicité des rencontres tant des services prestataires, de réseau de santé, des services des hôpitaux, ... a porté ses fruits puisque aujourd'hui COSERDO est identifié et les demandes croissantes en témoignent (356 demandes d'instruites en 4 ans).

Le conseil départemental et l'ARS sont également devenus des interlocuteurs privilégiés et essentiels dans le cadre du projet et de nombreuses collaborations se sont établies avec eux. Il est d'ailleurs très fréquent que la coordinatrice française remplisse des demandes de plan d'aide personnalisé (APA) et les fassent parvenir au conseil départemental afin d'accélérer les démarches dans certaines situations.

### **La prise en charge des patients en sortie d'hospitalisation**

Grâce à ces nombreuses rencontres et échanges, la coordination a pris son envol et les demandes de prises en charge ont commencé à affluer au niveau des services sociaux des hôpitaux belges démontrant que la réponse apportée correspondait bien aux constats posés et justifiait donc pleinement la mise en place d'un tel dispositif.

Les patients pris en charge par le dispositif Coserdo, ont donc pu bénéficier d'un retour à domicile préparé et concerté ; ce qui a permis de réduire le nombre de ré hospitalisation de ces derniers.

Une enquête de satisfaction envoyée systématiquement aux personnes prises en charge ainsi qu'aux prestataires a permis de mettre en exergue tout le bien fondé de cette coordination transfrontalière.

Après 4 ans de fonctionnement, les résultats sont d'ailleurs très positifs puisque 100 % des bénéficiaires sont satisfaits de la prise en charge et 96.4 % pensent que la coordination permet une amélioration de celle-ci pour les Français hospitalisés en Belgique.

De l'autre côté, 100 % des professionnels estiment que cette collaboration est enrichissante et primordiale pour la prise en charge des patients.

Mais surtout, 91,9 % des patients pris en charge par COSERDO n'ont pas dû être ré hospitalisés.

Le dispositif Coserdo a donc répondu à des enjeux importants comme la mise en place d' une structuration globale des services qui favorise la prise en charge à domicile des patients et l'amélioration de la sortie d'hôpital et le retour à domicile, tant au niveau de l'aménagement du domicile, des services offerts qu'au niveau financier.

Ce service de coordination s'est donc développé en totale complémentarité des dispositifs déjà existants sur le territoire français avec une dimension transfrontalière affirmée au niveau du partage des expériences et de la connaissance des services d'aides et de soins de chacun. Le souhait était de travailler avec l'ensemble des acteurs des soins et services à la personne par le biais de conventions de collaboration.

Coserdo a donc pris appui sur un réseau local d'associations et de professionnels afin de garantir le meilleur accompagnement possible. Il a permis en ce sens d'articuler les nombreux et différents niveaux d'aides et de soins au service du patient souvent perdu face à toutes ces offres et dispositifs bien souvent inconnus pour lui.

Actuellement, la Coordination transfrontalière est reconnue par tous et fonctionne comme une véritable courroie de transmission entre les différentes structures et prestataires de soins (hôpital, revalidation, domicile) et le bénéficiaire et sa famille. Le dispositif a été reconnu sur le territoire comme une activité à haute valeur sociale ajoutée qui a permis d'inclure le patient et ses proches au cœur du dispositif par notamment le respect de son libre choix ainsi que par l'élaboration d'un plan d'aide individualisé en totale concertation avec le bénéficiaire et ses proches.

La coordinatrice par son intervention permet d'inclure les personnes fragilisées dans un secteur de soins et de services ; cela de la manière la plus optimale, c'est-à-dire en tenant compte des ressources existantes et du libre choix du bénéficiaire.

Le fait de disposer d'une coordination transfrontalière est donc bien une garantie de qualité :

- connaissance des ressources disponibles en termes de services/prestataires sur un territoire donné (réseau),
- interface entre le bénéficiaire, les proches et les intervenants professionnels,
- prend appui sur un réseau local d'associations et de professionnels afin de garantir le meilleur accompagnement possible à domicile,
- personne de référence dans les situations plus lourdes/complexes à gérer joue le rôle d'articulation des différents niveaux d'aide et de soins (ex: sorties d'hôpital...),
- assurer aux personnes qui font appel à la coordination transfrontalière un maintien à domicile par l'organisation de soins et de services de qualité dans le respect de leur libre choix,

- informer – conseiller et aider à la mise en place des services nécessaires et les plus appropriés au maintien à domicile,
- se trouver aux côtés du bénéficiaire dans le respect de son libre choix,
- faciliter les démarches du bénéficiaire et de son entourage en leur évitant de nombreuses recherches,
- trouver le service adéquat qui répond le mieux aux besoins de la personne,
- soutenir la famille et les aidants proches,
- chercher des solutions concrètes,
- faciliter la communication entre tous les intervenants du domicile,
- relayer l'information vers le bénéficiaire et les prestataires.



### Les différences de pratiques

La coordination développée sur le territoire français a pris quelques tournants inattendus, liés à la logique et aux pratiques des services.

En effet, au niveau des soins de nursing, c'est assez compliqué car les infirmières ne font pas nécessairement les toilettes comme en Belgique. Ce qui, constaté sur le terrain dans le cadre des prises en charge est un problème dans l'organisation à domicile car le nursing est primordial pour celui-ci. Ces dernières sont dès lors prises en charge par des services d'aide à la vie quotidienne dans l'attente qu'une place se libère au SIAD.

En Belgique, par contre les toilettes représentent une grande partie du travail infirmier ce qui permet de prendre en charge plus rapidement les soins de nursings sans être sur une liste d'attente.

La coordinatrice française doit faire régulièrement appel au conseil départemental afin de faire accélérer les interventions pour les dossiers urgents. De ce fait, la visite obligatoire d'évaluation GIR par les travailleurs sociaux du conseil départemental, afin de déterminer le montant de l'intervention financière, se fait très rapidement. Il y a donc une lourdeur administrative pour obtenir le soutien financier lié à l'aide ce qui peut être un frein dans la mise en place du plan d'intervention de la coordination.

En Belgique ce sont les assistants sociaux des services d'aide familiale (SAFA) qui évaluent l'aide directement, il n'y a donc pas d'intermédiaire, ce qui permet plus de rapidité. Le problème serait plutôt le manque de prestataires et de moyens pour répondre aux demandes ; bien que ce problème existe également en France.

Au niveau de l'aménagement du domicile, la Belgique est beaucoup plus avancée au niveau de ses pratiques grâce au travail des ergothérapeutes qui aménagent le lieu de vie des personnes, en France un manque est constaté à ce niveau alors que l'on sait que l'aménagement du domicile est essentiel au maintien à domicile.

### **Pérennisation du projet**

**Ce projet se terminant au niveau du financement Interreg le 31 mars 2020**, la MGEN qui a développé la coordination française en collaboration étroite avec la coordination belge assure actuellement la pérennité du dispositif par le financement des postes de coordination. Des recherches de subsides sont en cours et seront nécessaires sur le long terme afin d'assurer la pérennisation de cette coordination transfrontalière devenue incontournable.

## Chapitre 4 : Mobilité des prestataires – Les procédures existantes.

### *Introduction*

L'Europe de la santé est aujourd'hui confrontée, dans son ensemble, à des problèmes de démographie médicale.

De ci de là, on voit poindre des difficultés d'accès aux soins pour les patients, des problèmes de recrutement de personnels pour les établissements de soins, une répartition inégale de l'offre sur le territoire, des zones déficitaires, des postes vacants non satisfaits imposant des réductions de services, des temps de garde démesurés etc.

Pourtant, l'Union européenne, dans le cadre du Traité qui la fonde, a, depuis plus de trente ans, cherché à améliorer la mobilité des professionnels de santé.

Pour l'heure, il apparaît nécessaire de se pencher, plus encore que par le passé, sur les droits et les procédures en vigueur en matière de mobilité des prestataires.

Dans l'UE, les professionnels de la santé bénéficient de l'exercice effectif du droit à la libre circulation professionnelle garanti par l'article 43 du Traité CE. De nombreuses directives ont été adoptées pour faciliter la libre circulation des prestataires de soins, dont notamment, les directives qui mettent en place les systèmes de reconnaissance des qualifications.

Sur base des règles européennes, les Etats membres ont ouvert leur système aux prestataires médicaux étrangers.

Les professions de santé sont fortement réglementées et strictement organisées.

Les modalités d'application qui varient d'un pays à l'autre, énoncent des exigences auxquelles le praticien doit satisfaire pour être autorisé à exercer sa profession. Ce thème est abordé ci-dessous.

Qu'elles soient occasionnelles ou permanentes, les prestations médicales effectuées sur un territoire peuvent engager la responsabilité de leurs auteurs.

D'après les études réalisées par le projet GEDIDOT<sup>111</sup> concernant le nombre de médecins selon le nombre d'habitants sur le territoire des Ardennes, il y a un médecin pour environ 1178 habitants contre, en moyenne, un médecin pour 709 habitants en Belgique.

Concrètement au sein du projet Coserdo, l'attention a été portée principalement sur la mobilité des **médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes** au sein de la zone transfrontalière Ardennes – Sud Namurois.

---

<sup>111</sup> <https://gedidot.eu/>.

## Les procédures existantes

### 1. Les grands principes européens

Selon les principes du Traité instituant la Communauté européenne<sup>112</sup>, « tout citoyen de l'Union européenne a le droit de travailler et de vivre dans un autre Etat membre sans subir de discrimination fondée sur la nationalité ».

Les Etats membres peuvent cependant maintenir certaines restrictions si celles-ci sont proportionnées et justifiées par des raisons impérieuses d'intérêt général.

Une des libertés fondamentales garanties par le droit communautaire est la **libre circulation des personnes**. Il s'agit là d'un élément essentiel de la citoyenneté européenne. Les travailleurs jouissent de cette liberté depuis la fondation de la Communauté européenne en 1957<sup>113</sup>.

La **liberté d'établissement** permet à tout ressortissant d'un Etat membre de pratiquer une activité économique de manière stable et continue dans un ou plusieurs Etats membres et de s'y établir<sup>114</sup>.

La **libre prestation de services** permet à un ressortissant (personne physique ou morale) fournissant ses services dans un Etat membre d'offrir ses services de manière temporaire dans un autre Etat membre, sans devoir y être établi<sup>115</sup>. La libre prestation de service est donc « l'exercice d'une activité non salariée réalisée contre rémunération par une personne établie dans un Etat membre au profit d'un bénéficiaire normalement établi dans un autre Etat membre ». Elle exclut toute installation stable, requiert un exercice discontinu même s'il peut être répété et concerne les services présentant un caractère transfrontalier.

Par conséquent, tout citoyen de l'Union a le droit d'exercer une activité professionnelle dans un autre Etat membre dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent aux ressortissants nationaux<sup>116</sup>.

Un des principes communautaires fondamentaux reconnus aux citoyens de l'Union est le droit de s'établir ou de fournir des services n'importe où dans l'Union européenne.

Afin de soulever les obstacles à ce principe, la Commission européenne a institué une procédure privilégiée de reconnaissance à l'attention des ressortissants européens au sein de l'Espace économique européen : la reconnaissance professionnelle.

Tout ressortissant d'un Etat membre de l'espace économique européen dont la profession est une profession réglementée<sup>117</sup> peut faire reconnaître sa preuve étrangère de compétence professionnelle grâce à des directives européennes.

---

<sup>112</sup> Traité instituant la Communauté européenne – Articles 3 - 14 - 17 - 18.

<sup>113</sup> Traité instituant la Communauté européenne – Articles 39 - 40 - 42.

<sup>114</sup> Traité instituant la Communauté européenne – Articles 43 - 46 - 47.

<sup>115</sup> Traité instituant la Communauté européenne – Articles 49 - 50

<sup>116</sup> Traité instituant la Communauté européenne – Articles 12 – 54 -55 -152

<sup>117</sup> <http://ec.europa.eu/growth/tools-databases/regprof/index.cfm?action=professions>.

Il doit nécessairement s'agir d'une profession réglementée c'est-à-dire d'une activité dont l'accès et l'exercice sont subordonnés à un certain nombre de règles légales. Un nombre restreint de professions réglementées existe dans chaque Etat membre. Dans le cas d'une profession non réglementée dans l'Etat membre d'accueil, l'accès est libre et il n'y a pas à demander la reconnaissance des qualifications professionnelles.

Les règles communautaires comprennent une reconnaissance mutuelle applicable à toutes les professions pour lesquelles un Etat membre requiert une qualification (il s'agit du système général), les grandes différences entre les règles nationales n'ayant pas permis l'harmonisation.

Elles comprennent également une harmonisation des conditions de formation qui comportent une reconnaissance automatique des qualifications professionnelles principalement dans le secteur de la santé (il s'agit des secteurs spécifiques). C'est en effet dans le secteur de la santé que les résultats ont été les plus poussés au motif que les conditions d'exercice, en particulier les formations, variaient peu d'un pays à l'autre, notamment par rapport à d'autres professions.

L'Etat d'accueil ne pourra donc refuser l'accès à l'activité considérée si le demandeur dispose de la qualification lui ouvrant cet accès dans le pays d'origine mais il peut exiger, dans le respect de certaines conditions, une expérience professionnelle, un stage d'adaptation ou une épreuve d'aptitude.

Conjointement à ce régime général de reconnaissance des qualifications professionnelles, il existe le régime de reconnaissance automatique dans lequel, l'Etat membre d'accueil reconnaît les titres de formation qui remplissent les conditions minimales de formation prévues par une directive<sup>118</sup>.

Pour les métiers des soins à domicile, cela concerne le médecin et l'infirmier responsable des soins généraux.

Le kinésithérapeute relève quant à lui du régime général – profession réglementée.

La législation européenne a mis en place la carte professionnelle européenne<sup>119</sup> qui est une procédure électronique permettant de faire reconnaître des qualifications professionnelles dans un autre pays de l'Union européenne. Ce système permet de suivre les demandes de reconnaissance en ligne et de réutiliser des documents déjà téléchargés pour introduire de nouvelles demandes dans différents pays.

Dans cette procédure, l'autorité compétente de l'Etat membre d'origine joue un rôle important, ce qui n'est pas le cas dans la procédure standard de reconnaissance. Cette autorité doit ici préparer différents documents requis par l'autorité compétente de l'Etat membre d'accueil. Par ailleurs, les autorités compétentes des Etats membres sont dans cette procédure soumises à des délais stricts.

Il s'agit toutefois d'un instrument non obligatoire. Par conséquent, les personnes qui exercent une des professions qui peuvent bénéficier de la procédure de l'EPC, ont toujours la possibilité de suivre la procédure classique de reconnaissance.

A l'heure actuelle, la procédure de la carte professionnelle s'applique aux professions médicales suivantes : infirmiers responsables de soins généraux, pharmaciens et kinésithérapeutes.

---

<sup>118</sup> Annexes V et VI de la directive 2005/36/CE

<sup>119</sup> [https://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/european-professional-card/index\\_fr.htm](https://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/european-professional-card/index_fr.htm)



## 2. Les procédures d'installation pour les métiers de médecins généralistes, infirmiers et kinésithérapeutes

### Etablissement permanent sur l'autre versant

Par « établissement permanent », il faut comprendre que le prestataire s'installe sur l'autre versant **de façon stable et durable**<sup>120</sup>.

Selon l'article 11.3. a. du règlement 883/2004, la personne qui exerce une activité salariée ou non salariée dans un Etat membre est soumise à la législation de cet Etat membre.

Cette procédure a été décrite largement dans les fiches « métiers »<sup>121</sup> qui sont disponibles, sous forme électronique, sur le site internet [www.coserdo.eu](http://www.coserdo.eu).

Dès l'inscription finalisée, la sécurité sociale de l'état compétent délivre le formulaire européen qui permettra à la personne assurée et/ou des membres de famille qui réside(nt) dans un Etat de s'inscrire auprès d'une caisse de sécurité sociale d'un autre Etat afin de bénéficier des prestations en nature de l'assurance maladie invalidité.

### Installation dans les deux pays

L'objectif des règlements européens 883/2004 et 987/2009 est de faciliter la libre circulation des personnes. Le principe posé est qu'un travailleur est assuré dans un seul Etat à la fois alors qu'il exerce une seule ou plusieurs activités (simultanément ou en alternance) dans plusieurs états.

L'article 13 du 883/2004 analyse plusieurs cas de figure :

«

1. la personne qui exerce normalement une activité salariée dans 2 ou plusieurs Etats membres est soumise :
  - à la législation de l'Etat membre de résidence, si elle exerce une partie substantielle de son activité dans cet Etat membre ... ou,
  - à la législation de l'Etat membre dans lequel l'entreprise ou l'employeur qui l'emploie a son siège ou son domicile, si la personne n'exerce pas une partie substantielle de ses activités dans l'Etat membre de résidence.
2. la personne qui exerce normalement une activité non salariée dans 2 ou plusieurs Etats membres est soumise :
  - à la législation de l'Etat membre de résidence, si elle exerce une partie substantielle de son activité dans cet Etat membre ; ou

---

<sup>120</sup> Directive 2005/36/CE du Parlement européen et du Conseil du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles

<sup>121</sup> Annexes .....

- à la législation de l'Etat membre dans lequel se situe le centre d'intérêt de ses activités, si la personne ne réside pas dans l'un des Etats membres où elle exerce une partie substantielle de son activité.
3. la personne qui exerce normalement une activité salariée et non salariée dans différents Etats membres est soumise à la législation de l'Etat membre dans lequel elle exerce une activité salariée ou, si elle exerce une telle activité dans 2 ou plusieurs Etats membres, à la législation déterminée conformément au paragraphe 1. »

Dans le cadre d'un établissement dans deux Etats, les procédures des deux Etats se cumulent : en effet, le prestataire devra répondre sur ces deux lieux de travail, aux conditions du pays où il est installé.

Dans certaines conditions et selon les accords particuliers, il existe des situations antérieures où par exemple pour des installations simultanées sur les deux pays de médecins spécialistes en structures hospitalières, les deux ordres nationaux ont marqué leur accord pour un paiement de la cotisation réduite (moitié de la somme sur chaque versant).

Le statut des différents prestataires pouvant être à la fois salarié et/ou indépendant (non salarié), les différents cas possibles sont présentés ci-dessous.

#### **Un praticien sous statut indépendant et résidant en Belgique qui souhaite pratiquer en France une activité libérale en France :**

Le praticien pratique son métier suivant les normes belges en vigueur et est inscrit auprès de la sécurité sociale belge. Le document à fournir en France, afin de permettre l'exonération des cotisations sociales, est l'attestation A1 qui atteste de la législation de sécurité sociale qui vous est applicable si vous exercez des activités dans plus d'un état membre de l'UE. Elle confirme que la législation d'un autre état membre auquel vous êtes lié ne s'applique pas à vous, c'est-à-dire que le travailleur ne doit pas payer de cotisations de sécurité sociale dans les autres pays. Sur le territoire français, le travailleur s'inscrit auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, qui fonctionne comme un guichet unique.

#### **Un praticien sous statut salarié et résidant en Belgique qui souhaite pratiquer en France sous statut indépendant :**

Le praticien pratique son métier suivant les normes belges en vigueur et est inscrit auprès de la sécurité sociale belge. Le document à fournir en France, afin de permettre l'exonération des cotisations sociales, est l'attestation A1 qui atteste de la législation de sécurité sociale qui vous est applicable si vous exercez des activités dans plus d'un état membre de l'UE. Elle confirme que la législation d'un autre état membre auquel vous êtes lié ne s'applique pas à vous, c'est-à-dire que le travailleur ne doit pas payer de cotisations de sécurité sociale dans les autres pays. Sur le territoire français, le travailleur s'inscrit auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, qui fonctionne comme un guichet unique.

**Un praticien sous statut indépendant et résidant en France qui souhaite pratiquer en Belgique sous statut indépendant :**

Un praticien français qui s'installe en Belgique doit effectuer les démarches auprès des autorités compétentes (voir fiche) et s'inscrire auprès de la sécurité sociale belge. Le document A1 est à déposer auprès de l'INASTI ou d'une caisse de cotisations sociales.

**Un praticien sous statut salarié et résidant en France qui souhaite pratiquer en Belgique sous statut indépendant :**

Un praticien français qui s'installe en Belgique doit effectuer les démarches auprès des autorités compétentes (voir fiche) et s'inscrire auprès de la sécurité sociale belge. Le document A1 est à déposer auprès de l'INASTI ou d'une caisse de cotisations sociales.

**Praticien belge ou français sous statut indépendant qui souhaite pratiquer en qualité de salarié en France ou Belgique :**

Un praticien qui s'installe dans un autre pays membre de l'UE doit effectuer les démarches auprès des autorités compétentes (voir fiche) et s'inscrire auprès de la sécurité sociale du pays.

**Praticien belge ou français sous statut salarié qui souhaite pratiquer également en qualité de salarié sur l'autre versant :**

Un praticien qui s'installe dans un autre pays membre de l'UE doit effectuer les démarches auprès des autorités compétentes (voir fiche) et s'inscrire auprès de la sécurité sociale du pays.

**L'exercice temporaire ou occasionnel**

Le principe de la libre prestation de services<sup>122</sup> donne le droit aux prestataires médicaux établis dans un Etat membre de l'Union européenne de fournir occasionnellement des prestations dans un autre Etat membre et ce, sans que l'exercice de cette prestation puisse être rendu plus difficile qu'une prestation médicale purement nationale.

Cependant, le pays dans lequel s'exerce la prestation occasionnelle peut exiger du prestataire la production d'attestations certifiant qu'il exerce légalement dans l'Etat membre où il est établi et qu'il possède le diplôme requis à cet effet.

L'Etat d'accueil peut aussi exiger une déclaration auprès de son autorité compétente même si celle-ci, en cas d'urgence, peut être postérieure à la prestation de services.

---

<sup>122</sup> Article 49 du Traité CE.

Le prestataire occasionnel sera dispensé, dans l'Etat d'accueil, de toute obligation éventuelle d'inscription ou d'affiliation à un organe professionnel.

L'Etat d'accueil peut seulement prévoir une inscription temporaire automatique ou l'inscription sur un registre mais sans que cela puisse entraîner des complications, des retards ou des frais.

Ceci ne dispense toutefois pas le professionnel de l'obligation de se conformer aux dispositions disciplinaires applicables dans l'Etat membre où il accomplit sa prestation.

L'article 7 § 1 de la directive 2005/36 du 7 septembre 2005 relative à la reconnaissance des qualifications professionnelles a pour but de simplifier le régime de la prestation de services pour le cas où le professionnel se déplacerait sur le territoire d'un autre Etat membre. Avec cet article, une déclaration préalable peut être exigée lorsque le prestataire de services se déplace pour la première fois mais est renouvelable une fois par an. Le professionnel sera ainsi dispensé de faire autant de déclarations préalables que de patients, voire plusieurs prestations pour un même patient.

Le caractère temporaire et occasionnel de la prestation est apprécié au cas par cas, notamment en fonction de la durée de la prestation, de sa fréquence, de sa périodicité et de sa continuité (si l'activité exercée n'est pas occasionnelle et temporaire, le praticien ne relève plus de la libre prestation de services mais de la liberté d'établissement avec toutes les conséquences que cela entraîne : inscription au conseil de l'Ordre, conventionnement médical, ...) La différence entre établissement et prestation temporaire est aussi fondamentale que difficile à définir en pratique.

### **Les obligations exigées par la France.**

Les prestataires qui sont établis et exercent légalement leur activité dans un autre Etat membre de l'Union européenne que la France peuvent exécuter occasionnellement en France des actes de leur profession sans devoir être inscrits au tableau de l'Ordre.

Ils sont néanmoins soumis à une obligation de déclaration préalable des actes accomplis sur le territoire français.

Les prestations de services qui permettent au prestataire d'exécuter ponctuellement des actes de sa profession, doivent répondre à un certain nombre de conditions pour être réalisables :

- Il doit être ressortissant de l'un des Etats membres de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace Economique Européen ;
- Il doit être établi et exercer légalement ses activités dans un Etat membre autre que la France ;
- les prestations de services ne peuvent être effectuées que dans le cadre d'une déclaration préalable dont les modalités sont fixées par décret.

Cependant, en cas d'urgence, la déclaration peut être faite postérieurement à la prestation, mais au plus tard dans un délai de 15 jours.

Cette déclaration, qui doit être adressée au Conseil national de l'Ordre, doit être accompagnée d'une attestation de l'autorité compétente de l'Etat certifiant que l'intéressé possède les diplômes requis et qu'il exerce légalement ses activités dans l'Etat où il est établi.

Elle est également accompagnée d'une déclaration sur l'honneur attestant qu'aucune instance pouvant entraîner l'interdiction temporaire ou définitive de l'exercice du métier dans l'Etat d'origine ou de provenance n'est en cours à son encontre. Lorsque la déclaration a été faite, celle-ci est enregistrée par le Conseil de l'Ordre sur une liste spécifique. Cette déclaration doit être faite, sous réserve des cas d'urgence, avant la première prestation et est renouvelable tous les ans.

### **Les obligations exigées par la Belgique.**

Les prestataires ressortissants européens, établis en tant que prestataire dans un Etat membre de la Communauté européenne autre que la Belgique, en Norvège, en Islande ou dans la Principauté de Liechtenstein, et y exerçant légalement leur profession, peuvent effectuer des actes relevant de l'art médical en Belgique sans devoir faire viser leur diplôme par la commission médicale, ni s'inscrire à l'Ordre des médecins belges.

Ils doivent par contre subordonner l'exécution de ces actes à l'introduction d'une déclaration préalable auprès de l'administration de l'art de guérir du Service Public Fédéral Santé Publique (Ministère), au moyen d'un formulaire destiné à cet effet.

Ce document doit être accompagné d'une attestation de nationalité et d'une attestation délivrée par les autorités compétentes de l'Etat membre où il est établi certifiant que le prestataire y exerce licitement la profession en cause et qu'il possède le diplôme requis pour effectuer les prestations visées. Ces attestations ne peuvent pas avoir une ancienneté de plus de douze mois et devront être accompagnées, le cas échéant, d'une traduction déclarée conforme par un traducteur assermenté.

Le Service Public Fédéral Santé Publique enregistre la prestation de service et informe la commission médicale compétente, l'Institut National d'Assurance Maladie Invalidité (INAMI).

Pour le **médecin généraliste**, le service Public Fédéral Santé Publique informe également l'Ordre des médecins compétent.

Dans certains cas, il apparaît que la déclaration qui doit être adressée à la direction de l'Art de guérir n'est pas préalable à l'exercice effectif de la médecine sur le territoire belge.

Ceci contrevient au prescrit légal et empêche concrètement tout contrôle de la pratique médicale du prestataire de services. La procédure de déclaration doit se dérouler de telle manière que le Conseil national soit informé au préalable de la prestation de services, afin de rendre possible l'exercice des missions légales confiées à l'Ordre des médecins. L'article 44 decies de l'Arrêté Royal n° 78 prévoit cependant qu'en cas d'urgence, la déclaration précitée doit être introduite dans les plus brefs délais après la prestation de services.

Les conseils provinciaux ont autorité et juridiction sur les médecins ressortissants d'un des Etats membres de l'Union européenne effectuant dans le ressort du Conseil provincial une prestation de services.

La Belgique a mis en place un Centre d'assistance belge pour la reconnaissance des qualifications professionnelles<sup>123</sup> appelé Be-Assist. Les services de Be-Assist sont gratuits et accessible par email et téléphone.

---

<sup>123</sup> <https://economie.fgov.be/fr/themes/entreprises/creer-une-entreprise/conditions-dacces-la/centre-dassistance-belge-pour>

## Conclusions

Si nous reprenons les axes décrits dans le projet initial qui sont l'amélioration de la sortie d'hôpital, la coordination de la prise en charge à domicile et la mobilité des prestataires, nous constatons que le dispositif COSERDO a permis

- une réduction du nombre de ré-hospitalisations de 99% : les chiffres sont donnés par les établissements hospitaliers belges ;
- une diminution du temps d'hospitalisation : la prise en charge par une coordinatrice améliore la rentrée au domicile grâce à une mise en place d'aides et de services et favorise le maintien à domicile dans une situation optimale ;
- une collaboration accrue entre les établissements hospitaliers belges avec la coordinatrice pour un mieux-être du bénéficiaire ;
- une collaboration entre les services et dispositifs existant sur le versant français : avec la MAIA, le CD, Arduin'Age, la Comcom,...

Le projet COSERDO est innovant dans le cadre de la collaboration transfrontalière et peut être dupliqué dans d'autres régions, car il concerne la mise en place d'une coordination transfrontalière qui planifie les sorties des patients français hospitalisés en Belgique et inversement. Ces sorties sont organisées sur base du modèle belge qui a fait ses preuves et démontre clairement sa pertinence au niveau collaboratif avec les services sociaux des hôpitaux.

Ce projet est un modèle de réussite au niveau de la collaboration entre la France et la Belgique parce qu'il met en évidence la possibilité d'adapter un système organisationnel d'aide et de soins d'un pays à l'autre.

Il nous interpelle également sur le fait qu'il ne faut pas réinventer et que nous devons apprendre à nous inspirer des bonnes pratiques au-delà des frontières.

C'est peut-être aussi cela l'Europe sociale.

Ce projet met en évidence les mêmes problématiques de prises en charge des patients (famille éloignée, épuisement des aidants proches, ...) et de l'importance de globaliser l'aide et les soins par un retour à domicile organisé au préalable, c'est-à-dire avant la sortie de l'institution.

L'objectif est d'organiser une prise en charge à domicile qui tient compte des besoins des personnes et qui permet de retarder la ré-hospitalisation ou le placement prématuré en institution.

La collaboration transfrontalière a également permis de mettre en exergue les différences entre les deux pays en matière de soins et de services à domicile; un partage d'expérience en a découlé. Cela a permis d'établir des comparaisons entre certains métiers du domicile. Ce projet souligne toute la richesse transfrontalière et l'importance d'établir des ponts entre les pays grâce à l'avancée sociale qu'il permet par un soutien personnalisé aux personnes les plus fragiles de notre société en créant le lien entre l'intra et l'extra muros.

Face à l'évolution du profil des bénéficiaires (multiples problématiques au sein d'une même situation), le secteur de la coordination doit s'adapter. Un des défis sera de tendre vers des équipes de coordination pluridisciplinaires composées de profils complémentaires (assistant social, infirmier en santé communautaire, ergothérapeute...) pour permettre des échanges et des accompagnements encore plus spécifiques aux besoins croissants de la population.

La formation continue des équipes constitue une mission importante. Par exemple, en Belgique, un programme de formations est réalisé annuellement en interfédérations en fonction des besoins identifiés par les équipes de terrain. L'objectif étant de suivre les évolutions du secteur, du profil des bénéficiaires et d'outiller au mieux les professionnels.

Connaitre son réseau est aussi un élément important du travail des coordinateurs. En effet, il pourra répondre au mieux aux besoins de la personne s'il maîtrise son réseau, les différents types de services, de structures d'accueil locales vers lesquels il peut orienter les personnes.

Un réel travail de visibilité, d'information et de sensibilisation est à réaliser auprès du grand public, mais aussi des professionnels de première et de seconde ligne afin qu'ils réorientent au mieux les demandes. En effet, dans des situations complexes, les bénéficiaires n'arrivent pas toujours à identifier leurs propres besoins. Et ils savent rarement qu'un coordinateur peut les y aider.

Une réelle menace pour ce métier est la création de fonctions similaires organisées par d'autres organismes ou d'autres niveaux de pouvoirs. Il est dès lors très important de rappeler les missions de chacun afin de ne pas confondre les rôles étendre la situation floue pour le bénéficiaire, son entourage et les professionnels.

De nombreux défis attendent encore ce métier qui ne cesse d'évoluer dans un secteur en pleine expansion et de s'adapter aux besoins d'un public en mutation.

Quelques perspectives ....

Même sans subventionnement, la coopération transfrontalière Coserdo est rendue pérenne par MGEN pour toutes les personnes sortant d'établissements hospitaliers.

Le but est d'étendre ce dispositif le long de la frontière franco-belge. La prochaine étape est l'extension vers la région du sud du Luxembourg et la région du grand Est via l'intégration du projet Senior Activ'.

Les conclusions sur la mobilité des prestataires sont plus difficiles à analyser. En effet, il est à relever que le travail de comparaison des différents métiers à domicile ne fut pas simple comme imaginé.

Bien entendu pour les métiers tels que médecin généraliste, infirmier, pas de problème, nous avons bien les mêmes définitions, seuls la formation et le droit à l'installation sont différents. Pour le métier de kinésithérapeute cela est également similaire, seul le nom est différent mais on se comprend rapidement entre « masseur-kinésithérapeute et kinésithérapeute », c'est évident.

Puis viennent des métiers qui n'ont pas la même importance au domicile selon le territoire. En Belgique, l'ergothérapeute est plus largement mis à contribution – des services reconnus sont mis en place – pour faciliter l'aménagement du domicile afin de simplifier la vie quotidienne des personnes et prolonger la



possibilité de rester à domicile plus longtemps. Même chose pour la sage-femme qui est plus active au domicile sur le territoire français, ce qui a donc engendré à la demande de l'Agence Régionale de la Santé, la présentation de ce métier dans le rapport comparatif des systèmes français et belges.

Enfin, il existe d'autres métiers à domicile pour lesquels il y a une incapacité à réaliser des comparaisons très scientifiques entre chaque versant : les appellations sont différentes et les actes journaliers de ces professions sont divers et partagés entre les différents métiers disponibles. C'est d'ailleurs la raison pour laquelle la dernière fiche nommée « aides à la personne » n'est plus une comparaison mais un simple relevé, en se basant en France sur la formation du métier reconnue par un diplôme d'Etat.

Sur base, de ces fiches réalisées, un contact a été pris avec tous les prestataires « médecins, Infirmiers, kinésithérapeutes » de la zone géographique de la Zoast Ardennes et Thiérache.

Sur cet échantillon, aucune réponse de prestataires intéressés par une mobilité transfrontalière n'a été réceptionnée. Des procédures facilitatrices n'étaient donc pas nécessaires à mettre en place.

Un objectif du projet a été de réaliser un état des lieux des possibilités déjà existantes. Cela ne fut pas une mince affaire surtout sur le versant belge, où la centralisation des informations n'est pas optimum – compétence de l'INAMI, du Service publique de Santé publique et les communautés pour l'équivalence des diplômes : sans contact spécifique en interne de ces institutions, il n'est pas aisé d'obtenir l'information car c'est souvent un renvoi vers un autre organisme.

Il nous reste à savoir pourquoi nous n'avons pas eu plus de motivations de la part des prestataires.....

Nous relèverons différentes possibilités :

- les propositions d'organisation de rencontres n'étaient pas possible dans leur agenda déjà très chargé ;
- les prestataires de la zone concernée et plus généralement le type de prestataires sont surchargés de travail du à la démographie médicale dans leur spécialité et ne cherche donc pas à aller travailler sur l'autre versant ;
- une méconnaissance des possibilités et surtout, si des essais ont déjà été réalisés antérieurement, l'idée d'un parcours du combattant est tenace. Lors de rencontres informelles, certains prestataires ont évoqué les difficultés qu'ils avaient rencontrées antérieurement notamment par exemple, pour un médecin généraliste français qui lors d'une entrée en maison de retraite belge, avait des difficultés pour continuer à soigner son patient ;
- ....

On se rend compte que la rareté de certains métiers médicaux est une problématique importante mais qu'une vision transfrontalière permet de constater que chaque pays essaie d'y remédier par des systèmes variés. La notion de mutualisation des efforts avec son « voisin » est loin des préoccupations des personnes de terrain.

Nos recommandations seraient d'argumenter vers une augmentation de cette mobilité des prestataires afin d'améliorer la disponibilité des prestataires de soins à domicile surtout dans nos régions rurales :

- soit sur base des travaux de ce projet Coserdo, faire une réelle communication des possibilités existantes ;

- soit promouvoir une information au niveau des établissements de formation pour sensibiliser les futurs prestataires en rappelant que l'installation dans les Ardennes françaises pourrait engendrer une patientèle belge et française ;
- soit avec les autorités compétentes sur les aides à ces prestataires et avec les autorités compétentes à l'installation, de réaliser un groupe de travail qui pourrait aboutir à des mesures communes sur un territoire bien défini ;
- .....

Des pistes novatrices doivent absolument naître de la coopération transfrontalière. Des premiers contacts ont été pris avec notamment la Région Grand Est et la Région wallonne et plus particulièrement avec l'Agence pour une Vie de Qualité pour plancher sur de nouvelles idées de coopération transfrontalière visant à mutualiser les actions, afin d'améliorer une présence suffisante de prestataires médicaux à domicile dans les régions transfrontalières.

Pourquoi sur ce type de territoire, ne pourrait-on pas préconiser des « Maisons médicales » franco-belges où presteraient à la fois des prestataires belges et français.

En effet, malgré que nous sommes deux pays très proches au niveau du système de santé et de l'organisation journalière, des différences sont non négligeables.

## Sitographie

<https://www.legifrance.gouv.fr>

<https://www.wallonie.be/fr>

<https://www.ordredespharmaciens.be>

<https://www.cnsa.fr>

<https://solidarites-sante.gouv.fr>

<https://www.ash.tm.fr>

<https://annuaire.action-sociale.org>

<https://www.cesu.urssaf.fr>

<http://www.caf.fr>

<https://www.ameli.fr>

<https://www.service-public.fr>

<https://ssjserviceathome.wordpress.com>

<http://www.ejustice.just.fgov.be>

<https://www.inami.fgov.be/fr>

<https://www.belgium.be/fr>

<http://sante.wallonie.be>

<https://wallex.wallonie.be>

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conditions\\_legales\\_exercice.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/conditions_legales_exercice.pdf)

[https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/diplomes\\_ue.pdf](https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/diplomes_ue.pdf)

<https://www.ameli.fr/ardennes/medecin>

<https://www.ameli.fr/ardennes/medecin/textes-reference/convention/2016/2016>

<https://www.conseil-national.medecin.fr/>

<https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000555170&categorieLien=id>

<https://www.inami.fgov.be/fr>

<http://www.enseignement.be>

<https://economie.fgov.be/fr/>

<http://www.equivalences.cfwb.be/>

<https://www.enic-naric.net/france.aspx>

<https://www.belrai.org/fr>

<https://www.ameli.fr/infirmier>

[https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3897/document/convention-infirmiers\\_assurance-maladie.pdf](https://www.ameli.fr/sites/default/files/Documents/3897/document/convention-infirmiers_assurance-maladie.pdf)

<https://www.ordre-infirmiers.fr>

[https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto\\_web.pdf](https://www.ordre-infirmiers.fr/assets/files/000/codedeonto_web.pdf)

<https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2016/11/25/AFSH1617652D/jo>

[https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000024851831](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000024851831)

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000005822264>

<http://grand-est.drdjscs.gouv.fr/spip.php?article1784>

<https://www.inami.fgov.be/fr>

<http://www.health.fgov.be/>

[http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi\\_loi/loi.pl](http://www.ejustice.just.fgov.be/cgi_loi/loi.pl)

<https://www.coserdo.eu/>

<http://www.enseignement.be/index.php>

<https://economie.fgov.be/fr/>

<http://www.infirmiers.com/profession-infirmiere/legislation/decret-nd-2004-802-du-29-juillet-2004-relatif-aux-parties-iv-et-v-annexe.html>

<http://www.infirmiers.com>

<https://www.ameli.fr/ardennes/masseur-kinesitherapeute/exercice-liberal/facturation-remuneration/tarifs/tarifs>

<http://grand-est.drdjscs.gouv.fr/spip.php?article1902>

<https://www.ameli.fr/ardennes/masseur-kinesitherapeute>

<https://www.ameli.fr/ardennes/masseur-kinesitherapeute/textes-reference/convention/avenants>

<http://www.ordremk.fr/>

<http://deontologie.ordremk.fr/>

<http://grand-est.drdjscs.gouv.fr/spip.php?article1778>

[https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000027973121](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000027973121)

[https://www.legifrance.gouv.fr/jo\\_pdf.do?id=JORFTEXT000000822193](https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000822193)

<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/kinesitherapeutes>

[https://www.belgium.be/fr/emploi/venir\\_travailler\\_en\\_belgique/formalites\\_necessaires](https://www.belgium.be/fr/emploi/venir_travailler_en_belgique/formalites_necessaires)

[http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/recognition-of-professional-qualifications/index\\_fr.htm](http://europa.eu/youreurope/citizens/work/professional-qualifications/recognition-of-professional-qualifications/index_fr.htm)

[https://www.sbssa.ac-versailles.fr/IMG/pdf/Referentiel\\_activites\\_\\_AS.pdf](https://www.sbssa.ac-versailles.fr/IMG/pdf/Referentiel_activites__AS.pdf)

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/infirmiers-aides->

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000449527>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/aide-soignant>

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/professions-de-sante/infirmiers-aides-soignants/aides-soignants>

<http://www.aide-soignant.be>

<https://www.euroguidance-france.org/partir-en-europe/belgique/les-etudes-daide-soignante/>

<https://pro.guidesocial.be/articles/fiche-metier/de-nouvelles-conditions-pour-devenir-aide-soignant.html>

<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/qui-sadresser/professionnels-de-laide-et-du-soin/ergotherapeute>

<http://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/ergotherapeute>

<http://ile-de-france.drjscs.gouv.fr/spip.php?article789>

<http://www.ergotherapeute-montbeliard.com/tarifs-et-remboursements-6.html>

<https://www.regionsjob.com/observatoire-metiers/fiche/ergotherapeute>

<http://www.inami.fgov.be/fr/professionnels/sante/ergotherapeutes/Pages/default.aspx#.Wz9y69IzbcS>

<https://www.siep.be/>

<http://www.ergo-upe.be/>

<http://metiers.siep.be/metier/ergotherapeute/>

<https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F3141>

<https://www.health.belgium.be/fr/sante/prenez-soin-de-vous/themes-pour-les-patients/soins-de-sante-transfrontaliers/dispensateurs-de>

<http://metiers.siep.be/metier/logopede/>

<http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/orthophoniste>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171319&cidTexte=LEGITEX T000006072665>

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>

<http://metiers.siep.be/metier/psychomotricien-psychomotricienne/>

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/troubles-langage-ecrit/prise-charge-medicale-reeducation>

<http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/psychomotricien-psychomotricienne>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171316&cidTexte=LEGITEX T000006072665>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/psychomotricien>

<http://metiers.siep.be/metier/podologue/>

<http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/pedicure-podologue>

<https://www.ameli.fr/assure/remboursements/rembourse/tableau-recapitulatif-taux-remboursement/tableau-recapitulatif-taux-remboursement>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000006171312&cidTexte=LEGITEXT000006072665>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-de-la-sante/les-fiches-metiers/article/pedicure-podologue>

<http://metiers.siep.be/metier/sage-femme/>

<http://www.onisep.fr/Ressources/Univers-Metier/Metiers/sage-femme>

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000031930152&cidTexte=LEGITEXT000006072665&dateTexte=20160128>

<http://www.ordre-sages-femmes.fr/etre-sage-femme/competences/general/>

<https://1901-formation.fr/deaes-le-nouveau-diplome-qui-fusionne-deavs-deamp-et-auxiliaire-de-vie-scolaire/>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/metiers-et-concours/les-metiers-du-travail-social/les-fiches-metiers-du-travail-social/article/accompagnant-educatif-et-social-aes>

<http://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000031941478>

<https://www.aideetsoinsadomicile.be/fr>

<http://www.fedom.be/>

<http://www.fcsd.be>

<http://www.uvcw.be/>

<http://emploi.wallonie.be/home/formation/aides-familiales.html>

<http://aidesadomicile.be/>

<http://www.doriflor.be>

<http://blog.adecco.be>

<http://fedom.be/content/conditions-pour-exercer-metier-aide-familiale>

<http://www.asap.be/fr/artikel/quelles-t%C3%A2ches-votre-aide-m%C3%A9nag%C3%A8re-peut-ellene-peut-elle-pas-effectuer>

<https://gedidot.eu/>.

<https://eur-lex.europa.eu>

[https://ec.europa.eu/info/index\\_fr](https://ec.europa.eu/info/index_fr)

<https://economie.fgov.be/fr/>

<https://kce.fgov.be/>



## Annexes

### *Annexe 1 - Lexique*

|            |     |                                                                                                                                               |
|------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AAH        | F   | Allocation Adultes Handicapés                                                                                                                 |
| ACS        | F   | Aide à la Complémentaire Santé                                                                                                                |
| ADELI      | F   | Automatisation DEs LListes                                                                                                                    |
| AEEH       | F   | Allocation d'éducation de l'enfant handicapé                                                                                                  |
| AES        | F   | Accompagnant éducatif et social                                                                                                               |
| AFSCA      | B   | Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire                                                                                     |
| ALD        | F   | Affection de longue durée                                                                                                                     |
| AMP        | F   | Aide médico-psychologiques                                                                                                                    |
| APA        | F   | Allocation personnalisée d'autonomie                                                                                                          |
| APE        | B   | Aide professionnelle à l'emploi                                                                                                               |
| ARDH       | F   | Aide au Retour à Domicile après une Hospitalisation                                                                                           |
| ARS        | F   | Agence Régionale de Santé                                                                                                                     |
| ASBL       | B   | Association sans but lucratif                                                                                                                 |
| ASIP santé | F   | Agence des systèmes d'information partagés de santé                                                                                           |
| ASPA       | F   | Allocation de solidarité aux personnes âgées                                                                                                  |
| ASSP       | F   | Accompagnement soins et service à la personne                                                                                                 |
| AVC        | F-B | Accident vasculaire cérébral                                                                                                                  |
| AVIQ       | B   | Agence pour une Vie de Qualité                                                                                                                |
| AVQ        | F   | Activités de la vie quotidienne                                                                                                               |
| BCE        | B   | Banque-Carrefour des Entreprises                                                                                                              |
| CACCMK     | F   | Contrat d'aide à la création de cabinet de masseurs-kinésithérapeutes                                                                         |
| CAF        | F   | Caisse d'Allocations familiales                                                                                                               |
| CAIM       | F   | Contrat d'Aide à l'Installation des Médecins                                                                                                  |
| CAIMK      | F   | Contrat d'aide à l'installation des masseurs-kinésithérapeutes                                                                                |
| CAMMK      | F   | Contrat d'aide au maintien d'activité des masseurs-kinésithérapeutes                                                                          |
| CAMSP      | F   | Centre d'Action Médico-Sociale Précoce                                                                                                        |
| CARPIMKO   | F   | Caisse autonome de retraite et de prévoyance des Infirmiers, Masseurs-Kinésithérapeutes, Pédicures-Podologues, Orthophonistes et Orthoptistes |
| CARSAT     | F   | Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail                                                                                         |
| CARSAT     | F   | Caisse d'Assurance Retraite et de la Santé au Travail                                                                                         |
| CCAS       | F   | Centre Communal d'action sociale                                                                                                              |
| CCCA       | B   | Conseil Consultatif Communal des Aînés                                                                                                        |
| CEFA       | B   | Centres d'Education et de Formation en Alternance                                                                                             |
| CESU       | F   | Chèque emploi-service universel                                                                                                               |
| CIMK       | F   | Contrat incitatif masseur-kinésithérapeute                                                                                                    |
| CLIC       | F   | Centre Local d'Information et de Coordination                                                                                                 |
| CMG        | F   | Complément du libre choix du mode de garde                                                                                                    |

|          |    |                                                                                                       |
|----------|----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| CMG      | F  | Collège de médecine générale                                                                          |
| CMP      | F  | Centre médico-psychologique                                                                           |
| CMPP     | F  | Centre médico-psychologique privé                                                                     |
| CMU      | F  | Couverture Maladie Universelle                                                                        |
| CNAV     | F  | Caisse nationale d'allocation vieillesse                                                              |
| CNSA     | F  | Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie                                                       |
| COSCOM   | F  | contrat de stabilisation et de coordination                                                           |
| COTRAM   | F  | Contrat de Transition pour les Médecins                                                               |
| CPAM     | F  | Caisse primaire d'Assurance Maladie                                                                   |
| CPAS     | B  | Centre public d'action sociale                                                                        |
| CPS      | F  | Carte de Professionnel de Santé                                                                       |
| CPTS     | F  | Communauté Professionnelle Territoriale de Santé                                                      |
| CSD      | B  | Centrale de services à Domicile                                                                       |
| CSS      | B  | Centre de service social                                                                              |
| CSTM     | F  | Contrat de Solidarité Territoriale Médecin                                                            |
| DEAES    | F  | Diplôme d'état d'accompagnant éducatif et social                                                      |
| DEAMP    | F  | Diplôme d'état d'aide médico-psychologique                                                            |
| DEAVS    | F  | Diplôme d'état d'auxiliaire de vie sociale                                                            |
| DIPEC    | F  | Document individuel de prise en charge                                                                |
| DIRECCTE | F  | Direction régionale des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi |
| ECTS     | EU | European Credits Transfer System                                                                      |
| EMSP     | F  | Equipe mobile de soins palliatifs                                                                     |
| EPHAD    | F  | Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes                                          |
| EPS      | F  | Equipe de soins primaires                                                                             |
| ESA      | F  | Equipe Spécialisée Alzheimer                                                                          |
| GCS      | F  | Groupement de coopération sanitaire                                                                   |
| HAD      | F  | Hospitalisation à domicile                                                                            |
| HAS      | F  | Haute Autorité de Santé                                                                               |
| INAMI    | B  | Institut National d'Assurance Maladie Invalidité                                                      |
| MAIA     | F  | Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie      |
| MDPH     | F  | Maison Départementale des Personnes Handicapées                                                       |
| MDS      | F  | Maisons des solidarités                                                                               |
| MGEN     | F  | Mutuelle Générale de l'Education Nationale                                                            |
| NGAP     | F  | Nomenclature Générale des Actes Professionnels                                                        |
| OPTAM    | F  | Option pratique tarifaire maîtrisée                                                                   |
| OPTAM-CO | F  | Option pratique tarifaire maîtrisée Chirurgie & Obstétrique                                           |
| PACES    | F  | Première Année Commune des Etudes de Santé                                                            |
| PAJE     | F  | Prestation d'accueil du jeune enfant                                                                  |
| PAP      | F  | Plan d'Action Personnalisé                                                                            |
| PCH      | F  | Prestation de Compensation du Handicap                                                                |
| PCS      | B  | Plan de Cohésion Sociale                                                                              |

|        |     |                                                                                       |
|--------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------|
| PDSA   | F   | Permanence des Soins Ambulatoires                                                     |
| PI     | B   | Plan d'Intervention                                                                   |
| PSD    | F   | Prestation spécifique dépendance                                                      |
| PSI    | F   | Plan de service individualisé                                                         |
| PTA    | F   | Plateforme Territoriale d'Appui                                                       |
| PTMA   | F   | Praticien Territorial de Médecine Ambulatoire                                         |
| PTMG   | F   | Praticien Territorial de Médecine Générale                                            |
| RAI-HC | F   | Resident Assessment Instrument-Home Care                                              |
| RPPS   | F   | Répertoire partagé des professionnels de santé                                        |
| RSA    | F   | Revenu de Solidarité Active                                                           |
| SAAD   | F   | Services d'aide et d'accompagnement à domicile pour les personnes vulnérables         |
| SAD    | F   | Service d'Aide à Domicile                                                             |
| SAFA   | B   | Services d'aide aux familles et aux aînés                                             |
| SAMSAH | F   | Service d'Accompagnement Médico-Social pour Adultes Handicapés                        |
| SAPAT  | F   | Services aux personnes et aux territoires                                             |
| SAVS   | F   | Service d'Accompagnement à la Vie Sociale                                             |
| SCP    | F   | Société civile professionnelle                                                        |
| SEL    | F   | Société d'exercice libéral                                                            |
| SISD   | B   | Service intégré de soins à domicile                                                   |
| SPASAD | F   | Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile                                      |
| SPF    | F   | Service Public Fédéral                                                                |
| SPRL   | B   | Société Privée à Responsabilité Limitée                                               |
| SSIAD  | F   | Service de soins infirmiers à domicile                                                |
| TMS    | B   | Transport Médico Sanitaire                                                            |
| UE     | EU  | Union Européenne                                                                      |
| UMSP   | F   | Unité Mobile de Soins Palliatifs                                                      |
| UNMS   | B   | Union Nationale des Mutualités socialistes                                            |
| URSSAF | F   | Union de Recouvrement des cotisations de Sécurité Sociale et d'Allocations Familiales |
| ZAC    | F   | Zone d'Action Complémentaire                                                          |
| ZAP    | F   | Zone d'Action Complémentaire                                                          |
| ZIP    | F   | Zone d'Intervention Prioritaire                                                       |
| ZOAST  | F-B | Zone Organisée d'Accès aux Soins Transfrontaliers                                     |