



**AVANT-PROJET DE DECRET SUR
LES COORDINATIONS DE SOINS ET SERVICES A DOMICILE
NOTE TECHNIQUE**

1. PREAMBULE

1.1. Une base juridique intéressante...

De manière générale, le texte constitue une base raisonnable de discussion. Il donne notamment une description pertinente du travail de coordination et garantit sans ambiguïté le libre-choix du bénéficiaire. En outre, il donne sans exclusive une perspective de pérennité aux différents types de centre de coordination existant.

Il est aussi positif qu'après une première concertation une série d'améliorations techniques ont été apportées notamment au niveau des exigences comptables, de la précision de la notion de domicile et de l'introduction du concept de représentant.

1.2. Un "brûlot" en terme financier?

Néanmoins, *en terme de paramétrage*, il pose un *sérieux problème en terme redistributif*. L'Administration a fait une simulation sur base de la définition actuelle de *l'activité*, i.e. le nombre de *cas* coordonnés et sur 65 centres existants¹. Il y a un cas lorsqu'il y a intervention de 2 services.

Nous reprenons ci-dessous les chiffres pour les coordinations publiques.

<i>Simulation au 28.2.2008</i>	Subvention actuelle (euros)	Subvention simulée (euros)	Ecart (euros)	Ecart %
Fleurus	43.895,12	23.207,58	-20.687,54	-47,1 %
La Louvière	55.599,30	31.799,97	-23.799,33	-42,8 %
Ath	40.516,77	29.222,67	-11.294,10	-27,9 %
Oupeye	40.967,96	30.597,50	-10.370,46	-25,3 %
Theux	20.484,52	15.965,46	-4.519,06	-22,1 %
Ottignies	40.967,96	40.988,38	20,42	0,0 %
Liège	52.673,25	120.000,19	67.326,94	127,8 %
Charleroi	43.895,12	241.903,96	198.008,84	451,1 %
Total général (65 services)	3.408.000,00	4.017.000,00	609.000,00	17,9 %

Il est inévitable que des changements de règles induisent des effets redistributifs. Il est normal que les centres avec une activité plus importante se voient mieux soutenus. De plus, un centre a une

¹ La programmation n'en permettra plus que 61. Cela pose un problème de cohérence des chiffres et surestime la partie variable.

zone d'intervention supérieure au territoire communal. Enfin, il faut s'attendre à des comportements adaptatifs. Il convient aussi que les centres vérifient les chiffres à la base de la simulation.

Des effets redistributifs importants existent également au niveau des autres centres.

	Nbre d'habitants commune	Population couverte	Activité (cas)	Cas/ 1.000 habitants	Subvention actuelle/cas (euros)	Subvention simulée/cas (euros)
Ath	26.799	27.141	84	3,13	482,34	347,89
La Louvière	77.210	77.509	69	0,89	805,79	460,87
Ottignies	29.251	53.089	138	4,72	296,87	297,02
Oupeye	23.581	23.633	104	4,41	393,92	294,21
Liège	187.086	188.907	524	2,80	100,52	229,01
Theux	11.571	11.672	27	2,33	758,69	591,31
Fleurus	22.221	22.272	60	2,70	731,59	386,79
Charleroi	201.300	201.550	1.175	5,84	37,36	205,88
RW	3.340.859	3.340.859	11.500	3,44	296,35	349,30

Néanmoins, des disparités d'une telle amplitude sont, pour les services perdants, *insoutenables*, voire politiquement sulfureux. En outre, la définition actuelle de l'activité est controversée.

Il faut d'autres paramètres ou à tout le moins les affiner. Nous proposons trois pistes au point 10.

2. ARTICLE 1 - NOTIONS DE COORDINATION ET DE DOMICILE

A l'heure actuelle, *la coordination est qualifiée via les services qu'elle mobilise*. Elle doit être réalisée entre:

1. les services suivants ("*le trépied*"):

- les soins infirmiers à domicile;
- un centre d'aide aux familles;
- un service social,

et

2. quatre au moins des services suivants:

- la kinésithérapie;
- la bio-télévigilance;
- le prêt de matériel;
- les soins dentaires;
- l'aménagement des locaux;
- l'ergothérapie;
- la logopédie;
- la pédicure;
- la distribution de repas à domicile,

et

3. les médecins généralistes, selon le libre choix du patient.

L'avant-projet prévoit que:

*"Le centre de **coordination est réputé intégré** lorsqu'il assure au moins un service de soins infirmiers à domicile, lui-même ou par voie de convention, un service d'aide aux familles ~~et un~~ service de garde à domicile agréés par la Région wallonne et un centre de service social ou tout*

autre service social à vocation générale;

"Le centre de **coordination est réputé externe** lorsqu'il conclut une convention avec au moins un service ou des prestataires de soins infirmiers à domicile, un service d'aide aux familles ~~et un~~ service de garde à domicile agréés par la Région wallonne et un centre de service social ou tout autre service social à vocation générale".

a) De manière générale, on peut se demander si la distinction coordinations intégrée et externe est décisive. Sur le terrain, il n'y a quasi aucun centre de coordination qui travaille uniquement avec ses propres services.

Pour un **maintien à domicile** de qualité, tant l'approche **sociale** que les **soins** sont importants. La coordination des soins et services à domicile doit donc s'inscrire dans une logique socio-sanitaire. Les définitions proposées privilégient le **volet soins** dans l'approche de base. Nous ne pouvons souscrire à une approche qui privilégie les soins par rapport à l'aspect social. Nous demandons avec la plus haute insistance pour que le service social soit maintenu dans le concept de base.

Nous ne pensons pas que l'intervention d'une **garde à domicile** soit dans tous les cas une condition sine qua non du maintien à domicile. En deuxième lieu, nous constatons que l'offre de garde à domicile est actuellement organisée avec des APE et sans la moindre programmation. Sa répartition est donc disparate. En troisième lieu, en termes de procédure d'agrément, la Région agréée des services d'aide aux familles et non des services de garde à domicile. Il n'y a pas un agrément distinct pour les services de garde à domicile. En conséquence, la garde à domicile n'a pas à figurer dans le concept de base, mais dans les services complémentaires listés à l'article 2.

Par ailleurs, nous estimons qu'il faut laisser la possibilité de conclure des conventions avec des services de soins infirmiers tant au niveau des services intégrés qu'externes.

b) Nous saluons que la deuxième version de l'avant-projet reprenne la définition du domicile ainsi que la notion de représentant prévues par le **décret relatif aux services d'aide aux familles**.

3. ARTICLE 4 - SERVICES COMPLEMENTAIRES

"Pour exercer ses missions et bénéficier d'un agrément, le centre de coordination dispose obligatoirement, lui-même ou par voie de convention, un service de télé-bio-vigilance, et au moins quatre services ou prestataires parmi les suivants:

- le prêt et le transport de matériel sanitaire;
- la distribution de repas à domicile
- l'aménagement ou l'adaptation des locaux;
- ~~— un centre de service social ou tout autre service social à vocation générale~~
- des gardes à domicile;
- l'ergothérapie;
- un service destiné au soutien de l'entourage;
- le transport de personnes;
- un service de santé mental;
- la kinésithérapie."

Dans la mesure où la bio-télévigilance est obligatoire, ne faudrait-il pas la mentionner dans les définitions de base à l'article 1 ?

Le service social ne peut être un service facultatif: tant le social que le soin sont importants pour un maintien à domicile de qualité. En outre, pour les services complémentaires, la possibilité de convention doit être prévue explicitement.

Il serait utile d'expliciter ce qui est visé par la notion de "*service destiné à l'entourage*" dans le commentaire des articles.

4. ARTICLE. 5 - CONVENTION AVEC LES SISD ET LES CERCLES DE MEDECINS

*"Le centre de coordination conclut une convention avec le ou les cercles de médecins généralistes couvrant son territoire ainsi qu'avec le SISD.
Cette convention porte sur les modalités de partage et de communication de l'information, dont le Gouvernement définit le contenu minimal."*

On ne peut exclure qu'un **cercle** de médecins ou un SISD, pour des raisons locales, **refuse** de conventionner avec un centre de coordination. Si l'absence de convention est due au cercle ou au SISD, le centre devrait, à notre estime, pouvoir être agréé. Ce point gagnerait, à notre estime, à être mieux précisé dans le **commentaire de l'article** du projet de décret qui, à ce stade, stipule que: "*chaque centre de coordination est tenu de proposer une convention de collaboration aux cercles implantés sur son territoire d'activités*".

5. ARTICLES 6 ET 8, PAR. 1 - CONTINUITÉ ET PERMANENCE TELEPHONIQUE

L'article 6 prévoit que:

"Le centre de coordination garantit ~~la continuité et la qualité de~~ une réponse pour la prise en charge, en termes de moyens mis en œuvre, au domicile et lors de tout transfert de prise en charge.

Pour ce faire, il assure lui-même ou par voie de convention une permanence téléphonique 24 heures sur 24, sept jours sur sept.

Le Gouvernement fixe les conditions minimales du fonctionnement de cette permanence.

Cette permanence téléphonique peut être partagée avec d'autres services et prestataires ou par plusieurs centres de coordination."

L'article 8 stipule, quant à lui, que:

"Le centre de coordination garantit son intervention dans les 24 heures de la demande, lorsque la situation le justifie.

Le Gouvernement précise les modalités de la présente disposition."

L'un et l'autre abordent la question de la continuité. L'article 6, par. 2, nous semble aborder un cas particulier de l'article 11 : la permanence téléphonique. A notre estime, il pourrait être supprimé et son contenu repris dans l'arrêté d'exécution.

Par ailleurs, les problèmes de permanence sont, dans la toute grande majorité des cas, des problèmes de services et non de coordination. Au besoin, il faut pouvoir joindre le coordinateur. La

continuité **au niveau de certains services ou prestataires** est nécessaire (ex.: infirmiers, gardes à domicile, ...) mais pas pour tous. C'est pourquoi nous préconisons à l'article 11 de parler de "une réponse" plutôt que "la continuité et la qualité".

6. INCOMPATIBILITE AVEC LA FONCTION DE COORDINATEUR

L'article 9 de la première version du projet disposait que:

"Aucun dispensateur de soins ~~docteur en médecine~~ ne peut exercer son art au sein d'un centre de coordination, ni y trouver un quelconque intérêt."

Cette limitation est pertinente afin de prévenir des conflits d'intérêts. Néanmoins, elle ne doit pas se limiter au docteur en médecine. On ne peut à la fois être coordinateur et dispensateur "coordonné". On peut craindre des phénomènes de "captation" de clientèle.

Elle a été supprimée au motif que: *"la Région n'a pas à régler la déontologie des prestataires d'aide et de soins dans ce cadre"*. Nous souhaitons néanmoins son maintien.

L'article 3 de l'actuel décret du 19 juin 1989 de la Communauté française prévoit en effet depuis près de 20 ans que *"aucun docteur en médecine ne peut exercer son art au sein d'un centre de coordination"*.

Cela n'a pas fait l'objet de contestation à notre connaissance.

7. ARTICLE 7 - ACCESSIBILITE PHYSIQUE DU CENTRE

"Les locaux du centre de coordination sont accessibles au public, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés."

Le Gouvernement fixe le nombre minimum d'heures d'ouverture par jour".

Nous ne sommes pas convaincus que **fonctionnellement**, l'accessibilité physique du centre soit nécessaire matin et après-midi. Sachant qu'un coordinateur doit nécessairement rendre visite fréquemment au domicile du bénéficiaire de l'aide, il ne peut assumer seul une telle norme: il faut du **personnel administratif**. En outre, en secteur public la durée moyenne de travail est de 7h20. Dans ce contexte, il y a deux grandes options.

On prévoit et on finance:

- soit **une permanence du coordinateur 4** heures par jour. Nous privilégions cette option;
- une **permanence administrative** de 7h30 par jour, en plus du coordinateur. En ETP, cela équivaut à plus d'1 ETP.

8. ARTICLES 14 ET 16 - NOMBRE DE CENTRE PAR ZONE GEOGRAPHIQUE

L'article 14 prévoit un minimum de **deux** centres par **zone** géographique.

L'article **16** dispose, quant à lui, que:

*"Lorsque, pour une même zone de soins, le nombre de demandes d'agrément est plus élevé que le nombre de centres de coordination déterminé par la **programmation**, ces centres de coordination sont départagés en fonction du respect des **normes** établies par et en application du présent décret et d'un **objectif de couverture** optimale des zones. Dans ce cas, au moins un service public doit*

pouvoir être agréé".

Le libre choix doit pouvoir être garanti.

Notre pays se caractérise par trois piliers, trois mondes philosophiques avec **trois mutualités**. Bon nombre des coordinations sont des émanations mutualistes. Néanmoins, certaines personnes ne souhaitent pas recourir à des organismes connotés philosophiquement. D'où l'importance d'avoir aussi des **structures pluralistes** telles les services publics.

On ne peut, bien entendu, imposer l'existence d'un centre de service public par zone.

9. ARTICLE 23 - SANCTION EN CAS DE NON-AGREMENT

"Le Gouvernement fixe les procédures d'octroi, et de retrait de l'agrément et de l'agrément provisoire. Il fixe aussi les règles de renouvellement de l'agrément.

Il prévoit notamment la possibilité pour le centre de coordination concerné de faire valoir son point de vue préalablement à tout retrait de l'agrément ou de l'agrément provisoire ou à tout refus de renouvellement de l'agrément.

Un recours administratif est ouvert contre ces décisions de refus d'agrément ou de renouvellement d'agrément, de retrait d'agrément ou d'agrément provisoire.

Le recours contre les décisions de retrait est suspensif."

Le projet prévoit l'agrément provisoire, l'agrément et le retrait d'agrément.

Cela implique que l'on passe directement de l'agrément au retrait d'agrément avec, dans ce dernier cas, une perte intégrale du financement. Le Ministre compétent sera-t-il souvent prêt à appliquer une sanction aussi lourde?

A tout le moins, il faut garantir qu'avant le retrait d'agrément, un **délai raisonnable** soit laissé à un centre **pour se mettre en ordre** par rapport aux manquements constatés par la Région.

10. ARTICLE 32 - CRITERES DE SUBVENTIONS

Que dit la règle actuelle?

*"Dans les limites des crédits budgétaires disponibles, les **subventions** sont allouées selon le **type de coordination** réalisée, le **territoire** couvert et la **taille** de la population desservie".*

Que dit l'avant-projet de nouvelle règle?

"Les subventions sont calculées par zone de soins et dans les limites des disponibilités budgétaires, conformément aux règles énoncées ci-après:

"1° Tout centre de coordination agréé bénéficie d'une subvention destinée à l'intervention de la Région wallonne dans les actions d'information visées à l'article 3, deuxième alinéa et dans l'accessibilité visée à l'article 7.

Le Gouvernement fixe le montant sans qu'il puisse être inférieur à ~~10.000~~ 25.000 euros, ainsi que les conditions d'octroi lorsque le centre de coordination couvre plus d'une zone de soins sans couvrir la totalité de chacune d'entre elles.

2° Chaque centre de coordination bénéficie, par ailleurs, d'une subvention **variable** établie au pro rata de l'activité réalisée par le centre de coordination durant l'exercice antérieur sur la base d'indicateurs d'activités définis par le Gouvernement et au pro rata de la population couverte par son territoire tel que fixé lors de l'agrément.

L'activité entre en ligne de compte à concurrence de 70 % et la **population** à concurrence de 30 %.

Le centre de coordination qui exerce son **activité** au sein d'une zone de soins dont la densité de population est inférieure à 100 habitants par km², pour autant qu'il couvre la totalité de la zone de soins, bénéficie d'une subvention qui valorise son activité à concurrence d'un coefficient d'1,5.

Tout indicateur tient compte de l'évaluation quantitative des processus exécutés conformément à l'article 3, alinéa 1er, a) à d), selon que la situation des bénéficiaires aient induit un nombre plus ou moins important de tâches.

3° Pour l'octroi d'une première subvention, en l'absence d'indicateurs d'activités relatifs à l'exercice antérieur, le Gouvernement définit un indicateur de référence fondé sur un rapport établi par les Services du Gouvernement et tenant compte des rapports d'activités de l'ensemble des centres de coordination agréés".

Il est demandé à l'article 7 de l'avant-projet que: "Les locaux du centre de coordination sont accessibles au public, du lundi au vendredi, à l'exception des jours fériés.

Le Gouvernement fixe le nombre minimum d'heures d'ouverture par jour."

Après la réunion du 26 février 2008, il semble que l'on s'oriente vers une **permanence de 4h**. Cette permanence est un coût fixe. Elle devrait être couverte par la partie forfaitaire. Une permanence de 4 heures, 5 jours sur 5, dans un régime de 38 heures, c'est **0,53 ETP**, plus les frais de bureaux. En CPAS, on relève les coûts salariaux suivants:

Ancienneté (année(s))	Coût salarial d'un gradué en CPAS	
	0,53 ETP	(euros)
0		19.721,50
5		21.247,09
10		24.989,42
15		26.555,38
20		29.952,63

Dans la mesure où les coordinations fonctionnent depuis 1999, bon nombre ont du personnel avec une ancienneté élevée, supérieure à 10 ans. En outre, il y a les frais de bureaux.

En conséquence, sous réserve de simulations complémentaires, nous préconisons a minima de faire passer le forfait de 10.000 à 25.000 euros.

Subvention pour	Forfait	Activité	Territoire	Part simulée	Part actuelle	Variation	idem %
Ath	25.000	10.877	3.122	38.999	40.517	-1.518	-3,7%
La Louvière	25.000	8.935	6.941	40.876	55.599	-14.724	-26,5%
Ottignies	25.000	17.870	4.698	47.567	40.968	6.599	16,1%
Oupeye	25.000	13.467	1.533	40.000	40.968	-968	-2,4%
Liège	25.000	67.853	12.254	105.107	52.673	52.434	99,5%
Theux	25.000	3.496	848	29.344	20.485	8.860	43,3%
Fleurus	25.000	7.769	1.849	34.618	43.895	-9.277	-21,1%
Charleroi	25.000	152.151	16.732	193.883	43.895	149.988	341,7%

Au-delà de cela, il faudra être attentif à définir, pour l'avenir, l'activité de manière rigoureuse. La **définition** actuelle est de nature à favoriser une approche **purement quantitative**, sans prendre en compte, par exemple, le temps consacré pour un cas. Sinon, on risque d'être dans une logique de "faire du chiffre".

Si des effets redistributifs importants subsistent, il faudrait selon nous réfléchir à une formule de type "**phasing out**". Par exemple:

	Ancien système	Nouveau système
Année -1	1	0
Année 0	2/3	1/3
Année 1	1/3	2/3
Année 2	0	1

Par ailleurs, dans la mesure où le financement est lié au critère population, on peut se demander si certains CPAS n'auront pas intérêt à élargir leur champ d'action sur base de l'article 61 de la loi organique, afin notamment de travailler sur une zone d'au moins 75.000 habitants:

"Le centre peut recourir à la collaboration de personnes, d'établissements ou de services qui, créés soit par des pouvoirs publics, soit par l'initiative privée, disposent des moyens nécessaires pour réaliser les diverses solutions qui s'imposent, en respectant le libre choix de l'intéressé.

Le centre peut supporter les frais éventuels de cette collaboration, s'ils ne sont pas couverts en exécution d'une autre loi, d'un règlement, d'un contrat ou d'une décision judiciaire.

Dans le même but, le centre peut conclure des conventions soit avec un autre centre public d'action sociale, un autre pouvoir public ou un établissement d'utilité publique, soit avec une personne privée ou un organisme privé. Par dérogation aux dispositions de l'article 31 de la loi du 24 juillet 1987 sur le travail temporaire, le travail intérimaire et la mise de travailleurs à la disposition d'utilisateurs, les travailleurs engagés dans les liens d'un contrat de travail par les centres publics d'action sociale peuvent, en application du présent alinéa, être mis par les centres à la disposition des partenaires qui ont conclu une convention avec le centre public d'action sociale sur la base de la présente loi organique."

Une autre option, plus lourde est l'association Chapitre XII.

11. ARTICLE 38 - MISE A DISPOSITION DU PERSONNEL

*"Le pouvoir organisateur peut recourir à du personnel mis légalement à sa disposition ou sous **contrat multilatéral**, à condition que les modalités de collaboration soient clairement identifiées et puissent faire l'objet du même contrôle qu'en cas d'engagement sous contrat de travail."*

Il serait utile de préciser dans le commentaire des articles ce que recouvre le concept de contrat multilatéral.

12. ARTICLE 39

Nous apprécions que l'on ait remplacé la référence à 38² heures semaine par celle d'un ETP.

13. ARTICLE 52 - COMPTABILITE

Nous saluons que l'on ait repris à ce niveau un libellé analogue à celui prévu pour le décret des services d'aide aux familles.

14. DISPOSITIONS TRANSITOIRES - DELAI D'UN AN

Afin de permettre aux centres de coordinations de s'adapter harmonieusement à la nouvelle réglementation, et sachant que la modification des critères de financement va inévitablement induire des effets redistributifs, nous pensons qu'il faudrait une entrée en vigueur progressive du décret et de ses mesures d'application. De prime abord, nous pensons qu'il faudrait laisser un délai d'un an entre la publication au *Moniteur* des arrêtés d'exécution et leur entrée en vigueur.

15. PLAINTE

Comme pour les services d'aide aux familles, une procédure de *plainte* doit être prévue dans un article nouveau:

"Toute personne intéressée peut adresser une plainte relative au fonctionnement d'un centre de coordination à l'organe désigné par le Gouvernement".

L'article 30 ne semble viser que la plainte déposée par le bénéficiaire auprès du centre, et non auprès d'un organe externe.

"Au début la prise en charge du centre de coordination, le bénéficiaire ou son représentant reçoit un document d'information reprenant la méthodologie poursuivie par le centre de coordination auquel il fait appel ainsi que toute donnée utile à sa prise en charge.

Ce document comporte une mention quant à l'agrément accordé par le Gouvernement, au coût éventuellement mis à charge du bénéficiaire et aux dispositions en matière de dépôt de plainte à l'égard du centre de coordination."

16. COORDINATEUR –DEONTOLOGIE

Pour les aides familiales et les gardes à domicile, il y a un statut qui prévoit la fonction, précise l'accès à la profession en matière de compétence et de capacité et comprend des aspects de déontologie.

² Le temps de travail en secteur public est souvent de 37h20. Une circulaire du 14 novembre 2001 prévoit une durée entre 35 et 38 heures. On voit mal un CPAS engager quelqu'un 40 minutes par semaine.

En première analyse, un statut complet du coordinateur ne nous pas paraît pas indispensable. On retrouve dans le texte des éléments relatifs à son diplôme, sa formation continuée ainsi qu'une obligation de secret professionnel.

Des règles de *déontologie* plus précises seraient utiles.

Pratiquement, une formule possible est la suivante:

"Le Gouvernement est chargé de préciser les règles de déontologie qui s'appliquent au coordinateur."