



CONSEIL DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 1988-1989

8 FEVRIER 1989

PROJET DE DECRET

ORGANISANT L'AGREMENT ET LE SUBVENTIONNEMENT
DES CENTRES DE COORDINATION
DE SOINS ET SERVICES A DOMICILE

EXPOSE DES MOTIFS

L'intérêt théorique des soins coordonnés à domicile repose sur des données actuellement bien reconnues, en particulier l'évolution de la démographie conduisant à une **plus grande proportion** de population âgée, et la nécessité de réduire le recours à des solutions institutionnelles pour prendre en charge les personnes privées d'autonomie, tant pour des raisons humaines que budgétaires.

La réduction de la surcapacité hospitalière, à moyen terme, est censée permettre des économies dont une partie, dans l'avenir, devrait financer des soins ambulatoires. La situation financière actuelle du secteur hospitalier est cependant loin de l'équilibre qui permettrait une réallocation de ressources effectivement dégagées. Cependant, il est impératif de trouver des solutions et d'ouvrir des perspectives en réponse aux situations créées par la réduction du nombre de lits hospitaliers, et aux besoins spécifiques du secteur de la prise en charge à domicile.

En tant qu'elle se soucie non seulement de la santé physique, sociale et/ou psychologique de la personne bénéficiaire, l'économie du présent projet s'inscrit dans une logique de soins de santé primaires, soucieuse de développer des soins globaux, intégrés et continus.

A moyen ou à long terme, le projet contenu dans cette logique est de développer un système de santé cohérent, dans lequel les différents acteurs interviennent de façon articulée, en collaboration avec la population qui bénéficie de leurs services, avec pour objectif la promotion de la santé de cette population par une mise en œuvre efficiente des services de santé, en respectant et en développant l'autonomie des personnes. Un tel projet concerne l'ensemble de la population desservie, dont le public-cible des soins et services coordonnés à domicile ne constitue qu'une partie.

Dans cette optique, la nécessité d'un travail d'équipe prend figure d'évidence, vu l'hétérogénéité des problèmes susceptibles de se poser et des solutions qui peuvent leur être apportées, en fonction des ressources disponibles sur le terrain local, et en prenant en compte les caractéristiques de l'environnement, au sens large, de la personne.

La coordination apparaît donc à la fois comme un moyen d'optimiser et de rationaliser l'utilisation des potentiels existants, en même temps qu'elle fournit aux intervenants une possibilité d'améliorer leurs conditions de travail. En attendant que la réforme hospitalière

ait porté ses fruits, c'est donc sur le concept de coordination et sa traduction dans les pratiques que doivent s'appuyer les critères d'agrément des services.

Ceux-ci s'adressent à des personnes privées d'autonomie à des degrés divers, de façon totale ou partielle, définitive ou temporaire.

Les caractéristiques de cette privation d'autonomie ne recouvrent pas nécessairement celles de la maladie : il pourra donc y avoir différentes manières de recourir à la coordination.

Le consensus se fait assez largement sur l'opportunité pour un centre de coordination des soins et services à domicile de coordonner au moins les interventions d'un service d'aide aux familles et d'un service infirmier. Viennent ensuite parmi les interventions susceptibles de s'inscrire dans le cadre de la coordination la distribution de repas chauds, la biotélégilance, un centre de service social, la kinésithérapie, enfin un service de prêt de matériel, un service de soins dentaires, un service de pédicure, des services d'aménagement des locaux, l'ergothérapie, la logopédie, les centres de jour, la coiffure, etc. Il apparaît que la notion de coordination devient significative lorsque trois types d'activités au moins sont contrôlés.

Le médecin généraliste, acteur important des soins de première ligne, ne peut être écarté des soins à domicile et de leur coordination. D'autre part, le principe du libre choix du médecin par le patient reste intangible. Enfin, pour apaiser toute crainte de concurrence déséquilibrée, le médecin généraliste ne pourra exercer son art dans un lien de subordination à la structure de coordination des soins à domicile.

Le décret vise à établir un régime d'agrément préalable à l'octroi éventuel de subventions, pour promouvoir le développement de la coordination.

Etant donné la relative nouveauté du développement des soins et services coordonnés à domicile, au moins sous la forme et avec l'ampleur qu'on leur connaît aujourd'hui, il est capital de disposer des instruments nécessaires à une analyse critique du fonctionnement du système. Il faut pour cela que les centres s'engagent à réaliser une collecte de données, sous forme de dossiers, et qu'il existe une instance capable d'analyser ces données.

*le ministre des Affaires sociales
et de la Santé,*

CH. PICQUE.

AVIS DU CONSEIL D'ETAT

LE CONSEIL D'ETAT, section de législation, neuvième chambre, saisi par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de la Communauté française, le 4 octobre 1988, d'une demande d'avis sur un projet de décret « organisant les centres de coordination de soins et de services à domicile », amendé par le ministre le 17 octobre 1988, a donné le 14 décembre 1988 l'avis suivant :

OBSERVATION PRELIMINAIRE

Le Conseil d'Etat, section de législation, a été saisi du projet de décret faisant l'objet du présent avis, par lettre du 4 octobre 1988. Il était demandé au Conseil d'Etat de réserver le bénéfice de l'urgence pour l'examen du dossier.

Le projet a été amendé le 17 octobre 1988 et le commentaire du projet, article par article, a été transmis au Conseil d'Etat le 27 octobre 1988.

Enfin, c'est par lettre du 22 novembre 1988 que l'accord du ministre du Budget a été communiqué au Conseil d'Etat.

OBJET DU PROJET

Bien que le dispositif du décret en projet et l'exposé des motifs qui y est joint ne le fassent pas apparaître clairement, l'intention des auteurs du projet n'est pas, selon les déclarations du délégué du ministre, d'établir un « statut » des centres de coordination des soins et services à domicile. L'objet du projet est d'établir un régime d'agrément facultatif des centres en question, en ce sens que l'agrément donné par l'Exécutif ne sera ni nécessaire, ni préalable à l'exercice de l'activité de coordination envisagée, ou à la création desdits centres.

L'agrément accordé constituera simplement une garantie pour les particuliers qui feront appel aux centres de coordination; pour ces derniers, l'agrément se présentera comme un préalable à l'octroi éventuel de subventions. C'est sous le bénéfice de ces précisions et de celles qui sont apportées ci-après que la compétence communautaire est établie.

EXAMEN DU TEXTE

Intitulé

L'intitulé suivant est proposé :

« Décret organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et de services à domicile. »

ARRETE DE PRESENTATION

L'arrêté de présentation doit être rédigé comme suit :

« L'Exécutif de la Communauté française,

Sur la proposition du ministre des Affaires sociales et de la Santé,

ARRETE : »

DISPOSITIF

De l'accord du délégué du ministre, l'ordre suivant est proposé pour la présentation des dispositions :

- 1° les conditions d'agrément;
- 2° la procédure d'agrément;
- 3° le régime de subventions;
- 4° la création de la commission d'évaluation.

ARTICLE 1^{er}

Le texte suivant est proposé :

« Article 1^{er}. — Les personnes de droit public et les associations sans but lucratif, qui ont pour objet de coordonner des soins et services à domicile dispensés aux personnes privées d'autonomie, sont agréées, à leur demande, par l'Exécutif de la Communauté française, en qualité de « Centres de coordination de soins et de services à domicile », ci-après dénommés les « centres agréés », si elles satisfont aux conditions fixées par le présent décret ou en vertu de celui-ci.

Les centres de coordination agréés exercent cette mission de façon exclusive ou en dispensant conjointement des soins ou des services à domicile.

Les centres agréés ne possédant pas de service d'aide sociale concluent une convention avec un tel service, déterminant ... (objet à préciser dans le décret, selon les intentions de l'Exécutif). »

ART. 2 (nouveau)

Le texte suivant est proposé :

« Article 2. — La coordination doit être réalisée entre la médecine générale, les soins infirmiers à domicile, l'aide aux familles, ainsi qu'entre au moins quatre des soins et services à domicile suivants :

- 1° la kinésithérapie;
- 2° l'ergothérapie;
- 3° la logopédie;
- 4° les soins dentaires;

- 5° la pédicure;
- 6° la biotélévigilance;
- 7° la distribution de repas;
- 8° l'aide sociale;
- 9° le prêt de matériel;
- 10° l'aménagement des locaux. »

ART. 2

L'article doit être omis, les règles qu'il porte étant contenues à l'article 1^{er}, alinéa 2, proposé ci-avant.

ART. 3

L'article est rédigé comme suit :

« Dans les Centres de Coordination interne, les statuts des prestataires des soins et des services visés à l'article 1^{er}, alinéa 1, sont réglés par Arrêté de l'Exécutif. »

Il n'appartient pas à l'Exécutif de la Communauté française de régler le statut des dispensateurs de soins et services. Si ceux-ci relèvent d'une personne de droit public, un statut dérogatoire à celui qui est applicable aux agents de la personne morale en question ne se conçoit guère. Si les intéressés dépendent d'une association sans but lucratif, la Communauté française ne peut régler une question qui relève du droit du travail.

L'article 10 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles ne trouve pas à s'appliquer en l'espèce, les conditions d'application de cet article n'étant pas réunies. C'est ainsi notamment que s'il s'agissait d'imposer aux dispensateurs de soins et services, à l'exception des médecins, d'accomplir leurs prestations dans les liens d'un contrat de travail, une telle exigence ne serait ni indispensable ni nécessaire pour réaliser l'objet poursuivi par le décret en projet.

La disposition doit, en conséquence, être omise.

ART. 4

Alinéa 1^{er}

La disposition est rédigée comme suit :

« Aucun docteur en médecine ne peut exercer son art dans le cadre d'un lien de subordination avec un Centre de Coordination. »

Selon l'exposé des motifs,

« En tout état de cause, le principe du libre choix du médecin par le patient reste intangible. Dans ces conditions, le médecin généraliste ne peut exercer son art dans un lien de subordination à la structure de coordination des soins à domicile. »

Les auteurs du projet semblent ainsi établir un rapport de cause à effet entre le statut du médecin et le libre choix de celui-ci par le patient. Un tel rapport est, en réalité, totalement inexistant.

Dans cet ordre d'idées, on notera que l'article 48 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics

d'aide sociale n'impose aucun statut juridique particulier aux praticiens de l'art de guérir qui exercent leur profession dans les établissements et services d'un centre public d'aide sociale. Cette disposition ne met évidemment pas en cause le principe du libre choix de son médecin par le patient.

L'alinéa 1^{er} doit donc être omis.

Alinéa 2

En vertu de l'article 5, § 1^{er}, I, 1°, c, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, l'assurance maladie-invalidité est exclue de la compétence des Communautés.

Or, d'une part, en vertu de l'article 25 de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, l'intervention personnelle du bénéficiaire dans le coût des soins, appelée communément le ticket modérateur, est « exigible dans tous les cas », sauf lorsque les honoraires sont payés forfaitairement par l'assurance; d'autre part, sur la base de l'article 34^{quater}, alinéa 4, de la même loi, il appartient au Roi de déterminer « les conditions et règles conformément auxquelles ... le paiement direct de l'intervention de l'assurance maladie-invalidité par les organismes assureurs aux prestataires de soins ... est autorisé, interdit ou obligatoire »; ce régime, dit du tiers payant, a été organisé par l'arrêté royal du 10 octobre 1986.

Il en résulte que le Conseil de la Communauté française ne pourrait adopter l'article 4, alinéa 2, du projet sans excéder sa compétence. Au surplus, les mesures relatives à l'assurance maladie-invalidité ne sont ni indispensables, ni nécessaires à l'exercice de sa compétence, au sens de l'article 10 de la loi spéciale du 8 août 1980 précitée (1).

L'alinéa 2 doit également être omis.

ART. 5

(devenant l'article 3)

Alinéa 1^{er}

Les mots « accessible aux divers intervenants » manquent de précision. Il serait préférable d'écrire : « Cette fiche est accessible aux personnes dispensant les soins et services ».

La même observation vaut pour l'alinéa 2.

D'autre part, dans le commentaire de l'article 5, la précision suivante est apportée :

« Les données relevant du secret médical, et particulièrement les diagnostics, ne figurent pas sur cette fiche. »

Cette précision devrait figurer dans le texte. Il est proposé de compléter l'alinéa 1^{er} par la phrase suivante :

(1) Le souci d'endiguer la surconsommation des soins et celui d'éviter des démarches administratives aux patients, sont étrangers à la coordination des soins à domicile.

« Elle ne comporte aucune donnée couverte par le secret médical. »

ART. 6

(devenant l'article 5)

De l'accord du délégué du ministre, la rédaction suivante est proposée :

« Lorsque le Centre agréé est constitué en association sans but lucratif, un tiers au moins des personnes qui composent son conseil d'administration exercent ... (la suite comme au projet). »

ART. 7

(devenant l'article 4)

L'objet de la convention visée à l'alinéa 1^{er} n'est pas précisé.

Selon les explications fournies par le délégué du ministre, les conventions auront pour objet la communication obligatoire par l'hôpital, au centre de coordination, des données médicales concernant les patients quittant l'institution de soins.

Une telle obligation de communication doit être imposée par le décret. Elle ne peut dépendre de la réalisation d'un accord entre un hôpital et un centre de coordination.

De plus, conformément à la législation existante, la communication doit être faite au médecin librement désigné par le patient.

L'article 7 doit être fondamentalement revu.

ART. 8

Eu égard à la rédaction proposée pour l'article 1^{er} du projet, l'article 8 devient sans objet.

ART. 9

(devenant l'article 6)

Il va de soi que la règle énoncée à l'article 9, dénuée de sanction pénale sur la base du projet de décret, doit se concevoir sans préjudice de l'application éventuelle de l'article 458 du Code pénal (1).

(1) Sur les personnes tenues au secret médical, bien qu'elles ne soient pas expressément visées par l'article 458 du Code pénal, voyez, à propos des « auxiliaires médicaux », P. Lambert, *Le secret professionnel*, Bruxelles, Nemesis, 1985, pp. 154-155, et, concernant le « secret partagé », X. Ryckmans et R. Meert-Van de Put, *Les droits et les obligations des médecins*, Bruxelles, Larcier, tome I, 2^e éd., 1971, pp. 116-118; en ce qui concerne les assistants sociaux, voy. P. Lambert, *op. cit.*, pp. 272-273.

ART. 10

(devenant l'article 8)

De l'accord du délégué du ministre, le décret en projet doit être complété par une disposition établissant les critères qui régiront la composition de la commission des Centres de coordination des soins et services à domicile. Cette disposition pourrait faire l'objet d'un alinéa à insérer en tête de l'article 12 (devenant l'article 9).

Pour le surplus, il est fait référence aux observations formulées par le Conseil d'Etat dans l'avis donné ce jour, sous le n° 18.811/9, au sujet du projet de décret modifiant le décret du 2 décembre 1982 créant un Conseil consultatif du troisième âge pour la Communauté française.

ART. 11

(devenant l'article 7)

De l'accord du délégué du ministre, le texte serait mieux rédigé comme suit :

« Article 7. — Les Centres de coordination et les services qu'ils coordonnent exercent leurs activités dans une même zone géographique. L'Exécutif détermine les zones géographiques. »

ART. 12

(devenant l'article 9)

1. L'article 5 du décret du 30 mars 1983 sur l'organisation des établissements de soins dans la Communauté française dispose que toute décision prise par l'Exécutif dans le cadre de ce décret « doit être motivée lorsqu'elle rejette une demande... ou lorsqu'elle s'écarte de l'avis du Conseil (communautaire des établissements de soins) ».

De l'accord du délégué de l'Exécutif, pareille précision devrait figurer dans le texte en projet.

2. Selon les explications fournies par le délégué du ministre, dans l'esprit des auteurs du projet de décret, le régime d'agrément institué par le projet n'impliquera pas un pouvoir d'appréciation dans le chef de l'Exécutif, qui consisterait à vérifier, non seulement si les conditions qui doivent être réunies en vertu du projet le sont effectivement, mais encore s'il n'existe pas d'autres éléments qui pourraient justifier un refus d'agrément. Il en résulte que l'avis de la Commission d'agrément ne pourra porter que sur la vérification desdites conditions.

3. En cas de non-respect des normes d'agrément, un retrait motivé de celui-ci doit être possible, le centre de coordination étant entendu ou dûment appelé. Pour garantir au mieux la sécurité juridique, cette possibilité doit être prévue en termes exprès, ainsi que l'intervention éventuelle de la Commission d'agrément au cours de la procédure de retrait.

4. Pareil dispositif devrait être complété par l'indication des mesures de contrôle que pourra prendre l'Exécutif, en vue de vérifier le respect des normes en question.

ART. 13

(devenant l'article 10)

Selon l'exposé des motifs, en raison des limites des crédits budgétaires disponibles, l'Exécutif entend se réserver la possibilité de n'octroyer des subventions qu'à certains centres de coordination agréés, sur la base des critères généraux à définir en « accord » avec la Commission d'agrément.

Ces critères doivent apparaître dans le texte même du décret en projet. Au surplus, la mission de la Commission d'agrément doit consister à donner des avis sur l'octroi des subventions déterminées sur la base de ces critères préalablement définis. De la sorte, l'égalité de traitement des centres de coordination sera mieux assurée.

ART. 14

(devenant l'article 11)

L'article 11 du décret du 30 mars 1983 précité prévoit que le rapport annuel du Conseil communautaire des établissements de soins est adressé à l'Exécutif avant le 31 mars de chaque année. De l'accord du délégué du ministre, il convient d'insérer une disposition semblable dans le décret en projet.

SIGNATURE

Il y a lieu d'omettre les mots : « Pour l'Exécutif de la Communauté française. »

La chambre était composée de :

MM. P. FINCŒUR, conseiller d'Etat, président,
R. ANDERSEN et J.-C. GEUS, conseillers d'Etat;
J. DE GAVRE et P. GOTHOT, assesseurs de la section de législation;
Mme R. DEROY, greffier.

Le rapport a été présenté par M. J. REGNIER, auditeur.

Le Greffier,

R. DEROY.

Le Président,

P. FINCŒUR.

Pour expédition délivrée au Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique de la Communauté française.

Le 21 décembre 1988.

Le Greffier en chef du Conseil d'Etat,

G. SCHOETERS.

PROJET DE DECRET

ORGANISANT L'AGREMENT ET LE SUBVENTIONNEMENT DES CENTRES DE COORDINATION DE SOINS ET SERVICES A DOMICILE

L'Exécutif de la Communauté française,

Sur la proposition du ministre des Affaires
sociales et de la Santé,

ARRETE :

Le ministre des Affaires sociales et de la
Santé est chargé de présenter au Conseil de la
Communauté française le projet de décret dont
la teneur suit :

ARTICLE 1^{er}

Les personnes de droit public et les associa-
tions sans but lucratif, qui ont pour objet de
coordonner des soins et services à domicile dis-
pensés aux personnes privées d'autonomie, sont
agréées, à leur demande, par l'Exécutif de la
Communauté française, en qualité de « Centres
de coordination de soins et de services à domi-
cile », ci-après dénommés les « centres agréés »,
si elles satisfont aux conditions fixées par le
présent décret ou en vertu de celui-ci.

Les centres de coordination agréés exercent
cette mission de façon exclusive ou en dispen-
sant conjointement des soins ou des services à
domicile.

ART. 2

La coordination doit être réalisée entre :

1. les services suivants :

- 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 biotélévigilance;
- 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.

ART. 3

Aucun docteur en médecine ne peut exercer
son art au sein d'un centre de coordination.

Les prestations du personnel paramédical et
infirmier relevant de la nomenclature de l'assu-
rance maladie-invalidité ou du Fonds national
de reclassement social pour handicapés sont
facturées selon les modalités du tiers payant.

ART. 4

Le centre tient à jour une fiche de coordina-
tion pour chaque personne prise en charge.
Cette fiche est accessible aux personnes dispen-
sant les soins et services dont le centre coor-
donne l'activité.

Elle ne comporte aucune donnée couverte
par le secret médical.

L'échange d'informations entre les divers
intervenants est assuré en outre par des réu-
nions de travail dont l'organisation incombe au
centre.

Le centre de coordination assure un service
de garde garantissant la continuité des soins
de manière ininterrompue chaque jour de
l'année.

Il recueille les données statistiques néces-
saires à l'évaluation des besoins, de l'offre et de
la demande et à l'élaboration de critères de
qualité en matière de soins et services à
domicile.

ART. 5

Le centre de coordination conclut, selon les
situations locales, des conventions avec des
structures de soins.

Dans le cadre de ces conventions, tout trans-
fert ou partage de prise en charge entre une

instance de soins : hôpital, association de généralistes, maison médicale, centre de jour, maison de repos et de soins, service de santé mentale, institution pour handicapés et un centre de coordination, implique obligatoirement la communication des informations nécessaires à la continuité des soins. Ces informations doivent également être mises à la disposition du médecin librement choisi par le patient.

ART. 6

Lorsque le centre de coordination est constitué en association sans but lucratif, un tiers au moins des personnes qui composent son conseil d'administration exercent, dans la zone géographique du centre, leurs activités professionnelles dans le domaine social ou sanitaire en coordination avec le centre.

ART. 7

Les administrateurs, le personnel et les collaborateurs du centre sont tenus au secret professionnel.

ART. 8

Les centres de coordination et les services qu'ils coordonnent exercent leurs activités dans une même zone géographique, qui est soumise à l'approbation de l'Exécutif au moment de la demande d'agrément.

ART. 9

L'Exécutif de la Communauté française crée une commission d'agrément des centres de coordination des soins et services à domicile.

La commission d'agrément est composée selon les critères suivants :

- quatre représentants des médecins généralistes;
- trois représentants du secteur paramédical et infirmier;
- deux représentants des travailleurs sociaux;
- deux représentants des centres d'aide à la famille;
- un représentant du ministre qui a la Santé dans ses attributions;
- un représentant du ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions;
- un représentant de la direction générale de la Santé de la Communauté française, qui assure le secrétariat de la commission;

— un représentant de la direction générale des Affaires sociales de la Communauté française;

— un représentant du ministre des Affaires sociales au niveau national.

ART. 10

Les centres de coordination qui satisfont aux dispositions du présent décret sont agréés par l'Exécutif de la Communauté française, après avis motivé de la commission d'agrément, conformément aux modalités fixées par l'Exécutif.

La décision de l'Exécutif doit être motivée lorsqu'elle rejette une demande ou qu'elle s'écarte de l'avis de la commission d'agrément.

La commission d'agrément est chargée de vérifier la conformité aux normes. En cas de non-respect de celles-ci, elle peut recommander à l'Exécutif le retrait de l'agrément.

L'Exécutif peut procéder au retrait motivé de l'agrément après que le centre de coordination ait été entendu ou dûment appelé.

ART. 11

L'Exécutif de la Communauté française peut, dans la limite des crédits budgétaires disponibles, octroyer des subventions aux centres de coordination agréés.

Les subventions sont allouées selon le type de coordination réalisée, le nombre d'intervenants coordonnés, le territoire couvert et la taille de la population desservie.

Les subventions font l'objet d'une réévaluation périodique, sur base de l'avis de la commission d'agrément.

ART. 12

L'Exécutif de la Communauté française crée une commission d'évaluation de l'activité des centres de coordination de soins et services à domicile, qui a pour mission d'analyser les données recueillies par les centres et de promouvoir la qualité des activités du secteur.

Cette commission établit un rapport annuel sur l'activité des centres agréés et l'adresse à l'Exécutif avant le 31 mars de chaque année.

Bruxelles, le 30 janvier 1989.

*Le ministre des Affaires sociales
et de la Santé,*

CH. PICQUE.