



CONSEIL DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 1988-1989

17 MAI 1989

PROJET DE DECRET

ORGANISANT L'AGREMENT ET LE SUBVENTIONNEMENT
DES CENTRES DE COORDINATION
DE SOINS ET SERVICES A DOMICILE (1)

RAPPORT

PRESENTE AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE, DES AFFAIRES SOCIALES ET DE
LA PROTECTION DE LA JEUNESSE
PAR M. J. SANTKIN

(1) Cf. Doc. Conseil 46 (1988-1989) - N° 1.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission de la Santé, des Affaires sociales et de la protection de la jeunesse a consacré ses réunions du 20 avril et des 2 et 17 mai 1989 à l'examen du projet de décret organisant l'agrément et le subventionnement des centres de coordination de soins et services à domicile ⁽¹⁾.

1. EXPOSE INTRODUCTIF DE M. LE MINISTRE (20 avril 1989)

Lors de la réunion du 20 avril 1989, le Ministre des Affaires sociales et de la Santé, M. Ch. Picqué a introduit la discussion du projet de décret par l'exposé suivant :

L'intérêt pour le développement de formes de soins alternatives à l'hospitalisation se manifeste depuis plusieurs années dans la plupart des pays développés. Les premières expériences de prise en charge de malades « lourds », c'est-à-dire très dépendants, à domicile, se sont faites dans notre pays il y a maintenant une vingtaine d'années, à l'initiative d'associations de médecins désireux de permettre à ce type de patient de choisir entre une telle prise en charge et un séjour hospitalier. Ces groupes étaient souvent désireux de promouvoir un travail pluridisciplinaire au niveau des soins de base.

Ces expériences se sont développées avec suffisamment de diversité par la suite pour que l'on puisse en tirer des enseignements, parmi lesquels, élémentaires et déterminants pour une politique de santé, la conviction qu'il existe une demande de la part de toute une population cible de pouvoir être soignée à domicile, et d'autre part le fait que lorsqu'une telle prise en charge est réalisable, elle est plus économique qu'une entrée à l'hôpital ou en maison de repos avec soins.

Si l'on met en perspective les effets conjugués de la programmation hospitalière, de

l'évolution démographique et de l'évolution des techniques et des pathologies, il est clair qu'un développement de formes alternatives de prise en charge doit être envisagé dès à présent, et l'Exécutif s'est du reste exprimé avec netteté sur ce point dans sa déclaration.

J'ai dit « prise en charge » plutôt que « soins », car le public cible concerné par le projet de décret qui vous est présenté se définit en termes d'autonomie plutôt que de pathologie : autrement dit, il s'agit d'apporter des réponses à un problème sociétal plutôt que seulement médical.

Si les modèles de réponses qui ont pu nourrir les réflexions préalables à ce projet sont nés au sein d'équipes médicales, il faut pourtant constater qu'à l'heure actuelle, la médecine générale en solo reste majoritaire chez nous. Le médecin généraliste a un rôle fondamental à jouer dans les aspects médicaux de la prise en charge à domicile : il reste que celle-ci comporte d'autres dimensions et requiert d'autres acteurs, dont l'entrée en scène ne dépend pas nécessairement d'une prescription médicale. Que ces acteurs interviennent dans le désordre, et il n'y a plus de prise en charge, mais seulement une addition de prestations qui manquent leur objectif : préserver au mieux des possibilités l'indépendance et le bien-être de la personne soignée. Il s'agit donc de coordonner les interventions en fonction de cet objectif : le projet de décret qui vous est présenté s'attache à définir à quelles conditions cette coordination pourra véritablement s'envisager comme forme alternative de prise en charge, et à ce titre mériter agrément et subsides.

Pour que l'on puisse véritablement parler de coordination, il faut bien sûr qu'un minimum d'intervenants soient pris en compte. Le projet définit le minimum d'intervenants requis pour qu'un centre de coordination soit agréé. La liste des services proposés n'épuise pas la totalité des possibles, mais elle est suffisamment longue pour que l'on puisse estimer qu'une coordination qui répond au moins aux exigences proposées remplit une fonction effective d'aide à la prise en charge, et que par contre une coordination qui n'inclurait aucune de ces activités serait probablement d'utilité douteuse.

Si nous avons introduit la contrainte, pour les médecins, de ne pas intégrer leur activité professionnelle à la structure des centres tels que le projet de décret les définit, ce n'est pas que nous en nions le rôle essentiel sur le terrain des soins à domicile, mais c'est que ce rôle fait partie des activités à coordonner, et que, d'autre part, il nous paraît nécessaire de ne pas introduire de situation de privilège structurel au bénéfice de certains généralistes, en défavo-

(1) Ont participé aux travaux de la Commission :

Membres de la Commission :

MM. Monfils (Président), A. Antoine, Bertouille, Mmes Corbisier, Delruelle, MM. Dufour, Hofman, Lenfant, Onkelinx, Taminaux, Tasset, Winkel et Santkin (rapporteur).

Membres du Conseil ayant remplacé des membres de la Commission :

MM. Henry et Van Crombruggen.

Ont assisté aux travaux :

M. le Ministre de la Santé et des Affaires sociales et des membres de son Cabinet.

M. Lagasse, membre du Conseil.

risant du même coup leurs confrères dans une situation de concurrence.

La population cible des soins et services à domicile est, par définition, privée d'autonomie; ajoutons qu'elle est rarement financièrement privilégiée. C'est pourquoi l'application du tiers payant nous semble indispensable.

Le développement de centres de coordination offre au niveau des soins de santé primaires une perspective d'outil de recueil et de transmissions de données dont l'analyse est capitale pour mieux connaître, comprendre et gérer les problèmes sociosanitaires auxquels il nous échoit de faire face: aussi le recueil, la circulation et l'utilisation dynamique de cette information ont fait l'objet d'une attention particulière, tout en veillant au respect du secret médical: c'est dans ce but que les centres ont parmi leurs obligations de réaliser des fiches de coordination, d'organiser des réunions entre les intervenants, et de se lier conventionnellement à des institutions de soins.

La notion de zone géographique semble avoir suscité quelques inquiétudes. Il convient de l'entendre de manière nuancée.

Lorsqu'un centre de coordination demande son agrément, il doit définir le territoire et la population à laquelle il destine ses services, ce qui permet à la commission d'agrément de vérifier que ses prévisions d'activité sont réalistes par rapport à la population cible envisagée.

D'autre part, notre objectif n'est pas de stimuler la croissance sous tous azimuts de centres de coordination. Il faut donc que la commission d'agrément dispose de points de repères pour apprécier l'opportunité d'accorder de nouveaux agréments: d'où l'utilité de zones géographiques définies. Celles-ci pourraient être, dans un premier temps, les secteurs hospitaliers, en attendant que se définissent des districts sanitaires correspondant plus authentiquement à des unités fonctionnelles, dans une étape ultérieure.

Loin de constituer une simple chambre d'enregistrement des demandes, la commission d'agrément a donc un véritable travail conceptuel à fournir. C'est pourquoi sa composition se veut à la fois suffisamment représentative des acteurs en présence sur le terrain des soins et services à domicile, tout en gardant une taille assez restreinte pour lui permettre de fonctionner efficacement.

Enfin, l'entreprise consistant à développer les formes de soins alternatives poursuit un double objectif: favoriser la maîtrise des coûts, et améliorer la qualité de vie des bénéficiaires. L'expérience nous a montré que nous man-

quions cruellement d'outils et de traditions de recherche en matière d'évaluation et d'assurance de qualité. Le projet de décret espère éviter cet écueil en prévoyant la création d'une Commission d'évaluation, qui doit devenir à terme un organisme d'évaluation permanente. Au départ, il appartiendra aux scientifiques spécialisés dans les domaines concernés (évaluation, contrôle de qualité, rapport coût-bénéfices, etc.) d'élaborer, dans le cadre d'un groupe de travail temporaire par exemple, la description de ce que devront être la composition et les méthodes de la future commission. Un point important à souligner est que son action devra viser à développer des incitants positifs à l'amélioration de la qualité des soins.

Le projet entend stimuler un partenariat organisé entre les différents acteurs sur le terrain des soins à domicile. En tant que tel, il a pour objectif immédiat d'améliorer qualitativement l'offre de soins aux personnes privées d'autonomie, parmi lesquelles, on le sait, se trouvent en majorité des personnes âgées. Mais au-delà de cette volonté immédiate, il est porteur d'autres ambitions. Les médecins généralistes sont des acteurs essentiels des soins de santé primaires. Or, une organisation échelonnée de l'offre de soins constitue l'étape la plus susceptible d'améliorer la qualité de notre système de santé, à moyen terme.

Dans un tel dispositif, le rôle prépondérant des soins de santé primaires suppose l'intégration de fonctions qui restent aujourd'hui distinctes. Il s'agit en particulier de l'éducation pour la santé et de la prévention primaire, ainsi que de certains aspects de la prévention secondaire (dépistage). Il s'agit aussi de l'articulation entre les divers échelons.

Dans l'état actuel des choses, en dehors de structures déjà constituées en équipes, ces activités sont rarement intégrées de manière systématique dans l'activité des généralistes. Et ce, principalement, parce qu'une telle intégration demande à être soutenue à la fois par des incitants positifs, et par une infrastructure logistique: pour faire de la prévention, de l'éducation sanitaire, il faut des outils. Pour le moment, ces outils font défaut dans le domaine des soins de santé primaires.

Les centres de coordination, on l'a vu, s'adressent à une population-cible bien circonscrite, et ne peuvent prétendre couvrir l'entièreté des soins de santé primaires. Cependant, ils peuvent être une première étape vers la constitution d'un réseau, à la fois en créant des habitudes de travail, en favorisant la circulation de l'information, en permettant le recueil des données nécessaires à l'évaluation de la qualité des soins extra-institutionnels.

Ils sont, à ce titre, une étape vers la réalisation du système de santé efficient que nous souhaitons aujourd'hui, et qui demain sera indispensable.

2. DISCUSSION GENERALE

Un commissaire exprime le souhait que chaque membre puisse recevoir le texte de l'exposé du Ministre. Il déplore d'ailleurs la brièveté de l'exposé des motifs.

Il demande au Ministre de mettre à la disposition de la commission les arrêtés d'exécution ou tout au moins d'en donner l'esprit, dans la mesure où celle-ci se trouve devant un décret-cadre.

Il demande au Ministre un rapport sur les expériences antérieures effectuées sur base de l'arrêté de l'Exécutif précédent. Il a posé, à propos du projet de décret, les questions suivantes :

En ce qui concerne la rédaction de l'article 2, le Ministre peut-il expliquer les raisons pour lesquelles il n'a pas suivi l'avis du Conseil d'Etat ?

Il regrette l'emploi du terme « coordonner » lorsqu'il s'agit de dispenser des soins, car il craint que cela n'aboutisse à un monopole de fait. Des subsides ne pourraient-ils pas être déviés vers la dispensation d'activités qui pourraient concurrencer le secteur privé ?

Il trouve souhaitable d'exclure la kinésithérapie et les soins dentaires de l'article 2 point 2 estimant que ces services doivent être mis sur le même pied que le service de médecine générale aux fins, également de garantir le libre choix du patient.

Pourquoi une telle multiplicité des commissions ? La commission d'agrément ne pourrait-elle pas également procéder au travail d'évaluation ? Il faudrait imaginer un système plus simple et plus souple.

A propos de l'article 4, § 3, il invite le Ministre à supprimer le caractère obligatoire de ces réunions afin d'éviter l'éveil de la spirale d'émoluments, de jetons de présence, ... et souhaite qu'un amendement vienne compléter en ce sens l'article 4.

Un autre commissaire remarque que lors de la formation de l'Exécutif, le PSC avait accepté de soutenir un projet de décret sur les centres de santé intégrés à condition que l'on vote un décret sur les soins à domicile. Il s'étonne que l'on n'ait toujours pas examiné un projet de décret sur les CSI. Les centres de santé intégrés vont plus loin que la seule coordination des soins à domicile car ils ont un projet de prévention. Il s'interroge sur l'opportunité de

ce projet de décret dans la mesure où le Conseil d'Etat dans son avis constate lui-même que l'agrément est nécessaire pour obtenir le subventionnement alors même que ces activités existent actuellement ! En ce sens, il fait remarquer qu'il ne fait que relayer l'avis des chambres médicales.

— Le Ministre pourrait-il donner l'inventaire et l'évaluation des huit expériences antérieures, promis lors de l'examen du budget 1988 ?

Pour lui, l'inventaire et l'évaluation sont absolument nécessaires pour légiférer valablement. De plus, il fait remarquer au Ministre que non seulement l'exposé des motifs est trop court, mais que contrairement à son habitude, le premier texte était assez mal rédigé, et dès lors il a presque été entièrement réécrit par le Conseil d'Etat.

Il fait remarquer que l'esprit du projet de ce décret est une bonne alternative à l'hospitalisation mais que ce n'est pas seulement l'argument financier qui doit jouer mais plutôt les arguments psychologiques (ex. : meilleure guérison lorsque les patients restent chez eux, ...).

— Pourquoi ne parle-t-on nulle part du bénévolat ? Selon lui, il y a lieu de valoriser le bénévolat, source d'économie, d'échanges, de contact. Il demande l'avis de l'Exécutif à ce sujet.

— Quel est le rôle du CPAS ? Ici, on n'en parle pas. Est-ce un oubli de son rôle important au sein des communes ou bien celui-ci est-il prévu implicitement ? Comment le rôle du CPAS va-t-il être complété par le secteur privé ?

A propos de la classification des services au point 2 de l'article 2, il relève une confusion réelle entre « services réels » et « soins techniques ». Il suggère à l'Exécutif de déposer un amendement technique de manière à bien distinguer « services réels » et « soins techniques » et à lever, ainsi, toute confusion.

Quant à la place réservée aux médecins, relayant la conférence de presse des chambres syndicales des médecins, il souhaite qu'une explication plus complète soit fournie par l'Exécutif.

Un membre estime que l'économie même du projet n'est pas à mettre en cause. Néanmoins, il insiste pour que l'inventaire et l'évaluation de ce qui a été réalisé sous l'Exécutif précédent soit fourni à la commission.

Il se dit choqué par deux choses. Premièrement, la confusion qui existe entre « subventionnement » et « agrément ». Deuxièmement, par le flou de la *ratio legis*, en ce compris quant à la place réservée au médecin.

Un autre membre se réjouit du dépôt de ce projet de décret car il était temps de structurer tous les services offrant une alternative à l'hospitalisation à cause de l'évolution démographique et du vieillissement de la population; la mise en place des différents services offrant une alternative à l'hospitalisation représente une garantie de sécurité pour celle-ci.

Il souhaite que les commissions d'agrément et d'évaluation prévues par le présent projet de décret soient maintenues.

Un autre commissaire exprime sa satisfaction parce que le projet de décret soumis à discussion répond, valablement aux aléas du vieillissement de la population. Actuellement, différents services existent en ordre dispersé avec tous les risques de double emploi et d'accès difficile.

Dès lors, la coordination non seulement évitera ces risques mais en plus, facilitera l'accès au moindre coût. De plus, elle répond à une évaluation complète de tous les besoins, ce qui en garantit la qualité.

Il se réjouit de l'ouverture à toutes les formules; premièrement, les services publics et les services privés peuvent collaborer au sein de la coordination, deuxièmement, ces mêmes services peuvent très bien décider de continuer en dehors de cette coordination. De même, des services privés peuvent continuer à voir le jour. Dès lors, la pluralité totale est garantie.

Il trouve également positif l'établissement de conventions différentes avec les services hospitaliers. Positif également, le fait que le médecin ne joue pas le rôle essentiel car l'esprit même du projet de décret va beaucoup plus loin que la simple dispensation de soins puisque la coordination a pour but de maintenir le plus longtemps possible le malade à domicile ou à faciliter son retour à domicile dans les meilleures conditions, évitant ainsi de longues et parfois inutiles hospitalisations.

Un commissaire interroge le Ministre :

— Peut-il dire de quels moyens budgétaires il dispose pour mener à bien cette coordination, d'autant plus qu'il répète qu'il manquera de moyens évalués à 1 milliard pour le budget 1990 rejoignant en cela le thème de son prédécesseur qui invoquait le manque de moyens financiers pour déposer un tel projet ? Faute de moyens, comment le Ministre va-t-il ventiler les moyens existants et à combien ceux-ci s'élèvent-ils ?

— Un des rouages essentiels est constitué par les aides familiales auxquelles en toute logique, il sera fait appel. L'arrêté de l'Exécutif réduit les prestations de ces dernières à

38 heures, ce qui est très bien. Qu'en est-il de l'embauche compensatoire ?

— Avant, elles étaient déjà très sollicitées, qu'en sera-t-il demain alors que la demande dans ce secteur risque de s'accroître ?

— Dans la mesure où la mise en exécution de ce projet de décret est source d'économie pour le pouvoir national, par le biais de la réduction de journées d'hospitalisation, et que la volonté exprimée par plusieurs Ministres nationaux est d'aller de l'avant, le Ministre peut-il nous dire s'il y a dialogue, et si oui, dans quels délais des résultats tangibles peuvent-ils être attendus par le Conseil de la Communauté française ?

— A l'article 2, §§ 1 et 2, existe-t-il une hiérarchie entre ces deux niveaux par rapport aux différents services énumérés ?

— Cette liste est-elle exemplative, exhaustive ? Les diététiciens peuvent-ils être repris dans cette liste ?

— A l'article 2, § 3, en ce qui concerne le libre-choix du médecin généraliste par le patient, nous connaissons dans la pratique des CPAS qui imposent « leur » choix du médecin. Dès lors, comment assurer le libre-choix du médecin par le patient ?

— A l'article 6, qui concerne la composition du Conseil d'administration qui prévoit qu'un tiers au moins des membres exercent dans la zone géographique du centre, le Ministre peut-il nous dire sur quel critère il se base en ce qui concerne l'attachement à la région ?

— Que faut-il entendre par « zone géographique » ? Son concept ?

— A propos des commissions d'agrément, ne faudrait-il pas y associer les différentes mutualités qui jouent, elles, un rôle important entre les partenaires et les bénéficiaires ?

— De plus, quant à leur composition, comment va-t-on déterminer qu'une personne est plus représentative qu'une autre ?

— A l'article 11, cet article détermine les paramètres de subvention, M. le Ministre peut-il indiquer ce qu'on entend par « zone desservie », « taille de la population desservie » et « territoire couvert » ?

Par exemple, si l'on compare la région de Tubize et celle de Lasnes, il est évident que l'on se trouve devant des bénéficiaires de soins qui disposent de moyens nettement différents.

De plus, pourquoi la réévaluation des subventions se fera-t-elle sur base de l'avis de la commission d'agrément et non sur base de celui de la commission d'évaluation ?

— Ne faudrait-il pas associer les deux commissions pour avoir leur avis ?

Réponses du Ministre Picqué

M. Résimont est chargé de répondre à deux questions. L'une, relative aux observations faites à propos des avis du Conseil d'Etat non suivis et la seconde, relative à l'évaluation des expériences réalisées sous l'Exécutif précédent.

L'accroissement financier est de l'ordre de 20 millions. Des contacts ont lieu avec le Ministre Busquin et le message quant aux économies que réalisera par ce biais le pouvoir national, passe bien : on peut espérer une aide nationale sur le budget 1989. On risque d'être étonné de son montant ! Des négociations avec la Communauté flamande, qui elle aussi est demanderesse, ont également lieu.

En ce qui concerne les aides familiales, il réfute le procès d'intentions qui lui a été fait. Il y a une grande cohérence entre leurs revendications et le projet de décret. Pour ce qui est de l'embauche compensatoire, il n'y a pas de moyens ; néanmoins, 250 millions ont été injectés par le pouvoir national, ce qui les favorise mais de plus, de nombreuses dérogations ont été prévues pour ce secteur. Rien que pour le premier trimestre 1989, 184 demandes de dérogations ont été prises en compte. Elles doivent aussi collaborer à la valorisation de leur statut.

Les idées clefs sont de faire augmenter le nombre de bénéficiaires de leurs prestations et d'augmenter le nombre de bénéficiaires des dérogations et ainsi diminuer leurs prestations.

A l'article 6 : le critère retenu a trait à l'exercice d'une « activité professionnelle » et non pas à la domiciliation dans la zone géographique.

En ce qui concerne la zone géographique, la base d'approche dans un premier temps est le secteur hospitalier, les structures hospitalières étant indispensables.

Un commissaire demande si l'on peut imaginer dès lors une plus grande zone autour d'un hôpital ?

M. le Ministre insiste, la base d'approche de toute zone géographique est le « territoire couvert » par l'hôpital eu égard aux habitants domiciliés dans cette zone qui y font appel. En ce qui concerne les autres disciplines qui ne figurent pas à l'article 2, cette liste est celle qui répond le mieux aux attentes. Il n'est pas possible d'être exhaustif. Il faudra prendre quatre services dans ceux proposés dans le cadre

du décret, si d'autres disciplines s'ajoutent, tant mieux.

Il imagine très bien que le « partenariat » puisse se « complémentariser » sur des zones différentes.

Aux différents intervenants sur le sujet, il répond qu'il ne comprend pas qu'on s'interroge sur l'utilité d'avoir d'une part une commission d'agrément et de l'autre, une commission d'évaluation. On ne peut être à la fois juge et partie. En effet, la commission d'agrément aura besoin de l'avis de la commission d'évaluation lorsqu'il s'agira pour elle de se prononcer sur un retrait d'agrément. Quant à sa composition, la commission d'avis devrait être composée à la fois de techniciens et de gens de terrain. En ce sens, l'école de santé publique pourrait y envoyer, éventuellement, ses représentants.

Les fonctions d'évaluation et d'agrément doivent être réalisées par des organes séparés, pour deux ordres de raisons :

— on ne peut à la fois être juge et partie, et c'est la situation dans laquelle se trouverait la commission d'agrément si la fonction d'évaluation lui était dévolue ;

— l'objectif de l'évaluation est de produire des données scientifiquement valides sur l'ensemble des activités du secteur. Il convient donc d'éviter toute interférence entre cette collecte de données et les retombées immédiates qu'elle pourrait avoir. De plus, le contrôle de qualité dans ce domaine exige une mise au point méthodologique préalable, qui ne peut s'élaborer que dans un climat serein.

En ce qui concerne les centres de santé intégrés, le Ministre ne fait pas une « monomanie » contre eux. En épousant une politique de « partenariat », il a constaté un relatif attrait des CSI pour la « coordination » mais au fur et à mesure que les idées ont évolué sur celle-ci, leur attrait a diminué.

Des négociations continuent avec la Fédération des centres intégrés mais il constate que leurs souhaits sont difficiles à cerner et qu'en plus, des dissensions existent au sein de la fédération elle-même, divisée sur la définition même d'un centre de soins intégrés.

A propos du bénévolat, le Ministre est loin de le nier, mais pour lui, celui-ci se « lie » dans l'idée de partenariat. Il est impossible de le réglementer car on se heurte à des problèmes techniques. Il serait peut-être judicieux d'intégrer cette notion dans l'exposé des motifs.

Un autre commissaire estime que, néanmoins, le bénévolat est un partenaire très important.

M. le Ministre insiste pour que soit acté au procès-verbal que pour lui, le bénévolat est une partie intégrante de la coordination.

Le rôle des CPAS n'est pas d'être monopolistique car ils peuvent faire partie de la coordination en jouant un rôle de pivot avec le réseau privé ou associatif. Il dit qu'il sera très attentif à ce que ceux-ci ne soient pas un « handicap » pour les autres partenaires de toute coordination.

Par rapport aux médecins généralistes, ils peuvent difficilement être intégrés dans un centre de coordination car à partir du moment où ils prescrivent, ils deviennent la « clef de voûte », et ne peuvent s'approprier les règles de coordination, d'autant plus qu'il faut garantir la liberté du choix du patient et éviter la surconsommation médicale.

Ce même commissaire demande si la même position est valable pour les médecins spécialistes.

M. le Ministre indique qu'à fortiori, les spécialistes ne peuvent pas non plus être intégrés puisqu'ils sont médecins.

En ce qui concerne les mutualités, il n'a pas souhaité qu'elles soient représentées au sein de la commission d'agrément vu le « poids » de ces organismes et la « lourdeur » de leurs mécanismes internes.

M. le Président demande au Ministre par quelle technique institutionnelle l'économie réalisée par le pouvoir national via ce projet de décret, sera-t-elle « ristournée » à la Communauté.

Selon M. le Ministre, il est probable que cela se fera, tel que défini dans l'accord gouvernemental. Actuellement, les discussions sur ce point sont un peu bloquées vu l'équilibre à trouver avec la Communauté flamande d'autant plus qu'il existe des priorités différentes de part et d'autre en matière de santé. Il est probable que des conventions pourraient être conclues à titre d'expériences pilotes.

Ce même commissaire estime que les flamands sont beaucoup plus « institutionnels » et ont déjà procédé au regroupement de services divers épars. Dès lors, vu les structures en place de part et d'autre, les besoins sont différents.

Réponses de M. Résimont

A l'article 2, § 2, dans le texte tel qu'il a été réécrit par le Conseil d'Etat, les services de kinésithérapie, de soins dentaires et d'ergothérapie ont été également repris. Le Conseil d'Etat n'a donc, à cet égard, émis aucune observation.

A l'article 3, § 1^{er}, afin de préserver le libre choix du médecin par le patient, et pour que la coordination n'entraîne pas de contraintes vis-à-vis des décisions thérapeutiques, il convient que les relations des médecins avec les centres soient dénuées de tout caractère de subordination.

A l'article 3, § 2, cette disposition constitue essentiellement une condition d'agrément et non une disposition pour tous les centres.

Réponses de M. Perissino

L'activité des ASBL créées suite à l'arrêté du 2 juillet 1987 a fait l'objet d'une enquête par les soins de l'administration. Le rapport relatif à cette enquête figure en annexe du rapport⁽¹⁾ ainsi que la liste des organismes de soins à domicile subsidiés par la Communauté au budget 1988 (annexe I, 1).

Il convient d'ajouter à la note de l'administration qu'il se dégage des diverses expériences réalisées, une constatation commune: la coordination des soins et services à domicile suscite une dynamique spécifique au niveau du terrain. Cette dynamique requiert une charge de travail spécifique pour être entretenue. Cette charge de travail a besoin d'un support qui ne peut être assuré par les seuls prestataires de soins et services.

Les diverses expériences existant sur le terrain ont leurs caractéristiques propres, liées à leur histoire et à leur enracinement local. Une législation visant à promouvoir et à harmoniser ce type d'activité se devait de prendre en compte la variété des initiatives existantes, là où elles se sont montrées productives.

En ce qui concerne le maintien du tiers payant comme condition de l'agrément, il faut noter:

— que les bénéficiaires de soins à domicile se caractérisent par leur perte d'autonomie; il est facile de comprendre notre souci de leur simplifier les démarches administratives. De plus, ils ne sont pas, loin s'en faut, des privilégiés économiques, ce qui nous oblige également à considérer l'aspect financier de leur fonction;

— une restriction au tiers payant ne se justifie que comme moyen de contrôle des abus. Or, toutes les prestations susceptibles de bénéficier du tiers payant dans le cadre des soins et services à domicile sont nécessairement soumises à prescription ou à enquête: il n'y a donc pas d'abus à craindre de la part des bénéficiaires.

⁽¹⁾ (Annexe I, 2).

En ce qui concerne les centres de santé intégrés, ils ont été parties prenantes à la rédaction du projet de décret soumis à discussion et déclare qu'ils ne sont pas pressés d'obtenir un décret propre.

Actuellement, effectivement, ils ne sont plus partie prenante au projet de décret.

Un autre commissaire indique que ces déclarations sont contraires à la déclaration de l'Exécutif de la Communauté française qui régit cette législature. Il trouve cela étonnant de la part du PS.

M. le Ministre indique que le remède et la solution se trouvent chez les bénéficiaires c'est-à-dire les CSI. Une politique de prévention en matière de santé doit s'établir et est l'une de ses très grandes préoccupations. Cela est réalisable pour les besoins de la coordination. Les CSI, par les expériences antérieures et leurs manques de prévisions, s'excluent d'eux-mêmes de cette politique de prévention. Il rappelle que dans un premier temps, les maisons médicales ont été associées mais dans l'état actuel des choses, elles ne souhaitent pas s'y intégrer. Néanmoins, les discussions se poursuivent.

Ce même commissaire indique que des CSI ont fait parvenir à l'Exécutif un projet de décret qui leur soit propre.

M. le Ministre indique que le projet rentré a été rédigé par d'autres CSI qui ne font pas partie de la fédération.

Ce commissaire rappelle qu'il souhaite l'inventaire des expériences réalisées sous l'Exécutif précédent à propos de la coordination. Il désire obtenir également la liste des centres de santé intégrés actuellement subsidiés et les moyens budgétaires affectés à ces centres agréés.

3. DISCUSSION DES ARTICLES

Article 1^{er}

Un membre demande pourquoi l'Exécutif n'a pas repris le texte du dernier paragraphe de l'avis du Conseil d'Etat en ce qui concerne la rédaction du 1^{er} article.

M. le Ministre indique que l'esprit de l'avis du Conseil d'Etat a été repris à l'article 2, en ce qui concerne l'article 1^{er}, il a été tenu compte des remarques du Conseil d'Etat et qu'il a été dès lors réécrit sur ces bases.

L'article 1^{er}, mis aux voix, est adopté par 5 voix et 4 abstentions.

Ce commissaire désire justifier son vote et celui de son groupe. Il lance à nouveau un

appel à la coopération disant au Ministre que si ce dernier tient compte d'un certain nombre d'amendements, dont certains sont manifestement fondés, son groupe pourra voter favorablement sur l'ensemble du projet de décret dont les articles sont actuellement soumis à l'examen.

L'abstention sur cet article a pour seul but de ne pas s'engager sur le vote final, ni sur les autres articles.

Un autre commissaire justifie son vote parce que l'Exécutif n'a pas répondu à sa question relative au classement des services.

Article 2

Amendement de M. Winkel (voir annexe III, 1)

L'auteur de l'amendement demande au Ministre pourquoi a-t-on oublié le service de psychologie. En effet, dans notre société, beaucoup de personnes sont atteintes de maladies psychomatiques. Celles-ci sont cause de « surconsommation » à l'hôpital. Dès lors, elles pourraient être également cause de « surconsommation » de soins à domicile, ces personnes étant atteintes d'un « mal d'être ».

Par ailleurs, pourquoi ne pas étendre les services à d'autres services que ceux relevant de la psychologie ?

M. le Ministre remarque que rien n'interdit que des conventions soient passées avec des services autres que ceux repris explicitement dans l'article 2, point 2. Il signale que la Communauté française possède un réseau de soins relatifs à la santé mentale qui lui coûte d'ailleurs très cher.

Il a l'intention de sensibiliser les services de soins de santé mentale aux fins que ceux-ci concluent des conventions avec les différentes coordinations.

Il trouve la remarque pertinente mais tient à faire remarquer que l'article 5 permet de conclure des conventions avec toute une série de services.

La liste reprise à l'article 2 est assez limitée mais regroupe les services « indispensables ». Dans l'avenir, on pourrait l'élargir.

Le même membre explique la portée de son amendement à l'article 2 qui est également de choisir entre deux types de services et d'en posséder obligatoirement cinq au lieu de quatre.

Un autre membre demande au Ministre d'expliquer le rôle quant à la coordination du centre en matière de service social. Sera-t-il un

véritable service social ou son rôle se limiterait-il à diriger les patients vers d'autres services sociaux ?

Le Ministre signale que le centre de coordination peut se doter d'un service social ou passer une convention avec un service social ou des services sociaux existants. Il attire l'attention sur le fait que vu les situations très variables existantes, sur le terrain, il ne veut pas fermer la porte à un choix quelconque. Pour illustrer son propos, il signale que si effectivement certaines communes ont la possibilité d'offrir la visite de personnes à domicile, d'autres, et c'est le cas dans la région bruxelloise, sont incapables d'offrir de tels services.

Il est d'avis que la coordination a tout intérêt à avoir un lien privilégié avec les services divers des administrations. Rien n'empêche qu'un autre service puisse servir de liaison avec l'administration.

M. le Président fait remarquer que dans l'exposé des motifs, il est question d'un « centre de service social » alors que dans l'article 2, point 1, on parle de « service social ». Il demande qu'au rapport soit acté qu'il s'agit de « tout centre qui s'occupe d'aide sociale en général ».

M. le Ministre confirme cette interprétation du texte.

Un commissaire demande au Ministre pourquoi il n'a pas suivi le Conseil d'Etat dans la rédaction de l'article 2. Pour quelles raisons les services de soins dentaires et de kinésithérapie n'ont pas été retirés ? Il demande à quelle date remonte le rapport du docteur Drumaux (voir annexe I, 2).

Il interroge le Ministre aux fins de savoir si ce dernier a reçu un autre rapport entretemps. Ce rapport fait-il suite à une demande du Ministre de juin ou juillet 1988 ? Est-ce le rapport final avant les conventions renouvelées ?

M. Perissino indique qu'il s'agit effectivement du dernier rapport relatant les activités avant renouvellement des conventions passées sous l'Exécutif précédent.

Le même commissaire répète qu'il souhaite qu'une date figure sur le rapport. Il insiste sur la question posée quant à la rédaction de cet article, effectuée par le Conseil d'Etat et qui n'a pas été adoptée par l'Exécutif.

M. Résimont indique que le Conseil d'Etat n'avait émis aucune objection quant à la compétence, ni même à propos du maintien desdits services.

M. le Ministre rappelle sa préoccupation en ce qui concerne le libre choix du médecin par le patient.

Ce même commissaire demande quelle est la raison pour laquelle la rédaction du Conseil d'Etat n'a pas été suivie.

M. Perissino ajoute que cela résulte de la conjugaison de l'article 1^{er} et de l'article 2 tels que rédigés par le Conseil d'Etat.

Ce même commissaire demande que l'explication qui vient d'être donnée par M. Perissino soit actée et figure au rapport.

Un commissaire estime que la classification du Conseil d'Etat est plus logique que celle proposée par l'Exécutif, tel est le sens de son amendement.

M. Perissino indique que notre pays se trouve, comparé à l'étranger, dans une situation relativement privilégiée, quant aux activités de soins à domicile. En effet, nous ne sommes pas obligés de séparer le médical du social, à l'inverse de la France notamment, où toute initiative dans ce domaine a échoué.

Dès lors, nous avons tout lieu de nous réjouir de cet amalgame possible chez nous. De plus, sur le terrain, il constate que les services ne sont pas classés « logiquement ». Séparer arbitrairement les services aboutirait à mettre beaucoup de situations existantes en porte-à-faux avec le projet de décret.

M. le Ministre demande le rejet de cet amendement.

L'amendement de M. Winkel, mis aux voix, est rejeté par 6 voix contre 1 et 3 abstentions. L'article 2, mis aux voix, est adopté par 6 voix contre 1 et 3 abstentions.

Article 3

Amendement de M. Bertouille (voir annexe II, 1)

L'auteur de l'amendement souhaite que pour que ce qui concerne le « tiers payant », le Ministre suive l'avis émis par le Conseil d'Etat. En effet, la sécurité sociale, en ce compris la définition du système du tiers payant n'appartient pas au champ d'attribution de l'Exécutif, mais bien à celui de l'autorité nationale. Il propose donc de supprimer l'alinéa 2 de l'article 3.

Le Ministre insiste sur le fait que le « tiers payant » est une condition d'agrément ainsi que sur le fait que l'objectif prévu est d'éviter des déplacements à des patients pour remboursements auprès des mutuelles, alors que l'on propose une alternative à l'hospitalisation.

Le même commissaire insiste pour que le Ministre trouve une formule qui ne vise pas le

tiers payant. En effet, le projet de décret vise le tiers payant dans sa formule actuelle. Si celle-ci se modifie ou venait à disparaître, le projet de décret, tel que rédigé actuellement deviendrait impraticable.

M. Résimont comprend l'argumentation que ce commissaire interprète dans ce contexte précis. Néanmoins, il rappelle que lors de l'entretien entre l'Exécutif et l'auditeur du Conseil d'Etat, il avait été clairement entendu que le tiers payant était une condition d'agrément.

M. le Ministre admet l'argumentation mais fait remarquer que celle-ci serait valable pour beaucoup d'autres décrets. Il reste favorable au libellé actuel et n'est pas favorable au maintien de cet amendement.

Ce même commissaire marque son étonnement de ne pas voir le Ministre donner suite à l'avis du Conseil d'Etat. Il explique au Ministre qu'il s'expose, sur ce point précis, à un recours devant la Cour d'Arbitrage, ce qui aurait pour effet, d'en retarder l'exécution.

Il rappelle que l'on se trouve devant un décret-cadre et pour plus de stabilité propose au Ministre que le tiers payant soit une norme de l'arrêté d'exécution. Il retire son amendement et en propose un autre cosigné par Mme Delruelle (voir annexe II, 2) à savoir: de remplacer, à la dernière phrase de l'article 3 les termes du « tiers payant » par les termes « fixées par l'Exécutif ».

M. le Ministre marque son accord sur ce nouvel amendement.

Un commissaire insiste pour que figure au rapport les raisons évoquées pour opérer le changement « du tiers payant » par « fixées par l'Exécutif » afin d'éviter tous risques d'interprétation ultérieurs.

Un commissaire fait remarquer qu'il y aurait lieu de préciser le lieu à l'alinéa 1^{er} de l'article 3 à propos de l'expression « au sein d'un centre de coordination ». Est-ce une localisation de type administratif?

Un autre commissaire interroge à propos de l'alinéa premier dudit article et demande quelle est la raison pour laquelle aucun médecin ne peut exercer son art au sein d'un centre de coordination.

M. Résimont répond que c'est son activité de médecin qui est ici visée.

Un membre en tire la conclusion suivante: les médecins peuvent être administrateurs. Qu'en est-il alors, si dans la coordination huit médecins sont impliqués, dont six seulement sont administrateurs? Les deux autres ne risquent-ils pas d'être pénalisés?

M. le Ministre précise qu'il ne faut pas confondre l'art de la médecine avec l'art d'être un bon gestionnaire. Ce sont deux choses bien distinctes.

Un autre membre précise que le médecin ne peut installer son cabinet à côté de la coordination, ni en son sein.

M. le Président en conclut que les médecins peuvent pratiquer l'art d'être un bon gestionnaire mais ne peuvent travailler dans l'orbite de la coordination.

L'amendement déposé par M. Bertouille et Mme Delruelle, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des 9 membres présents.

L'article 3 tel qu'amendé, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des 9 membres présents.

Article 4

Amendement de M. Winkel (voir Annexe III, 2)

L'auteur de l'amendement ne comprend pas du tout la frontière qui est mise dans l'article 4 entre le secret médical et les données reprises aux fiches de coordination de l'alinéa 1^{er}. Comment s'assurer que ces dernières ne comporteront pas de secrets médicaux? Il donne l'exemple d'une personne diabétique pour justifier son amendement.

Le Ministre explique que les fiches de coordination ont pour seul but de rendre identifiable la personne bénéficiaire des services de la coordination du point de vue de l'aide médicale ou de l'aide sociale apportées et pour que celle-ci soit effectivement apportée. Ces fiches de coordination sont un outil de cohérence pour la division du travail et pour l'organisation de la prise en charge des patients. En aucun cas, il ne peut être question d'y inscrire l'état pathologique des bénéficiaires.

Un autre commissaire déclare qu'il n'y a rien de secret à y inscrire le nom des patients et des prestataires de soins. Ces fiches ne peuvent donner que des renseignements techniques.

Le Ministre précise que pourront y figurer des informations telles que le prêt de matériel, la fréquence des massages ...

Amendement de M. Bertouille (voir Annexe II, 3)

L'auteur de l'amendement remercie M. le Ministre de ses explications qui viennent conforter son amendement à propos des traite-

ments des données statistiques vis-à-vis desquelles une prudence de sioux s'impose.

M. le Ministre marque son accord sur le verrou supplémentaire que l'amendement de M. Bertouille apporte.

Un membre demande si la personne concernée par sa fiche y aura accès.

Le Ministre se demande si pour les patients cloués au lit, on devra leur apporter leur fiche à domicile.

Un autre membre estime que la personne concernée peut très bien participer à l'élaboration de sa fiche personnelle.

M. le Ministre se référant à la pratique quotidienne, constate que l'établissement de fiches est largement informatisé. De plus, celles-ci sont surtout des outils au service des bénéficiaires de la coordination et ne peuvent ni bafouer le secret médical, ni l'intimité des personnes qui en font l'objet.

Ce même membre fait remarquer que les fiches peuvent être très utiles lorsqu'il s'agit de connaître la personne à contacter.

Il fait remarquer qu'une personne âgée préférera, lorsqu'elle a plusieurs enfants, que l'on appelle X, plutôt qu'Y en cas de besoin.

Un commissaire comprend le souci de protection du secret médical mais fait remarquer que les fiches de coordination ont, en fait, une fonction interne dans l'organisation du centre.

L'amendement de M. Winkel, mis aux voix, est rejeté par 10 voix contre 1.

L'amendement de M. Bertouille, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des 10 membres présents.

L'article 4 tel qu'amendé, mis aux voix, est adopté par 9 voix contre 1.

Article 5

Un commissaire indique qu'à l'article 7 de l'avis du Conseil d'Etat relatif à l'article 5, ce dernier parle, « des données médicales concernant les patients quittant l'institution de soins ».

A qui ces données devront-elles être confiées ? A un médecin ou à un employé ?

M. le Ministre répond que lorsqu'il s'agit d'une information médicale, celle-ci devra être transmise à un médecin, par contre, lorsqu'il s'agit d'une information de « gestion », c'est-à-dire qui implique directement la prise en charge du patient, celle-ci pourra être transmise à un simple employé du centre de coordination.

L'article 5, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des 8 membres présents.

Article 6

Amendement de M. Winkel (voir Annexe III, 3)

Un membre demande ce qu'il faut entendre par « zone géographique ». Cette dernière correspond-elle à la « zone de garde » ? Pour Charleroi par exemple, cette zone de garde comprend pour partie, la ville de Charleroi et pour l'autre partie, une zone externe à la ville elle-même.

M. le Ministre insiste sur le fait que la zone géographique correspond à l'étendue de la zone couverte par un hôpital. Avec le temps, il n'exclut pas, qu'après avis de la commission d'évaluation, on devra procéder à un « redécoupage » des différentes zones desservies.

Un autre membre constate que la zone géographique est proposée par le centre de coordination en vue de son agrément par le Ministre.

Un commissaire pose la question de savoir, s'il est possible que plusieurs centres de coordination soient agréés dans une même zone géographique.

M. le Ministre répond affirmativement. Il constate que la base de référence pour déterminer la zone géographique, à savoir, une zone par secteur hospitalier, a été dictée par la prudence.

L'auteur de l'amendement demande quelles raisons ont été à l'origine de la limitation à un « tiers » des membres du Conseil d'administration du centre de coordination devant exercer dans la zone géographique du centre, leurs activités professionnelles. Il fait remarquer que trop souvent les Conseils d'administration de pareilles ASBL sont constitués avec des personnes de pure complaisance. Pourquoi ne pas prévoir une augmentation de la représentation à la moitié du Conseil d'administration ? Il insiste sur la compétence nécessaire des membres du Conseil d'administration pour bien gérer de telles initiatives.

M. Perissino constate qu'initialement, l'Exécutif a pensé également à la moitié de la représentation. Par la suite, il s'est avéré que sur le terrain, il n'était pas si évident de trouver des personnes compétentes dans ce domaine. Dès lors, le tiers a été admis comme une garantie minimum offerte aux personnes afin de ne pas bloquer des initiatives.

Un commissaire fait observer que l'article parle « d'un tiers au moins » et n'empêche donc pas que ce soit la moitié.

M. le Ministre précise que par « exerçant une activité professionnelle », il faut bien sûr, entendre les personnes qui exercent leur activité professionnelle dans les centres.

Un autre commissaire estime que si au moins un tiers des administrateurs remplissent les conditions prévues à l'article 6, les deux autres tiers peuvent être sans qualification professionnelle.

L'amendement de M. Winkel, mis aux voix, est rejeté par 7 contre 1.

L'article 6, mis aux voix, est adopté par 8 voix et 1 abstention.

Article 7

Amendement de M. Bertouille (voir Annexe II, 4)

L'auteur de l'amendement rappelle l'avis du Conseil d'Etat et constate que cet article tel que rédigé est superfétatoire. Il insiste sur le caractère subsidiaire de son amendement. En effet, celui-ci donne au Ministre les armes nécessaires pour intervenir sur le plan administratif, sans préjudice, évidemment, de l'article 458 du Code pénal.

Le Ministre accepte l'amendement subsidiaire, qu'il conçoit comme un verrou supplémentaire.

Un autre commissaire estime que cet amendement subsidiaire est non seulement superfétatoire mais également dangereux.

Un membre estime nécessaire de prévoir des mesures disciplinaires, évidemment sans préjudice de l'article 458 du Code pénal. Il retire son amendement principal.

L'amendement de M. Bertouille, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des 8 membres présents.

L'article 7 tel qu'amendé, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des 8 membres présents.

Article 8

Il n'appelle ni remarques ni questions. L'article 8, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des 8 membres présents.

Article 9

Amendement de M. Winkel (voir annexe III, 4)

L'auteur de l'amendement insiste sur le fait que quant au choix des personnes composant la commission d'agrément, il s'oppose à des nominations partisans.

Le deuxième point de son amendement vise à supprimer les 4 représentants de l'Exécutif, car, les représentants des Ministres sont d'office de la même couleur politique que le Ministre. De plus, il s'étonne que le représentant du Ministre national ait un droit de vote.

M. le Ministre déclare qu'il faut garantir la représentation, à la fois, du Ministre des Affaires sociales, et celle du Ministre de la Santé, et ne pas préjuger de la manière dont les compétences seront, à l'avenir, réparties entre les différents membres de l'Exécutif communautaire. Seul le Ministre Urbain a eu par le passé, tout comme lui, ces compétences réunies. Il est difficile de mettre dans un décret que les personnes seront choisies pour leur compétence professionnelle et non leurs affinités politiques. Il demande qu'on maintienne, pour des raisons d'opportunité budgétaire, le droit de vote au représentant du Ministre national.

Amendement de M. Bertouille (voir annexe II, 5)

L'auteur de l'amendement s'il se déclare favorable sur les critères retenus, fait néanmoins remarquer qu'il est dangereux de prévoir une composition de membres paire. En effet, si au vote, sur 16 membres, 8 membres votent pour, et 8 contre, dans ce cas la proposition sera rejetée. Il constate que l'article ne fait pas état de la désignation d'un Président par les membres. Il signale que si son amendement n'est pas accepté, il faudra le reprendre dans l'arrêté d'exécution.

M. le Ministre indique que le contenu de l'amendement présenté par M. Bertouille sera pris dans le cadre d'un arrêté d'exécution.

Un auteur déclare qu'il retire son amendement suite aux déclarations du Ministre.

Un autre auteur déclare qu'il retire le point 4 de son amendement.

L'amendement de M. Winkel, mis aux voix, est rejeté par 7 voix contre 1.

L'article 9, mis aux voix, est adopté par 7 voix contre 1.

Article 10

Amendement de M. Bertouille (voir annexe II, 6)

L'auteur de l'amendement constate que son amendement vise à combler une lacune. En effet, aucun délai n'est imposé à la commission d'agrément pour émettre son avis. Il propose 1 mois mais ne s'opposerait pas à tout autre délai.

M. le Ministre propose de remplacer dans le texte de cet amendement « 1 mois » par « 3 mois ».

L'auteur de l'amendement initial propose un sous-amendement portant le délai de 1 à 3 mois.

Amendement de M. Winkel (voir annexe III, 5)

L'auteur de l'amendement constate que le Ministre n'est pas obligé de suivre l'avis de la commission d'agrément. Dès lors, il propose par son amendement que le Ministre vienne expliquer devant cette commission le ou les motifs pour lesquels il n'a pas suivi ledit avis.

M. le Ministre déclare qu'il comprend un certain discours qui tend à valoriser le pouvoir législatif par rapport au pouvoir exécutif. Néanmoins, il estime qu'il faut donner à l'Exécutif la pleine valeur de sa décision et la pleine responsabilité de cette dernière.

Un commissaire fait remarquer à l'auteur de l'amendement qu'il s'agit d'un arrêté de l'Exécutif qui dès lors, peut faire l'objet d'un recours devant le Conseil d'Etat. De plus, le pouvoir législatif peut toujours interpeller l'Exécutif et le cas échéant, pourvoir au remplacement de son membre défaillant.

L'amendement de M. Winkel, mis aux voix, est rejeté par 7 voix contre 1.

L'amendement de M. Bertouille sous-amendé, mis aux voix, est adopté à l'unanimité des 8 membres présents.

L'article 10 tel qu'amendé, mis aux voix, est adopté par 7 voix contre 1.

Article 11

L'article 11, est adopté sans observations, à l'unanimité des 8 membres présents.

Article 12

Amendement de M. Bertouille (voir annexe II, 7)

L'auteur de l'amendement le retire, vu les explications données par le Ministre dans le cadre de la discussion générale.

L'article 12, mis aux voix, est adopté par 7 voix et 1 abstention.

VOTE SUR L'ENSEMBLE DU PROJET

L'ensemble du projet, tel qu'amendé, a ensuite été adopté par 7 voix et 1 abstention.

La commission a procédé à la lecture et à l'approbation du présent rapport lors de sa réunion du mercredi 17 mai 1989; il a été approuvé à l'unanimité des 9 membres présents.

Le Rapporteur,
J. SANTKIN.

Le Président,
Ph. MONFILS.

ANNEXE I

Annexe I, 1

Associations subsidiées au budget 1988 « Soins à domicile » Art. 12.41, section 53 Communauté française

Assoc. « arr. 50 »			
CSD Liège	4020 Liège, av. de Jupille	19	12.41
CSD Luxembourg	6900 Saint-Hubert, pl. de la Mutualité	1	12.41
GMS Liège-Est	4020 Liège, r. de Vennes	167	12.41
SAD Esneux-Tilff	4050 Esneux-Tilff, av. Laboulle	59	12.41
A. Coord. à Dom.	4000 Liège, r. Ste Walburge	244	12.41
SES Châtelier	6071 Châtelier, r. du Rempart	27	12.41
Namur Assistance	5000 Namur, r. Chât. d. Balances	70	12.41
SAD Courcelles	6180 Courcelles, r. A. Carnières	121	12.41
SES Centre	7490 Braine-le-Comte, av. de la Houssière	62	12.41
SAD Tournai	7500 Tournai, bd du Roi Albert	25	12.41
SAD Charleroi	6000 Charleroi, pl. du Manège		12.41
CSSD Namur	5000 Namur, r. Bruno	16	12.41
SACODO	4890 Malmedy, r. Prince Abbé	16	12.41
SAD Est-Brabant	5900 Jodoigne, Château Pastur		12.41
CCMS	5980 Grez-Doiceau, r. du Stampia	17	12.41
SAD Tubize	1360 Tubize, av. de Scandiano	8	12.41
S. Coord. dom. E.S.	1440 Braine-le-Château, r. de la Station	13	12.41
Guidance et Santé	4410 Vottem, r. Vert-Vinâve	60	12.41
CPAS Enghien pp.	1390 Enghien, rue d'Hove	109	12.41
Neupré Santé	4108 Neupré, rue des Moges	62	12.41
C. Info Sanitaires	4430 Alleur, r. G. Truffaut	37	12.41
CES Enghien	1390 Enghien, r. St-Quentin	5	12.41

Associations subsidiées au budget 1988 « Soins à domicile et Centres de Santé » Art. 01.06, section 31 Bicommunautaire

CSD Bruxelles	1060 Bruxelles, r. St-Bernard	43	1.06
Féd. M. Médicales	1190 Bruxelles, chée de Bruxelles	47	1.06
Télé-Secours	1000 Bruxelles, r. du Boulet	24	1.06
MM de Forest	1190 Bruxelles, chée de Bruxelles	47	1.06
III Millénaire	1050 Ixelles, r. Malibran	53	1.06
CS Le Goeland	1180 Bruxelles, av. Coghén	91	1.06
MM. Essegheem	1090 Bruxelles, r. Jules Lahaye	169	1.06
Gr. Santé Maelbeek	1040 Bruxelles, r. de Theux	51	1.06
GGNO	1090 Bruxelles, av. Rommelaere	177	1.06

Annexe I, 2

Note à monsieur Charles Picqué
Ministre des Affaires sociales et de la Santé de la Communauté française

Via monsieur A.M. Hermanus
Secrétaire général

Arrêté de l'Exécutif de la Communauté française
du 2 juillet 1987

Comme suite à la note de cabinet du 4 mai 1988 et à ma note du 30 mai 1988, j'informe Monsieur le Ministre du résultat de l'examen par mes services des activités des treize asbl liées par convention avec la Communauté française (date de signature entre parenthèses).

1. SAD Bastogne
Rue du Neufchâteau 53
6650 Bastogne
(21.12.87)

L'association a été fondée le 30 novembre 1987 par six professionnels de la santé et de l'assistance, dont deux médecins.

Les intentions proclamées n'ont guère été suivies d'effets concrets et l'association ne paraît pas devoir être prolongée. Elle demande néanmoins que les quelques fonds engagés, modiques (il n'y a pas eu d'engagement de personnel), soient néanmoins couverts par une intervention de la Communauté française, dans le cadre de la convention (art. 4).

Formellement, les statuts et buts de l'association étaient conformes à la convention.

2. SAD Tubize
Avenue de Scandiano 8
1360 Tubize
(8.12.87)

SAD Tubize fut l'une des premières associations de soins à domicile à se conformer strictement à l'esprit et à la lettre de la convention: administration par un collège conforme, définition de l'entité géographique (près de 20 000 habitants), signature de conventions particulières avec les intervenants, dont la majorité des médecins généralistes du grand Tubize, ouverture à d'autres prestataires de soins (liberté de choix). SAD Tubize a fait parvenir à mes services un rapport d'activité très complet.

Une coordinatrice, licenciée en sciences hospitalières, a été engagée le 1^{er} février (contrat à durée déterminée, échéance le 31.12.88, à temps réduit: 30 h/semaine). Les statistiques font état de différents types de coordination: ponctuelle (82 cas depuis février), globale (27 cas). Outre le bureau permanent et

les réunions mensuelles, l'association organise aussi des séances d'information (journée porte ouverte, rencontres) et de formation (sur le thème de l'incontinence urinaire, par ex.).

Une permanence téléphonique est assurée 24 heures sur 24, avec l'appui d'un répondeur.

3. CECOSAD
Bd du Roi Albert 25
7500 Tournai
(14.12.1987)

Cette association vient de réellement démarrer. Au moment de la signature de la convention, mes services regrettaient l'absence d'une réelle mise en œuvre de la mission de coordination. Mais ici comme dans d'autres cas, l'installation était tributaire de garanties financières, que la signature de la convention, ainsi que des assurances de notre part, allaient finalement pouvoir fournir. Une difficulté que cette association a rencontrée, comme d'autres aussi encore, est la motivation individuelle, personnelle, des médecins qui ne sont représentés que par le biais de leur association, hormis une douzaine d'entre eux (l'association, elle, représente la majorité des médecins de la ville) formant plus d'un tiers du collège d'administration.

Un coordinateur responsable de la permanence téléphonique (assurée 24 heures sur 24, grâce à l'appui d'un répondeur) de la motivation et de la collaboration des différents intervenants, a été engagé sous contrat mi-temps (20 h/semaine — durée indéterminée à la mi-avril). Depuis le 15 mai, début réel de l'entreprise, quatre cas avaient été traités au 21 mai. (NB: le coordinateur est licencié en éducation physique.) (Une population de 67 000 habitants est concernée.)

4. SACODO
Rue Prince Abbé 16
4890 Malmedy
(14.12.87)

Association créée en août 87, SACODO a conclu avec les intervenants, dont la majorité des médecins de la région, des conventions particulières les liant aux activités et aux objectifs de l'organisation.

Située en milieu rural à faible population et à grande étendue, (la Wallonie malmédienne, 15 000 habitants), elle a été fondée dans une claire conscience des besoins existants (vieillesse de la population, restructuration hospitalière). Néanmoins, et dans l'attente des crédits prévus par l'article 4, l'association a tardé à démarrer, exposée à des problèmes de financement, et cela malgré l'existence d'une idée précise de la fonction de coordination. Finalement, une coordinatrice, assistante sociale, a été engagée le 1^{er} mars 1988, pour une durée d'un an (19 h/semaine). Après la constitution d'un bottin social, la mission est devenue effective à la mi-avril et, en l'espace d'un mois, neuf dossiers avaient été ouverts (à la mi-mai).

Une permanence téléphonique est assurée 24 heures sur 24, avec l'appui d'un répondeur automatique.

5. Soins à domicile
Rue Antoine Carnière 12
6180 Courcelles
(14.12.87)

Fondée le 14 octobre 1987, cette asbl a été constituée par dix-sept associés, dont six médecins, qui forment aussi le collège d'administration.

Elle couvre le grand Courcelles, soit une entité de quelque 31 000 habitants. Ici aussi, les médecins sont représentés par le biais de l'association des généralistes du lieu.

Une coordinatrice, infirmière graduée A1, a été engagée à temps plein pour une durée déterminée, du 1^{er} mai au 31 décembre 88. Une permanence téléphonique fonctionne durant les heures de prestation de la coordinatrice (en son absence le contact est assuré par un bureau du CPAS). Un répondeur téléphonique devrait être mis en service sous peu.

L'association fonctionne depuis début mai, et, grâce notamment à la publicité accordée au développement de l'initiative, vingt-quatre cas, dont de nombreux cas « lourds » ont déjà été pris en charge depuis lors (au 3 juin 88). L'initiative courcelloise paraît connaître un début d'activité très prometteur parce que répondant aux besoins réels de la population et parce que étant animée d'un grand dynamisme.

6. Soins coordonnés à domicile et éducation sanitaire,
Rue de la Station 13
1440 Braine-le-Château
(14.12.87)

Cette association a été fondée en novembre 1977 déjà. Comme ses activités recoupent la mission que les conventions privilégient, elle a émergé, dès le début, à la liste des associations bénéficiaires.

Elle opère sur la totalité des territoires de Braine-le-Château et Wauthier Braine et une partie de ceux d'Iltre, Haut-Iltre et Clabecq, soit une population de quelque 10 000 habitants.

Une permanence téléphonique est assurée de 8 h 30 à 17 h 30 et jusqu'à 21 h par déviation vers la Croix Jaune et Blanche.

Madame François, secrétaire, est coordinatrice depuis septembre 1977, à raison actuellement de 6 h/jour.

Depuis janvier 1988, une trentaine de cas, dont cinq lourds, ont été pris en charge. Le Service d'Etudes socio-économiques de la santé de l'UCL avait, dans un rapport au ministre de la Communauté française (1982), mis en évidence une diminution de 22 p.c. des hospitalisations dans le secteur couvert par l'asbl, diminution liée à ses activités et à sa structure souple.

7. Tilff-Esneux Santé (TES)
Av. Laboulle 59
4050 Esneux
(14.12.87)

L'association est gérée par un collège d'administration de quinze membres. L'entité géographique de TES (Esneux, Hony, Mery, Tilff) compte plus de douze mille habitants et ses activités s'étendent aux communes limitrophes, si la demande existe.

Une permanence téléphonique est assurée 24 heures sur 24, avec l'appui des services de garde médicale.

Deux coordinatrices ont été engagées à mi-temps et pour une durée indéterminée, l'une, employée, le 1^{er} mars, la seconde, assistante sociale, en début mai. Au 1^{er} juin, 48 demandes effectives avaient été comptabilisées, dont 5 cas de maintien à domicile (plus: demandes de renseignement, de location de matériel sanitaire, de prestations infirmières, de déplacement, de kinésithérapie et de repas, d'hommes à tout faire et d'aides familiales). Interviennent dans l'association, outre les intervenants obligatoires (art. 2, 3^o), les prestataires de soins et les services propres à vivifier la structure médicale, paramédicale et sociale favorable à l'assistance et l'organisation des soins au patient à son domicile. L'association paraît maintenant bien installée et bénéficier de la publicité faite sur le plan local autour de ses activités.

- 8) NAMUR ASSISTANCE
Rue Château des Balances, 70 bte 12
5000 NAMUR
(14.12.1987)

Namur Assistance a été créée en 1983, à l'initiative du Docteur Vandermeeren et de M. Bogacrt, actuel coordinateur, éducateur social de formation. D'emblée Namur Assistance a travaillé sur deux axes: complémentarité aux services existants et coordination de services.

A la faveur de la signature de la convention avec la Communauté française, l'association (qui dès le départ remplit toutes les conditions imposées par ladite convention) a engagé une permanente depuis début mai 1988. Employée (contrat à mi-temps, durée déterminée jusque fin novembre) elle seconde le coordinateur (sous contrat TCT à durée indéterminée) sur un territoire très étendu et peuplé d'une centaine de milliers d'habitants (Namur).

La structure de communication est fondée sur l'existence d'un bureau (local prêté par la ville) et d'un secrétariat (une personne y prend bénévolement les appels à son domicile) et la mise en place d'un véritable réseau de communication entre ces deux endroits et le coordinateur, par l'intermédiaire d'un dispatching assuré aussi par un collaborateur bénévole. Ainsi sont atteintes les conditions optimales préalables au bon fonctionnement. Depuis le 15 janvier, une quarantaine de patients ont bénéficié des efforts d'une coordination modèle par sa conceptualisation, son pragmatisme et son caractère global (soins, aide sociale, combat du processus d'entrée en dépendance des personnes âgées, informations sanitaires, prochainement utilisation d'alarmes téléphoniques).

L'association s'est aussi donné comme objectif de sensibiliser davantage, et autant que faire se peut, les médecins de l'entité, qui collaborent pour la plupart par le biais de leur association professionnelle.

- 9) Aide Coordonnée à Domicile
Liège Ste Walburge a.s.b.l.
244, rue Ste Walburge,
4000 LIEGE
(14.12.1987)

Cette association, fondée en 1985, a, dès le départ, choisi comme objectif principal la coordination de l'action des intervenants dans l'organisation des soins à domicile, son objectif secondaire étant l'utilisation de ce réseau pour promouvoir la médecine préventive.

Le quartier de Ste Walburge, délimité, compte une population de 53 000 personnes dont la majorité appartient à des couches sociales défavorisées.

L'association édite un trimestriel et participe activement à des travaux de recherche et de réflexion.

Deux coordinatrices, assistantes sociales, ont été engagées sous contrat à durée déterminée, de la mi-février à la mi-décembre, l'une à mi-temps, l'autre (retraîtée) à 1/8 temps.

La permanence téléphonique est assurée 24 heures sur 24 avec l'appui d'un Centre médical. Tous les intervenants obligatoires collaborent à l'association mais peu de preuves ont été fournies.

Depuis janvier, 65 cas ont été traités, dont une trentaine de « lourds ».

- 10) Groupe Médico-Social de Liège-Est
Rue des Vennes, 167
4020 LIEGE
(14.12.1987)

Cette association fonctionne depuis trois ans, sur un territoire qui couvre toute la rive droite de la Meuse de Liège-Ville (près de soixante mille habitants). Elle rassemble tous les intervenants nécessaires par une convention explicite. Deux coordinatrices ont été engagées de février à la mi-décembre. L'une est infirmière et licenciée en science sanitaires (mi-temps) et l'autre est assistante sociale (1/8 temps) et cumule ses fonctions avec des prestations identiques (1/8 temps) dans l'association précédente. Une permanence téléphonique est assurée. Une vingtaine de dossiers ont été ouverts depuis le début de l'année.

- 11) Comité de Coordination Médico-Social
Rue du Stampia, 17
5980 GREZ-DOICEAU
(14.12.1987)

Cette association existe depuis 1982 et couvre les entités de Grez-Doiceau et Beauvechain, près de 15 000 habitants. Les intervenants sont liés par des conventions explicites. Une permanence téléphonique est assurée de jour. Deux coordinateurs ont été engagés (deux assistants sociaux), l'un à mi-temps, du 1^{er} mars à la fin décembre, l'autre à quart-temps, du 1^{er} avril à fin décembre. La mission de coordination est bien comprise et va de dépannages quotidiens et ponctuels à des rencontres avec les prestataires de soins et les services sociaux, en passant par la coordination proprement dite de prestataires de soins et de services sociaux, 31 dossiers de ce type ayant été ouverts depuis le début de l'année, les patients étant surtout des personnes isolées et âgées.

- 12) SADEB
Château Pastur
5900 JODOIGNE
(14 décembre 1987)

Cette association a été créée en fin d'année passée. Collaborant avec la précédente, elle est rapidement devenue opérationnelle et a engagé une coordinatrice employée, le 15 février

(contrat mi-temps, jusqu'au 15 décembre). Une permanence téléphonique est assurée de jour et un répondeur en fonction la nuit. L'association remplit toutes les conditions imposées, y compris la signature de conventions explicites avec les intervenants. Couvrant quatre entités de l'est du Brabant (Jodoigne, Hélicine, Orp-Jauche et Ramilies, population semi-rurale de 23 000 habitants), l'association se heurte encore à des réserves locales. Néanmoins, une trentaine de cas ont été traités depuis début mars, dont une vingtaine de mi-mai à mi-juin (progression constante).

13) Service de Coordination des Soins à Domicile de la Ville de Charleroi,
Hôtel de Ville, Place du Manège
6000 CHARLEROI
(14.12.1987)

Ce projet avait aussi précédé l'initiative de M. Bertouille et l'association fonctionne déjà à un rythme tout à fait opérationnel depuis la signature de la convention, dont les conditions sont évidemment respectées, sauf la preuve explicite de la collaboration des intervenants (qui figurent néanmoins dans l'association).

Le rapport d'activité transmis, ainsi que la publicité accordée par la presse à l'initiative, donnent une idée tout à fait positive et encourageante des activités de l'association, qui couvrent un territoire de plus de deux cent mille habitants. Une permanence téléphonique de jour est en passe d'être prolongée de nuit. Des banques de données ont été constituées à l'usage des intervenants. Les statistiques (du 1.1.88 au 31.5.88) font état de 84 appels ponctuels et 24 cas de coordination, mais selon des critères propres, étayés et sévères. M. Decuyper, coordinateur, est infirmier. Il est sous contrat à durée déterminée (prochaine échéance: 31 août), renouvelable tous les 6 mois, «cédé» par le CPAS de la ville au service de coordination.

En conclusion, et hormis SAD Bastogne, les différentes associations de soins à domicile conventionnées fonctionnent bien, à des degrés d'avancement divers. Certaines prolongent ainsi leurs activités passées, au départ d'avantage de type social (Braine-le-Château, Namur Assistance, Liège Ste Walburge, Liège-Est, Grez-Doiceau, Charleroi). Les autres se sont constituées en fin d'année dernière.

Leurs missions de coordination concernent, globalement et théoriquement, une population de plus de 600 000 personnes en région wallonne de la Communauté française.

Il semble que la difficulté principale rencontrée par les associations vient du manque de motivation de certains médecins, alors que la convention, justement, leur octroie un rôle de premier plan dans l'initiative de soigner et d'hospitaliser à domicile. On touche là l'aspect paradoxal de l'entreprise mise sur pied par la législation de 1987, alors que partout, en revanche, se rencontrent le même enthousiasme et la même préoccupation d'organiser, de coordonner et d'informer les interventions en faveur de patients qui préfèrent l'hospitalisation à domicile ou qui doivent renoncer à l'hospitalisation en institution mais pour qui l'âge ou l'isolement, et souvent les deux facteurs conjugués, constituent un obstacle insurmontable, sinon avec l'aide de services qualifiés et certains de pouvoir continuer leur mission.

Enfin, dès que le service d'Inspection médicale aura fait parvenir ses conclusions à mes services, j'en informerai aussitôt monsieur le Ministre.

Le Directeur général f.f.,
Dr. P. DRUMAUX

Annexe II, 1

Amendement à l'article 3 déposé par M. Bertouille

Supprimer l'alinéa 2 de l'article 3

Justification

Comme l'a souligné le Conseil d'Etat, la sécurité sociale, en ce compris la définition du système du tiers payant, n'appartient pas au champ d'attributions de l'Exécutif, mais de l'autorité nationale.

Annexe II, 2

Amendement déposé à l'article 3 par M. Bertouille et Mme Delruelle

Remplacer «du tiers payant» par «fixées par l'Exécutif».

Annexe II, 3

Amendement à l'article 4 déposé par M. Bertouille

A l'article 4, alinéa 5, ajouter la phrase :

« Ces statistiques ne peuvent être communiquées que de manière anonyme à l'administration ou à des institutions qui offrent les mêmes garanties de confidentialité. »

Justification

Il convient d'éviter que des statistiques circulent dans toute une série de cercles sans contrôle.

Annexe II, 4

Amendement à l'article 7 déposé par M. Bertouille

A titre principal : supprimer l'article.

A titre subsidiaire, ajouter un 2^e alinéa libellé comme suit :

« Si à l'issue d'une enquête administrative, une infraction est établie en ce qui concerne la violation du secret professionnel, des sanctions disciplinaires seront prises. »

Justification

L'incrimination inscrite en creux dans cet article est la violation du secret professionnel — si elle n'est pas assortie d'une peine, il y a lieu de l'omettre car cela ne sert à rien.

Dans le cas contraire, il faut la préciser.

Annexe II, 5

Amendement à l'article 9 déposé par M. Bertouille

Ajouter une phrase au 2^e alinéa de l'article 9 :

« Le Président de la commission d'agrément est désigné par les membres; parmi ceux-ci le Président ne peut être un représentant des Ministres ou des directions générales des ministères. »

Justification

Il faut que la présidence soit exercée de manière autonome.

Annexe II, 6

Amendement à l'article 10 déposé par M. Bertouille

Ajouter la phrase suivante à l'article 10, alinéa 3 :

« L'avis est rendu dans le mois sans quoi il est réputé favorable. »

Sous-amendement de M. Bertouille

« L'avis est rendu dans les 3 mois sans quoi il est réputé favorable. »

Justification

Il y a lieu d'éviter l'enlisement et l'arriéré au niveau de cette commission.

Annexe II, 7

Amendement à l'article 12 déposé par M. Bertouille

A titre principal : supprimer cet article.

Justification

La création de commissions est une maladie endémique de l'Exécutif. Il faut saisir toute occasion de freiner cette tendance à l'encommissionnement des dossiers !

En outre, les frais de fonctionnement de ces commissions parasites limitent les moyens d'action de l'Exécutif.

A titre subsidiaire, remplacer le texte par :

« L'Exécutif ... charge la commission d'agrément d'évaluer l'activité des centres ... à domicile, cette commission établit... »

Annexe III, 1

Amendement à l'article 2 déposé par M. Winkel

Supprimer le 2^e alinéa et le remplacer par :

2. Trois services au moins parmi :

- la kinésithérapie
- les soins dentaires
- l'ergothérapie
- la logopédie
- la psychologie
- la pédicure
- la diététique

et deux services au moins parmi :

- la biotélévigilance
- le prêt de matériel
- l'aménagement des locaux
- la distribution des repas à domicile.

Justification

Pour la lisibilité de cet article, il y a intérêt à séparer les soins dispensés par des professionnels, des services administratifs et techniques.

De plus, il faut ajouter à cette liste, la psychologie et la diététique, vu leur importance actuelle.

Enfin, exiger cinq services au lieu de quatre.

Annexe III, 2

Amendement à l'article 4 déposé par M. Winkel

Ajouter à la fin du 1^{er} alinéa, après « l'activité », « et évidemment à la personne prise en charge ».

Justification

La personne concernée devrait à tout moment pouvoir vérifier le respect du secret médical sur sa fiche de coordination.

Annexe III, 3

Amendement à l'article 6 déposé par M. Winkel

Remplacer les mots « un tiers au moins » par les mots « la moitié au moins ».

Justification

Dans ce genre d'ASBL, il y a souvent trop peu de personnes compétentes en matière de services et soins à domicile qui siègent dans les conseils d'administration.

Annexe III, 4

Amendement à l'article 9 déposé par M. Winkel

1. Supprimer la 2^e phrase et la remplacer par :

« La commission d'agrément doit tenir compte plus des qualités professionnelles que des affinités politiques. Elle est composée selon les critères suivants : »

Justification

Il est bon de remettre 100 fois le métier sur l'ouvrage en espérant qu'un jour les qualités professionnelles primeront sur l'appartenance à une famille politique !

2. Supprimer les phrases des 5^e et 6^e tirets et remplacer par « — un représentant du Ministre qui a la santé et les affaires sociales dans ses attributions ; »

3. Supprimer les phrases des 7^e et 8^e tirets et remplacer par « — un représentant de la direction générale de la Santé et des Affaires sociales de la Communauté française »

4. Supprimer la phrase du 9^e tiret et remplacer par « — un représentant du Ministre des Affaires sociales au niveau national qui n'a pas de voix délibérative ».

Annexe III, 5

Amendement à l'article 10 déposé par M. Winkel

Supprimer le 2^e alinéa et le remplacer par :

« La décision de l'Exécutif doit être motivée lorsqu'elle rejette une demande.

Lorsque l'Exécutif ne suit pas l'avis de la commission d'agrément, il doit faire inscrire ce

point à l'ordre du jour de la Commission de la Santé, des Affaires sociales et de la Protection de la Jeunesse de la Communauté française qui devra en débattre. C'est seulement après ce débat que l'Exécutif pourra prendre une décision finale. »

Justification

Si l'Exécutif peut sans problème contredire l'avis de la commission d'agrément, il n'y a aucun intérêt à maintenir cette commission. C'est pourquoi, il faut introduire une procédure d'appel qui impose à l'Exécutif un débat contradictoire en Commission de la Communauté française, lorsqu'il y a divergences d'avis.

TEXTE ADOPTE PAR LA COMMISSION

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.

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 biotélégilance;
- 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'assurance maladie-invalidité ou du Fonds national de reclassement social pour handicapés sont facturées selon les modalités fixées par l'Exécutif.

Art. 4

Le centre tient à jour une fiche de coordination pour chaque personne prise en charge. Cette fiche est accessible aux personnes dispensant les soins et services dont le centre coordonne 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 réunions 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 nécessaires 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. Ces statistiques ne peuvent être communiquées que de manière anonyme à l'administration ou à des institutions qui offrent les mêmes garanties de confidentialité.

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 transfert 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.

Si à l'issue d'une enquête administrative, une infraction est établie en ce qui concerne la violation du secret professionnel, des sanctions disciplinaires seront prises.

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'avis est rendu dans les 3 mois sans quoi il est réputé favorable.

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.