



CONSEIL DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 1985-1986

20 MAI 1986

PROJET DE DECRET

ABROGEANT LE DECRET DU 8 JUILLET 1983
VISANT A LA SUBSIDIATION DES ACTIVITES
EXERCEES PAR LES CENTRES DE SANTE INTEGRES (1)

RAPPORT

PRESENTE AU NOM DE LA COMMISSION
DE LA SANTE ET DES SPORTS
PAR M. P. LENFANT

(1) Voir Doc. Conseil 21 (1985-1986) - N° 1.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre commission de la Santé et des Sports a procédé au cours de ses réunions du 24 avril et du 6 mai 1986 à l'examen du projet de décret abrogeant le décret du 8 juillet 1983 visant à la subsidiation des activités exercées par les centres de santé intégrés (1).

À l'ouverture de la première réunion, la commission a entendu un exposé du ministre de la Santé et de l'Enseignement qui a présenté le projet de décret.

I. — EXPOSE DU MINISTRE

Le décret visant à la subsidiation des activités exercées par les centres de santé intégrés a été adopté par le Conseil de la Communauté française en sa séance du 29 juin 1983, promulgué et sanctionné par l'Exécutif de la Communauté française le 8 juillet 1983 et publié au *Moniteur belge* le 13 août 1983.

Ce décret a pour objet de définir les centres de santé intégrés, c'est-à-dire des associations sans but lucratif ainsi que des institutions créées par une ou plusieurs personnes de droit public dont l'objet social est la dispensation, au niveau de l'échelon médico-social de premier recours, de soins globaux intégrés et continus. Il vise à permettre à ces centres de dispenser des soins globaux, intégrés et continus. Ces centres de santé couvriraient les domaines curatif, préventif et d'éducation à la santé.

En sa séance du 23 janvier 1986, l'Exécutif de la Communauté française a adopté le texte d'un avant-projet de décret abrogeant le décret du 8 juillet 1983 visant à la subsidiation des activités exercées par ces centres de santé intégrés. L'Exécutif réalisait ainsi un point majeur de sa déclaration de politique générale prononcée devant le Conseil de la Communauté française en sa séance du 14 janvier 1986. Il y était

(1) Ont participé aux travaux de la commission :

Mme Hanquet (président), MM. A. Antoine, Bataille, Biefnot (en remplacement de Mme Burgeon), Brisart, Mme Burgeon, M. Degroeve, Mme Detaille, MM. Detremmerie, Donnay, Gevenois, Mme Godinache, MM. Kubla, Lagasse, Lestienne, Moureaux (en remplacement de M. Urbain), Neven, Perdiu, Petitjean, Vaes (en remplacement de M. Brisart), Vandenhautte, Wintgens et Lenfant (rapporteur).

Ont assisté aux travaux de la commission :

Mme Spaak, membre du Conseil; M. Bertouille, ministre de la Santé et de l'Enseignement de la Communauté française; Mme Lenoir, représentant M. Ph. Monfils, ministre-président de l'Exécutif; M. Lienardy, directeur de cabinet de M. Bertouille; Mme Deneve du cabinet de M. Bertouille; M. Dujardin, expert du groupe PS; M. Biname, expert du groupe PSC; M. Morel, expert du groupe FDF-Ecolo.

dit notamment : « L'Exécutif proposera de respecter le principe de la libre concurrence et d'abroger le décret relatif au subventionnement des centres de santé intégrés. » Je vous rappelle que cette déclaration a été approuvée par le Conseil en sa séance du 14 janvier 1986.

1. Elaboration du décret du 8 juillet 1983

Le décret du 8 juillet 1983 trouve son origine dans la déclaration du précédent Exécutif de la Communauté française du 19 janvier 1982, voulant permettre des expériences d'organisation d'une médecine de groupe et de centres de santé intégrés.

La proposition de décret visant à la subsidiation des activités exercées par les centres de santé intégrés a été déposée par M. J.-J. Delhayé et consorts le 3 février 1983.

1.1. Travaux en commission

La commission de la Santé et des Sports du Conseil a examiné cette proposition au cours de ses réunions des 19 avril, 19 mai et 31 mai 1983.

Quatre arguments ont été opposés à cette proposition de décret, dès le début des débats :

1. La définition des CSI n'est pas assez précise et ouvre la voie à une politisation et une socialisation des soins;
2. S'il est exact que l'INAMI rembourse principalement des soins curatifs, certains remboursements couvrent aussi des soins préventifs (exemple : la femme enceinte);
3. La subsidiation des CSI occasionnerait des frais supplémentaires pour le patient et un coût supplémentaire sous forme de subsidiation;
4. La subsidiation des CSI par les pouvoirs publics se ferait au détriment de la médecine libérale.

L'auteur de la proposition et le ministre de la Santé y ont répondu dans les termes suivants :

1. La définition des CSI a été voulue non limitative pour permettre d'autres initiatives futures;
2. Il n'y aura pas de dépenses supplémentaires pour l'Etat ou la Communauté, car le nouveau système doit permettre une diminution des actes médicaux, entraînant de ce fait une diminution des dépenses des soins de santé de manière globale;
3. La subsidiation des CSI est justifiée parce qu'ils ont une autre politique de soins que celle pratiquée par la médecine de type libéral.

Cependant, le ministre a déclaré en commission que « le premier objectif de la proposition de décret est de donner une reconnais-

sance à ces CSI avant de donner les moyens budgétaires pour la création ».

Lors de la discussion des articles, un membre a demandé si les critères de subventionnement ne risquaient pas d'entraîner un abus. Il ne serait pas judicieux d'offrir plus de soins que ceux qui sont réellement nécessaires. Un commissaire a posé le problème de la liberté de choix : le système de forfait aurait pour effet d'empêcher le patient de s'adresser à un autre type de médecin de type libéral.

L'auteur de la proposition a informé le membre que l'obligation de recourir seulement à un médecin est imposée par l'INAMI, car l'Institut ne peut accepter à la fois un remboursement au forfait et un remboursement à l'acte. Cette disposition ne concerne que les soins primaires de premier échelon. Si le patient décide de recourir à un spécialiste, il pourra le faire en toute liberté selon le principe de la médecine libérale. Le spécialiste n'est pas compris dans la notion de système de forfait. De plus, l'abonné pourra résilier son contrat avec le centre de santé intégré tous les trois mois.

Moyennant quelques modifications de formulation, et l'adoption d'un amendement budgétaire de l'Exécutif à l'article 6 de la proposition de décret, l'ensemble de celle-ci a été adopté à l'unanimité des membres présents.

1.2. Débats en séance publique

La discussion générale de la proposition de décret visant à la subsidiation des activités exercées par les CSI fut mise à l'ordre du jour de la séance publique du Conseil de la Communauté française le 29 juin 1983.

Le rapporteur, M. Perdieu, a présenté les caractéristiques des CSI et les objectifs de la proposition de décret.

Tout d'abord, le CSI apparaît comme la structure de base la plus appropriée pour rencontrer les objectifs d'une véritable politique de la santé. Le rapporteur regrette que, en application des règles établies par l'INAMI, les CSI ne soient « subsidiés » sur une base forfaitaire que pour les seuls actes curatifs. La non-subsidiation de toute une série de services « entraîne pour les travailleurs certaines difficultés financières. Cette proposition de décret vise donc également à fixer les conditions de subsidiation ».

Ensuite, dans la pratique, l'un des caractères essentiels de la proposition de décret soumise à la discussion réside, selon le rapporteur, dans la création par le centre d'un dossier médical pour chaque patient, dossier accessible à l'équipe pluridisciplinaire mise en place. Ce dossier devrait permettre une diminution des actes tech-

niques et l'octroi de soins continus appropriés dans des circonstances particulières.

En troisième lieu, l'association de la population à la gestion des centres lui permettra de s'inquiéter collectivement des problèmes touchant à la santé. Les centres colleront dès lors aux collectivités locales, « ce qui leur permettra aussi de mener une véritable politique préventive et curative en fonction des habitudes locales ».

Enfin, le CSI doit offrir au patient la possibilité de contacts étroits et continus avec le médecin. Sur ce point, l'intervention du rapporteur a fait écho à deux problèmes soulevés par la proposition de décret. M. Perdieu a déclaré, d'une part : « Notre propos n'est pas de dire ici ni même de laisser supposer que les relations entre les médecins de type libéral et patients n'existent pas actuellement. Bien sûr, les contacts existent », et, d'autre part : « D'aucuns pourraient voir dans ce décret une atteinte à la liberté de choix du patient. »

Ces deux objections, écartées par le rapporteur, ont fait l'objet des interventions de plusieurs membres du Conseil.

Neuf arguments ont été opposés à la proposition de décret par divers intervenants :

1. La proposition de décret est, selon M. Hendrick, l'expression d'une visée idéologique et poursuit un objectif de collectivisation de notre société.

2. Les CSI ont fonctionné dans le passé sans subsides. M. Hendrick rappelle à ce propos la déclaration du ministre en commission (« En commission, le ministre nous a informé que les centres de santé intégrés existants fonctionnent sans subsides »).

Le ministre R. Urbain, prenant la parole pour défendre la proposition de décret, déclare lui-même : « Nous pensons qu'il s'indique de soutenir les initiatives des centres de santé intégrés qui n'ont pas attendu le subventionnement pour naître et exister, puisqu'il y en a une trentaine à l'heure actuelle, mais qui attendent toujours ce qu'on peut considérer comme une reconnaissance officielle. » L'objection de M. Hendrick s'en trouve donc confirmée.

3. Le même intervenant ajoute que, si la subsidiation visée par le décret est seulement destinée à inciter à l'établissement de nouveaux centres, il n'y a aucune raison de légiférer en cette matière. « En effet, la liberté d'association est toujours assurée, dans notre pays. Rien n'empêche les médecins qui veulent s'associer pour créer des centres de santé intégrés, de le faire. »

4. Un quatrième argument porte sur le remboursement par l'INAMI des prestations de santé. Les auteurs de la proposition de décret justifient la nécessité d'une subsidiation par le fait que les activités des CSI qui, selon eux, sont essentiellement préventives, ne sont pas remboursées par l'assurance maladie-invalidité.

MM. Hendrick et Ducarme réfutent cette assertion par la citation de l'article 23 de la loi du 9 août 1963, qui stipule que « les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs ». Par ailleurs, on ne peut prétendre que le système forfaitaire (c'est-à-dire la maison médicale) arrêté en juillet 1982 par le comité de gestion de l'INAMI, ne concerne exclusivement que les soins curatifs. Les auteurs de la proposition de décret souhaitent donc, selon M. Ducarme, obtenir un subventionnement complémentaire de la Communauté française, à côté du remboursement de l'INAMI. M. Ducarme résume comme suit l'attitude des auteurs de la proposition :

« Ce souci de subventionnement complémentaire, pour être justifiable, se base d'ailleurs sur deux pôles. Le premier, c'est de prétendre de manière péremptoire que le forfait INAMI ne concerne que les soins curatifs, ce qui est totalement inexact. Le second, c'est de laisser dans le flou les frais supplémentaires relatifs aux soins sociaux, infirmiers et logistiques.

En reprenant ces deux pôles, l'intention est de justifier la volonté d'un subventionnement complémentaire. »

5. Une telle proposition tend, selon les intervenants, à substituer les CSI, par le biais d'une subsidiation promotionnelle, à la médecine libérale.

6. Le même intervenant estime que la proposition de décret porte atteinte à la règle de la libre concurrence au sein du monde médical :

« Car il est clair que, si par les subsides et toutes sortes de privilèges, les pouvoirs publics font en sorte que les centres de santé intégrés soient, par le biais de subsides et donc artificiellement, plus intéressants financièrement pour les dispensateurs de soins, pas de risques, moins de responsabilités, pas d'investissements personnels et pour les patients des prix inférieurs, il ne faut pas être grand économiste pour se rendre compte que l'évolution qui en sera la conséquence fera que ces centres annexeront de plus en plus la clientèle au détriment, bien sûr, de la médecine libérale qui sera finalement, dans ce processus, réservée aux seuls nantis. Les autres, c'est-à-dire l'immense majorité de la population, n'auront plus le choix, ils devront s'inscrire à ces centres de santé intégrés. »

7. Le projet porte également atteinte à la liberté du patient de choisir son médecin.

8. MM. Delhaye et Urbain considèrent que l'approche globale effectuée par les CSI aura pour effet une réduction du nombre des hospitalisations. Toutefois, cette opinion ne se base sur aucun examen sérieux.

M. Delhaye déclare lui-même : « Nous avons de bonnes raisons de croire à la diminution de la consommation de la médecine spécialisée au deuxième échelon... », et M. le ministre Urbain : « Nous pensons que l'approche globale des problèmes de santé assure une meilleure efficacité des services... » M. Ducarme objecte avec raison que « l'exposé des motifs fait état d'éléments d'appréciation qui (lui) paraissent tout à fait subjectifs mais qui sont présentés comme des certitudes ».

9. Un neuvième argument est avancé, relatif à l'absence de toute évaluation du coût préalablement au dépôt de la proposition de décret. Mlle Hanquet déclare : « Je m'étonne qu'une proposition soit soumise à notre vote en l'absence d'une évaluation sérieuse, faute d'expérience. »

1.3. Amendements et votes

Deux amendements sont déposés au cours de la discussion en séance publique. Le premier, par M. Ducarme, modifiant le paragraphe 2 de l'article 4 de la proposition de décret, et visant à limiter aux seuls CSI ayant choisi la rémunération forfaitaire, la possibilité d'un subventionnement par l'Exécutif de la Communauté française.

Le second amendement, de Mlle Hanquet, supprime le paragraphe 2 de l'article 3, du fait que les moyens budgétaires affectés au secteur médico-social ne permettent pas la prise en considération de nouvelles initiatives et la subsidiation de nouvelles infrastructures.

Le texte de la proposition de décret est examiné tel qu'adopté par la commission.

Les articles et amendements sont soumis au vote au cours de la séance de l'après-midi du 29 juin 1983. Les deux amendements sont rejetés. Le projet de décret est soumis au vote et adopté par 54 oui, 3 non et 21 abstentions (78 votants). Il est en conséquence soumis à la sanction de l'Exécutif de la Communauté française.

1.4. Sanction, promulgation et publication

Le décret visant à la subsidiation des activités exercées par les centres de santé intégrés, adopté par le Conseil de la Communauté française en sa séance du 29 juin 1983, est sanctionné et promulgué par l'Exécutif de la Communauté française le 8 juillet 1983. Il est publié au *Moniteur belge* le 13 août 1983.

2. Exécution du décret par voie réglementaire

En application du décret, l'Exécutif a pris le 26 août 1985 un arrêté fixant les conditions d'agrément et de subsidiation des CSI. L'avis du Conseil d'Etat n'a pas été demandé.

Le décret entre en vigueur le 1^{er} janvier 1985. L'arrêté de l'Exécutif du 26 août 1985 produit également ses effets au 1^{er} janvier 1985 (articles 1 et 10).

Les conditions d'agrément des CSI sont les suivantes :

1° Dispenser des soins globaux intégrés et continus tels que définis à l'article 2 du décret du 8 juillet 1983 visant à la subsidiation des activités exercées par les centres de santé intégrés et, en conséquence :

a) avoir une équipe pluridisciplinaire qui comporte au moins les professions suivantes : docteur en médecine, infirmier(e), kinésathérapeute;

b) mener son action sociale, soit grâce à un travailleur social rémunéré par le centre au minimum pour un quart-temps, soit grâce à une convention passée avec un centre public d'aide sociale ou un autre organisme public ou privé de façon à assurer au moins le travail quart-temps d'un travailleur social de cet organisme, au sein du centre;

c) réaliser la coordination de ses activités de prévention et d'éducation pour la santé avec ses activités curatives. La coordination de ces différentes activités ainsi que la coordination de l'action de l'équipe pluridisciplinaire s'effectuent lors de réunions, au minimum hebdomadaires, auxquelles doivent participer de manière régulière les membres de l'équipe pluridisciplinaire;

d) répondre de manière permanente, vingt-quatre heures sur vingt-quatre, tous les jours de l'année, aux appels de patients, soit par une permanence au centre, soit par téléphone, à l'exclusion de tout répondeur téléphonique;

e) réaliser la coordination journalière des différents thérapeutes grâce à la tenue d'un dossier médical pour chaque patient abonné au centre;

f) assurer une permanence médicale, soit par les médecins du centre, soit en participant à une garde organisée, prévoyant les mécanismes de transmission de l'information entre le médecin traitant et le médecin de garde;

g) pratiquer un audit médical;

h) accomplir les démarches de recherche et d'action nécessaires à la sauvegarde de la santé publique.

2° Avoir choisi la rémunération forfaitaire définie à l'article 34^{ter} de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité en ce qui concerne les soins médicaux, infirmiers et de kinésithérapie dispensés aux patients qui s'abonnent au centre.

3° Compter dans ses organes statutaires des représentants des patients abonnés au centre, désignés selon les modalités de l'article 3 du présent arrêté.

L'agrément est accordé pour six ans maximum; il est renouvelable. Le ministre refusant ou retirant l'agrément notifie son intention en la motivant au pouvoir organisateur (article 3).

Toute personne domiciliée en Belgique peut représenter les patients. La représentation se fait par élection directe et annuelle. Tout patient du CSI est électeur. Le mandat est gratuit (article 4).

Dans les limites des crédits budgétaires, les CSI agréés peuvent être subventionnés pour couvrir les frais inhérents à leurs activités non indemnisées ou rémunérées par ailleurs.

Cette subvention sera adaptée annuellement selon les dispositions légales et réglementaires en matière de liaison des prestations à l'indice des prix à la consommation. De façon à être modulé en fonction de la quantité de travail presté ainsi qu'en fonction du nombre de travailleurs occupés, le subside sera fixé forfaitairement à 400 francs par abonné inscrit au centre au 1^{er} juillet de chaque année et correspond à l'indice en vigueur au 1^{er} janvier 1985 (article 5).

Cette subvention est liquidée au centre de santé intégré agréé sous forme d'avances trimestrielles égales au quart de 90 p.c. de la subvention octroyée pour l'année précédente. La liquidation du solde s'effectue après production des comptes et dépenses de l'année budgétaire envisagée et vérification du nombre de patients abonnés inscrits au centre au 1^{er} juillet de la même année budgétaire.

Pour la première année de fonctionnement dans le cadre de cet arrêté, la subvention visée à l'article 5, § 1^{er}, est liquidée au centre de santé intégré sous forme d'avances trimestrielles égales au quart de 90 p.c. de la subvention à laquelle le centre pourrait prétendre en fonction du nombre d'abonnés inscrits au centre à la date d'agrément. La liquidation du solde s'effectue après production des comptes et dépenses de l'année budgétaire de l'agrément et vérification du nombre de patients inscrits au centre au 31 décembre de l'année d'agrément (article 7).

En outre, dans les limites des crédits budgétaires, les centres de santé intégrés agréés peuvent prétendre, lors des dix-huit mois qui suivent l'agrément, à un subside non renouvelable visant à couvrir les frais de premier établissement. Ce subside sera d'un million de francs pour les centres ayant moins de mille abonnés inscrits à la date de l'agrément et de deux millions de francs pour les centres ayant plus de mille abonnés inscrits (article 6).

Les frais de premier établissement, l'acquisition et les travaux d'aménagement du bâtiment du centre de santé intégré, ainsi que l'équipement du centre, sont subsidiés dans les limites de l'article 6 à concurrence de 90 p.c. du coût réel. La liquidation du subside se fait au fur et à mesure de la présentation des pièces comptables attestant du coût réel des opérations (article 8).

Il est créé une commission de coordination des centres de santé intégrés destinée à déterminer les modalités de l'audit médical et à coordonner les démarches des CSI nécessaires à la sauvegarde de la santé publique. La commission comporte un nombre maximum de vingt membres effectifs et de vingt membres suppléants. Le président et le vice-président de cette commission sont nommés par le ministre de la Santé de la Communauté française (article 9).

Les nominations des président, vice-président et secrétaire ainsi que la désignation des autres membres ont été effectuées par un arrêté de l'Exécutif du 28 août 1985.

Sont nommés en tant que président, vice-président et secrétaire de la commission de coordination des centres de santé intégrés, respectivement :

- M. le docteur Pierre Mercenier;
- M. le docteur Marco Dujardin;
- M. le docteur Roger Lonfils.

Ont été désignés par les centres de santé intégrés en tant que membres effectifs de la commission de coordination :

— pour le centre de santé intégré « Le Centre de santé le Goéland » à Bruxelles : le docteur Maurice Theunissen;

— pour le centre de santé intégré « La Maison médicale de Forest » : le docteur Michel Roland;

— pour le centre de santé intégré « La Maison médicale Bautista Van Schouwen » à Seraing : le docteur Pierre Drielsma.

Ont été désignés par les centres de santé intégrés en tant que membres suppléants de la commission de coordination :

— pour le centre de santé intégré « Le Centre de santé le Goéland » : M. Daniel Rottier;

— pour le centre de santé intégré « La Maison médicale de Forest » : le docteur Jacques Morel;

— pour le centre de santé intégré « La Maison médicale Bautista Van Schouwen » à Seraing : Mme Anne Englebert.

Par un autre arrêté de l'Exécutif du même jour, 3 centres de santé ont été agréés (*Moniteur belge* du 8 novembre 1985) :

1° le Centre de santé « Le Goéland », avenue Coghén à Bruxelles;

2° La Maison médicale de Forest à Bruxelles;

3° La Maison médicale Bautista Van Schouwen à Seraing.

Les centres de santé intégrés ont déjà émarginé au budget de la Communauté française pour plus que prévu car avant les agrémentations, durant une période qu'on peut qualifier de transitoire, des centres ont reçu des subsides, dans le cadre de conventions passées avec la Communauté française.

L'Exécutif précédent a passé une convention de recherche et d'études avec neuf maisons médicales, dans le cadre de l'application, préalablement à l'élaboration des arrêtés d'exécution, du décret du 8 juillet 1983 sur les centres de santé intégrés. Le montant total des sommes attribuées par les conventions s'élève à treize millions de francs, il a été imputé à l'article 12.43.11 de la section 52 du Titre I^{er} du budget.

Ce montant se répartit de la manière suivante :

La Maison médicale « Bautista Van Schouwen » à Seraing : 2 786 000 francs.

La Maison médicale de Forest à Bruxelles : 2 100 000 francs.

Le Centre de santé « Le Goéland » à Uccle : 1 600 000 francs.

La Maison médicale de Tournai à Tournai : 1 500 000 francs.

La Maison médicale de Barvaux à Barvaux : 650 000 francs.

L'ASBL « Soins de santé primaire pour l'Europe » : 1 400 000 francs.

La Maison médicale d'Ougrée à Ougrée : 764 000 francs.

La Maison médicale de Mons à Mons : 700 000 francs.

Le collectif de santé à Gilly-Haies : 1 500 000 francs.

3. Application du décret et pratique des CSI

Un rapport de synthèse sur les activités des CSI a été réalisé par l'administration compétente de la Communauté française en septembre 1985.

Il en ressort que :

1° La population abonnée aux centres serait représentative de toutes les tranches d'âge, avec une proportion plus élevée cependant de « patients » âgés de 25 à 40 ans (ceci s'expliquerait par l'âge des médecins).

2° Du point de vue des activités développées dans ces CSI, l'activité de ces centres n'est fondamentalement pas différente de celle exercée par tous les généralistes :

80 p.c. des contacts (consultations) sont curatifs, assortis de conseils sur le cas précis du patient; 6 p.c. sont préventifs : vaccination - dépistage; 14 p.c. sont mixtes;

3° Le taux d'hospitalisation (cas psychiatriques exclus) : une hospitalisation pour 15 patients contre une pour 6,7 patients en pratique générale en dehors d'un CSI (ceci s'explique par l'âge moyen de la population des patients);

4° Le nombre de consultations/contacts par jour et par médecin est de 12,5. Le nombre de contacts dépasse légèrement la moyenne nationale.

Taux de recours au spécialiste : 4,2 p.c.

NB : Cette statistique ne reprend pas la biologie clinique.

Si l'insistance sur le dossier médical par patient, le contact direct avec le milieu hospitalier et la collaboration avec les services de soins à domicile figurent au nombre des aspects positifs, je relève deux aspects négatifs importants :

1° la notion d'abonné inscrit sans spécification de conditions pour s'inscrire dans un CSI (un centre à la limite peut fonctionner avec une population bien portante);

2° le risque de surmédicalisation d'une population donnée prise en charge par une équipe pluridisciplinaire.

Deux questions parlementaires relatives aux CSI ont été adressées par M. Désir au ministre de la Santé de la Communauté française de Belgique (Q.P., nos 10 et 11 du 5 février 1986).

La réponse à la question parlementaire n° 10 distingue les trois centres de santé intégrés agréés par arrêté de l'Exécutif du 25 août 1985 et les neuf maisons médicales avec lesquelles l'Exécutif précédent avait passé convention. Cette distinction résulte de la décision de sub-

ventionner, à titre transitoire, certaines maisons médicales, en attendant leur agréation comme CSI.

La réponse à la question parlementaire n° 11 révèle que l'implantation géographique des centres de santé intégrés, dont les activités se sont, par ailleurs, révélées être comparables à celles déployées par tout médecin, n'a tenu compte ni du nombre de médecins installés dans une zone plus ou moins proche, ni de l'existence de structures de soins à domicile. Ces deux facteurs ne semblent pas avoir été déterminants. Par ailleurs, il existe un service organisé de soins à domicile dans les communes ou à proximité des communes où sont installés les centres de santé intégrés.

4. Projet d'abrogation

4.1. La décision de l'Exécutif

Le projet de décret abrogeant le décret visant à la subsidiation des centres de santé intégrés était inscrit à l'ordre du jour de la réunion de l'Exécutif du 19 décembre 1985. Toutefois, ce point fut remis à l'ordre du jour de la séance du 23 janvier 1986 afin de retravailler l'exposé des motifs et de le rendre conforme au règlement du Conseil de la Communauté.

Lors de la réunion du 23 janvier, l'Exécutif chargea le ministre de la Santé, de l'Enseignement et des Classes moyennes de déposer, devant le Conseil de la Communauté française, le projet de décret abrogeant le décret du 8 juillet 1983 visant à la subsidiation des activités exercées par les centres de santé intégrés.

Après la réunion de l'Exécutif du 23 janvier 1986, j'ai prié mon cabinet de prendre contact immédiatement avec le Conseil d'Etat, cet avis devant être rendu dans les trois jours.

4.2. La consultation du Conseil d'Etat

Le 3 février 1986, en application de l'article 3, § 1^{er}, des lois coordonnées sur le Conseil d'Etat, le texte du projet de décret fut soumis à l'avis de la section de législation du Conseil d'Etat. On invoque l'urgence afin d'obtenir l'avis dans les délais prescrits par l'article 84.

L'avis a été rendu le 6 février. L'avis n'émet aucune observation de fond mais formule les deux remarques de formes suivantes :

1° le pouvoir de saisir le Conseil de la Communauté française étant, en vertu de l'article 18 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, une prérogative de l'Exécutif, il convient dans l'arrêté de présentation de supprimer les mots « en son nom »;

2° l'article 3, qui désigne le ministre qui sera chargé de l'exécution de « l'arrêté », est

superflu et ne pourrait, en tout état de cause, figurer dans le texte du décret. Cet article 3 devrait dès lors être omis.

4.3. *Le dépôt du projet*

Le 21 février 1986, l'Exécutif chargea le ministre de la Santé, de l'Enseignement et des Classes moyennes de déposer, sur le bureau du Conseil, le projet de décret abrogeant le décret du 8 juillet 1983, visant à la subsidiation des activités exercées par les centres de santé intégrés. J'ai adressé le 26 février 1986 une lettre au président du Conseil en ce sens.

4.4. *Conséquences de l'abrogation du décret*

Dès l'élaboration du projet qui est soumis à l'examen du Conseil, les conséquences de l'abrogation du décret du 8 juillet 1983 ont été envisagées. Elles se situent sur un double plan administratif et financier.

Sur le plan administratif, l'agrégation trouve dans le décret sa base légale; l'abrogation fait disparaître immédiatement, dès l'entrée en vigueur du décret, conformément à l'article 56 de la LSRI, la situation juridique de centre agréé. Cela n'aura bien sûr aucun effet ni sur la personne juridique des centres, ni sur les relations contractuelles régies par le droit civil ou le droit du travail; ces relations sont restées étrangères à l'agrégation des centres, puisque son objet était essentiellement d'ordre budgétaire.

Sur le plan financier, la situation sera telle que les centres ne subiront aucun dommage du fait de l'abrogation.

D'abord, je rappelle deux choses essentielles.

En premier lieu, la subvention n'a jamais été un droit acquis dans le chef des centres, car l'arrêté (1) précise que l'octroi est possible « dans la limite des crédits budgétaires ».

Ensuite, quant à la gestion des centres, dès la mise en place de cet Exécutif, celui-ci, dans sa déclaration politique, et le ministre de la Santé, dans ses interventions publiques, ont précisé leur ferme intention politique d'abroger ce décret.

Nul ne peut contester la chose, ni dire qu'il aurait été pris au dépourvu par une manœuvre.

Sur le plan technique, je confirme ce que j'ai exposé en commission des affaires générales lors de l'examen du budget. Dès que le projet aura été adopté, je ferai rapport à l'Exé-

cutif sur les comptes des centres de santé intégrés quant au règlement définitif des subventions. Les montants qui auraient été liquidés par avances, durant la période des crédits provisoires seront en effet compensés, soit par un arrêté de transfert de crédits budgétaires qui seraient reconnus sans objet, soit par une proposition de délibération budgétaire que je soumettrai sans retard à l'Exécutif.

Tout ceci montre à la commission que les conséquences juridiques et financières de l'abrogation du décret ont été envisagées.

J'en viens maintenant à la justification du projet.

5. *Justification du projet*

Lors de la déclaration de politique générale de l'Exécutif, le 14 janvier 1986, j'ai déjà présenté, en tant que ministre de la Santé de la Communauté française, plusieurs arguments qui s'opposaient au maintien du système actuel d'agrégation et de subsidiation des centres de santé intégrés.

A l'époque, j'ai répondu à plusieurs intervenants qui critiquaient ce point de la déclaration de l'Exécutif.

J'ai dit d'abord que le subventionnement de ces centres s'inscrit dans une logique qui va à l'encontre des principes de base d'une médecine libérale: la liberté thérapeutique, la liberté pour le patient de choisir son médecin et le respect du secret médical.

Les débats en commission et en séance publique ont montré, ainsi que je l'ai rappelé, qu'aucun argument sérieux ne pouvait y être opposé.

Ensuite, les conditions d'agrégation et de subventionnement de ces centres sont basées sur un système d'abonnement. Rien ne justifie ce lien obligatoire entre le patient et le centre, entre le patient et les médecins et les auxiliaires médicaux qui composent le centre de santé intégré.

Cette notion d'abonnement prive donc le patient de la liberté de choisir son médecin, son kiné ou son infirmière.

Ensuite, l'octroi de subventions fausse le principe de la libre concurrence. Il s'agit d'une situation exorbitante du droit commun où des centres qui regroupent des professions libérales font l'objet d'un financement particulier de la puissance publique. Les amendements destinés à combattre cette subsidiation furent, sans réelle discussion, rejetés sous la législature précédente.

Les centres de santé intégrés se défendent certes de créer une surconsommation, mais ils

(1) A. Ex. (CF) du 26 août 1985, articles 5 et 6 (*Moniteur belge* du 19 novembre 1985) et err. du 6 mai 1986.

risquent d'accentuer la médicalisation de la population abonnée. Il y a lieu ici d'argumenter de manière précise contre une tendance déjà trop naturelle à l'abandon et à la prise en charge de la part des patients. Cette tendance est d'ailleurs encouragée par la presse ou les médias qui, par des articles, des déclarations, des enquêtes et autres statistiques engendrent ou entretiennent l'inquiétude en matière de santé. L'abondance des sujets relevés dans les journaux ou à la télévision crée cette situation de dépendance. Dans les centres de santé intégrés, ce facteur est accentué par la formule de l'abonnement et la présence, garantie vingt-quatre heures sur vingt-quatre d'une « équipe d'intervention ». La subsidiation est devenue synonyme de mobilisation médicale. Au contraire, et les analyses le prouvent, aucune action préventive marquante n'a été envisagée de manière spécifique.

Les activités développées par les centres de santé intégrés sont comparables aux activités déployées par tout médecin. Dans ces conditions, on peut s'interroger sur la nature particulière des relations créées par les centres de santé intégrés entre les patients et le corps médical. Les centres garantissent-ils la liberté du patient à l'égard du médecin ? Assurément non, puisque le patient abonné au centre doit en accepter l'équipe telle qu'elle s'y trouve.

L'indépendance des centres elle-même, et la liberté des médecins et auxiliaires, est-elle garantie alors que l'agrégation dépend d'une autorisation administrative ou de l'octroi des crédits ? A la limite, la pratique médicale se trouve encerclée par des considérations administratives, budgétaires ou même politiques. Nul ne peut accepter de telles contraintes.

Lorsqu'on adopte un texte, il faut s'assurer non seulement de l'existence d'un besoin reconnu et assumé par l'autorité publique. Il faut surtout s'assurer que la situation nouvelle améliorera sensiblement la situation antérieure. Il ne suffit pas de démultiplier les structures ou d'ouvrir de nouveaux guichets.

Le projet de l'Exécutif consiste donc à rétablir cette situation antérieure. A cette fin, il faut abroger le décret du 8 juillet 1983.

En conclusion, cette médecine assistée est contraire aux principes fondamentaux de la médecine libérale et va à l'encontre de la liberté de choix du médecin, la liberté thérapeutique et la libre concurrence.

L'abrogation du décret qui prévoit l'agrégation et donc le subventionnement de ces centres laissera la liberté aux médecins de fonctionner au travers de ces différentes structures dans le respect de la libre concurrence et de l'indépendance totale du médecin et du patient.

C'est pourquoi, le ministre de la Santé, de l'Enseignement et des Classes moyennes de la Communauté française est chargé par l'Exécutif de présenter au Conseil le projet de décret abrogeant le décret du 8 juillet 1983 visant à la subsidiation des activités exercées par les centres de santé intégrés.

II. — DISCUSSION ET EXAMEN DES ARTICLES

Après audition de cet exposé, les membres de la commission ont posé au ministre une première série de questions :

Un membre a souhaité connaître les rentrées financières par centre et par médecin INAMI ainsi que les subventions complémentaires pour les trois centres agréés; le même commissaire a souhaité connaître le nombre d'abonnés et de patients inscrits dans les centres; les centres assurent-ils une permanence vingt-quatre heures sur vingt-quatre ou sont-ils relayés par d'autres gardes de médecins ? Comment, d'autre part, ces centres pratiquent-ils leur action préventive ?

Un autre commissaire a demandé s'il existait un document où sont consignés les principes de la médecine dite libérale acceptés par un groupe de médecins ou une association; quels sont les types ou modèles de contrats soumis aux abonnés des centres ? Ce même commissaire souhaite disposer des procès-verbaux de la commission sur l'audit médical et de coordination de l'activité des centres de santé intégrés et demande des précisions sur les recherches qui ont eu lieu en ce domaine.

Le même commissaire a souhaité connaître le modèle de conventions et d'accords avec l'INAMI quant au financement forfaitaire (400 francs par abonné). De quelle manière les actions préventives des médecins généralistes du réseau libéral sont-elles précisées et évaluées ? L'INAMI dispose-t-il d'une évaluation sur le coût ? Enfin, ce commissaire a demandé quel était le nombre d'hospitalisations émanant des centres de santé.

Un autre membre a demandé le nombre d'appels enregistrés en dehors des heures de service et s'il existait des appels d'urgence déviés vers d'autres structures tel le 900.

Un autre commissaire a demandé quels étaient les éléments objectifs qui avaient conduit le ministre à envisager la suppression des centres de santé intégrés.

Enfin, un commissaire a posé la question de savoir qui était propriétaire des centres.

Le ministre de la Santé et de l'Enseignement a répondu à cette première série de questions à l'ouverture de la séance du 6 mai :

1° *La notion de médecine libérale*

Avant de préciser ce concept, le ministre attire l'attention de la commission sur le fait que les termes utilisés dans son exposé introductif furent puisés dans les documents parlementaires du Conseil, principalement le rapport de M. J.-P. Perdieu (1) et le compte rendu intégral des débats (2).

Le ministre précise qu'il ne s'approprie pas ces travaux parlementaires; je les ai cités, précise-t-il, pour éclairer votre commission, notamment quant aux circonstances dans lesquelles le projet de décret sur les centres de santé intégrés fut débattu et adopté.

Existe-t-il une définition de la médecine libérale en Belgique? A ma connaissance, déclare le ministre, aucun texte ne contient une telle définition mais, sans entraîner la commission dans un exposé de droit médical ou d'histoire de la médecine, je voudrais apporter les informations suivantes.

L'exercice de l'art de guérir est régi en Belgique par l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 modifié par diverses lois.

Ce texte légal précise, en ce qui concerne l'exercice de la médecine, les caractéristiques essentielles de cette activité.

L'art médical consiste dans l'accomplissement par une personne qui réunit l'ensemble des conditions requises par la loi de tout acte ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, soit la vaccination.

Le caractère particulier d'une profession libérale est d'abord son fonctionnement autonome : l'arrêté royal n° 79 du 10 novembre 1967 organise l'Ordre des médecins. Celui-ci jouit de la personnalité civile de droit public. Les autres professions libérales sont organisées de la même façon : l'Ordre des avocats, l'Ordre des pharmaciens, l'Ordre des médecins vétérinaires, l'Ordre des architectes.

Les organes de l'Ordre des médecins sont les conseils provinciaux, les conseils d'appel et le conseil national.

L'Ordre des médecins comprend tous les docteurs en médecine, chirurgie et accouche-

ments, domiciliés en Belgique et inscrits au tableau de l'Ordre de la province dans laquelle est situé leur domicile. Pour pouvoir pratiquer l'art médical en Belgique, tout médecin doit être inscrit au tableau de l'Ordre.

Les conseils provinciaux de l'Ordre des médecins ont autorité et juridiction sur les médecins qui sont inscrits au tableau de l'Ordre de telle province. La première tâche du conseil provincial est de dresser le tableau de l'Ordre. Il ne peut refuser ou différer l'inscription au tableau que si le demandeur s'est rendu coupable soit d'un fait dont la gravité entraînerait pour un membre de l'Ordre la radiation du tableau, soit d'une faute grave qui entache l'honneur ou la dignité de la profession.

Les conseils provinciaux ont aussi pour objet de veiller au respect des règles de la déontologie médicale et au maintien de l'honneur, de la discrétion, de la probité et de la dignité des membres de l'Ordre. Ils sont chargés à cette fin de réprimer disciplinairement les fautes des membres inscrits à un tableau. Ils sont aussi chargés d'arbitrer, en dernier ressort, les contestations relatives aux honoraires réclamés par le médecin à son client, dans les cas prévus par la loi.

Le conseil national de l'Ordre des médecins, composé de deux sections linguistiques, qui sont présidées par un magistrat de la Cour de cassation, élabore les principes généraux et les règles relatifs à la moralité, l'honneur, la discrétion, la probité, la dignité et le dévouement indispensables à l'exercice de la profession, qui constituent le code de déontologie médicale. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, donner force obligatoire au code de déontologie médicale.

Je termine cette brève présentation en soulignant que les organes de l'Ordre des médecins sont constitués par la voie d'élections et que la présence de magistrats comme assesseurs, rapporteurs et présidents de certains conseils garantit ainsi l'indépendance de la profession.

L'arrêté royal n° 79 précise aussi qu'aucune décision en matière d'inscription au tableau de l'Ordre ou de déontologie ne peut être fondée sur des motifs d'ordre racial, religieux, philosophique, politique, linguistique ou syndical, ni sur le fait pour le médecin d'être attaché à un organisme veillant aux soins médicaux, à un groupement ou à une catégorie de personnes. Toute ingérence dans ces domaines est interdite.

Telles sont, à larges traits, les caractéristiques d'une médecine organisée comme profession libérale : elle jouit d'un statut juridique d'autonomie, elle échappe aux interventions de

(1) Doc. CCF 88 (1982-1983) n° 3.

(2) CCF, CRI n° 15 (1982-1983), séance du 29 juin 1983.

l'autorité, elle reste soumise à l'état de droit car il est évident que les cadres essentiels d'une telle profession ne peuvent rester étrangers aux règles juridiques.

On trouve déjà dans le fameux code d'Ham-mourabi (environ 1750 avant J.-C.) des règles très précises sur l'art médical, celui-ci étant placé en tête de toutes les autres pratiques sociales, par exemple (§ 221) : « Si un médecin a rétabli l'os brisé d'un homme libre ou lui a revigoré un muscle malade, le patient remettra au médecin 5 sicles d'argent. » Ce texte très ancien établit aussi des honoraires variables en fonction de la situation sociale du patient. Je ne m'étendrai pas ici sur l'aspect particulier de la fixation des honoraires car cela présente, pour notre discussion, un intérêt très limité et la matière relève de la sécurité sociale qui n'est pas une compétence communautaire.

En guise de synthèse, la médecine moderne est l'héritière d'une longue histoire passée à soigner, guérir et sauver des êtres humains. Par le contact immédiat avec le patient, l'exercice de cet art doit échapper à toute ingérence, d'où qu'elle vienne. Les arrêtés n^{os} 78 et 79, pris en 1967, ont confirmé les bases juridiques d'une profession libérale qui assure elle-même, de manière autonome, l'accès à la profession et la discipline de celle-ci.

Il n'y a là rien d'idéologique, c'est l'héritage séculaire de la civilisation occidentale, née il y a longtemps en Assyrie, qui s'est affirmée chez Hippocrate, Gallien, Paré, Harvey, Laennec, Koch, Pasteur et tous les autres, illustres ou moins illustres, bienfaiteurs de l'humanité.

Le ministre répond ensuite aux questions plus précises d'ordre statistique notamment.

2° Comptes des trois centres de santé intégrés

Il n'a pas encore été possible, déclare le ministre, d'obtenir en communication les comptes d'exploitation, pas plus que les bilans des centres de santé intégrés. En effet, il s'agit d'ASBL clôturant leurs comptes au 31 décembre 1985 et l'on est actuellement en pleine période de vérification par les commissaires, vérifications préalables aux assemblées générales statutaires qui, ou bien viennent d'avoir lieu, ou bien vont avoir lieu.

Par ailleurs, il faut noter qu'il n'y a eu de subsides de fonctionnement que pour le quatrième trimestre 1985; la vérification de l'utilisation de ceux-ci exige donc des décomptes supplémentaires. Je précise, ajoute le ministre, qu'aucune avance n'a été liquidée par l'administration pour le premier trimestre 1986.

3° Recettes des centres de santé intégrés

En réponse au commissaire qui a demandé de préciser la répartition des recettes par centre entre les remboursements INAMI, les honoraires des médecins et les subventions, le ministre déclare que pour les raisons déjà exposées plus haut, la ventilation ne sera disponible qu'après la vérification des comptes.

Toutefois, dès à présent, ajoute-t-il, la ventilation des subsides alloués peut être fournie (en francs) :

	Fonctionnement (4 ^e trimestre 1985)	1 ^{er} établissement
1. Centre de santé « le Goéland »	98 550	2 000 000
2. Maison médicale de Forest	134 370	2 000 000
3. Maison médicale « Bautista Van Schouwen »	200 250	2 000 000

4° Nombre de patients et d'abonnés.

Le ministre rappelle que le principe du décret était l'abonnement et donc les abonnés sont, normalement, des patients potentiels.

1° Centre de santé le Goéland : 1 550.

2° Maison médicale de Forest : 3 000.

3° Maison médicale Bautista Van Schouwen : 2 500.

5° Equipés thérapeutiques dans les 3 CSI.

Le ministre répond qu'il n'est pas possible de déterminer, comme l'a demandé un membre de la commission, l'emploi du temps de chaque

personne ou catégorie de personnes qui travaillent dans un centre de santé intégré.

Selon l'arrêté, l'équipe est pluridisciplinaire, comportant au moins les professions suivantes (noyau de base) : docteur en médecine, infirmier, kinésithérapeute.

Elles se sont peu à peu ouvertes à d'autres disciplines (travailleurs sociaux, psychologues, logopèdes, aides seniors, diététiciens) pour répondre à des besoins plus diversifiés. La taille de l'équipe est variable. Elle ne peut être inférieure à quatre membres (difficulté d'assurer la permanence). Elle ne peut être trop importante (plus de 12 membres). Elle serait alors une structure trop lourde et difficile à coordonner.

Le ministre présente la composition des équipes thérapeutiques.

1. Centre de santé le Goéland

La composition de l'équipe n'a pas été communiquée au cabinet du ministre de la Santé.

2. Maison médicale de Forest

Equipe :

- 5 médecins généralistes
- 1 kinésiste
- 3 infirmières
- 1 psychologue
- 2 secrétaires
- 1 assistante sociale
- 1 graphiste
- 1 logopède

3. Maison médicale Bautista Van Schouwen

Equipe :

- 6 médecins généralistes
- 2 kinésithérapeutes
- 3 infirmières
- 1 infirmière sociale (quart temps)
- 1 psychologue
- 1 diététicienne
- 1 secrétaire

6° Les activités des centres de santé intégrés

En réponse à diverses questions posées sur l'activité des centres de santé intégrés, le cabinet du ministre de la Santé a rassemblé les éléments d'information suivants :

a) Nombre de contacts par jour et par généraliste :

Le nombre moyen de contacts par jour de travail par généraliste a été calculé sur base de l'ensemble des consultations, visites et avis divisé par le nombre de journées de travail prestées par les médecins, fixé à ± 250 journées de travail/an. Le nombre moyen de contacts/jour par médecin s'élève dans les CSI à 12,5.

N'ont pas été repris dans ce calcul les actes techniques (ECG, petite chirurgie, etc.) parce qu'ils ont souvent lieu lors d'un contact également enregistré comme consultation ou visite.

b) Proportion moyenne des avis, consultations et visites :

Dans le nombre total de contacts ont été repris les consultations, visites et avis. En moyenne pour les CSI étudiés ces différents paramètres s'établissent comme suit :

consultations 54,7 p.c. des contacts;

visites 42,4 p.c. des contacts;

avis 2,9 p.c. des contacts.

Parmi les visites, la distinction a été faite entre les visites habituelles et les visites urgentes c'est-à-dire celles demandées entre 18 heures et 21 heures (0107), celles demandées entre 21 heures et 8 heures (0108) et celles demandées le week-end entre le samedi 8 heures et le lundi 8 heures (0109). Ces visites urgentes représentent 3 p.c. du total des contacts et 7 p.c. de l'ensemble des visites.

Un commissaire ayant demandé la répartition des appels « jour/nuit », le ministre annonce qu'il dispose de la statistique des appels de nuit pour chaque centre :

1° Centre de santé le Goéland : 5 à 6/nuit.

2° Maison médicale de Forest : 5 à 6/nuit.

3° Maison médicale Bautista Van Schouwen : 12/nuit.

Le ministre rappelle que la permanence médicale, assurée 24 heures sur 24 constitue une des conditions d'agrégation des centres (article 2-1, d de l'arrêté de l'Exécutif du 26 août 1985).

Il existe un service d'urgence médicale de jour, c'est-à-dire qu'un des médecins du CSI est contactable instantanément par un « bip » (sémaphone).

Pour les gardes de nuit et de week-end, si les médecins sont suffisamment nombreux, ils assurent ces gardes, sinon ils s'organisent avec les médecins des environs.

Les autres secteurs (travailleurs sociaux, infirmiers...) ne sont pas à proprement parler de garde, mais organisent leur travail pour satisfaire aux demandes.

c) Nombre de contacts par an et par patient :

Selon les données mises à sa disposition, le ministre estime qu'on peut adopter l'hypothèse qu'on dépasse légèrement la moyenne nationale en la matière (pour mémoire ± 5 contacts médecin généraliste par an et par bénéficiaire du régime général de l'AMI).

d) Nombre moyen de nouveaux dossiers médicaux ouverts par an et par médecin :

Le système de dossiers utilisés par les CSI permet de connaître avec précision le nombre de nouveaux dossiers médicaux ouverts. Durant la période conventionnelle, chaque médecin a eu en moyenne 15 nouveaux patients par mois, soit 180 nouveaux dossiers par an. Cette situation a obligé certains centres à engager de

nouveaux médecins. Sur base des données collectées, il a pu être déterminé 3 situations :

— 80 p.c. des contacts sont dits curatifs c'est-à-dire que l'action du médecin est une action curative doublée de conseils d'éducation à la santé et de prévention inhérents aux problèmes pour lesquels le patient consulte;

— 6 p.c. sont des contacts préventifs et/ou d'éducation à la santé, à l'exclusion d'action curative (vaccination, dépistage, conseils...);

— 14 p.c. sont dits mixtes.

Le taux d'hospitalisation atteint une hospitalisation pour 15 patients.

7° Action préventive des centres de santé intégrés

a) Les actions menées lors de cette première année ont principalement été des actions de dépistage des cancers du sein, col de l'utérus, colon.

Pour le cancer du sein : groupes de femmes avec une animatrice commentant un document audiovisuel.

b) Il y eut ensuite la campagne d'information sur le vaccin contre le tétanos (action menée par un des centres).

En voici les résultats :

1) 440 personnes inscrites au centre ont reçu l'information;

2) 142 personnes se sont fait vacciner.

c) Une campagne contre l'hypertension a aussi été menée dans un autre centre.

8° Immeubles ou locaux occupés par les centres agréés

A la question de savoir si les immeubles ou locaux occupés par les centres agréés étaient leur propriété, le ministre fournit les précisions suivantes pour chaque centre :

1° Centre de santé le Goéland : locataire;

2° Maison médicale de Forest : locataire;

3° Maison médicale Bautista Van Schouwen : propriétaire.

Après avoir apporté ces diverses réponses, le ministre a remis à la commission trois documents qui ont été annexés au présent rapport :

1° modèle de carnet de prescriptions;

2° procès-verbaux de la commission de coordination des centres de santé intégrés;

3° règles relatives à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations, approuvées par le comité de gestion du service des soins de santé le 26 juillet 1982, modifiées le 15 octobre 1984.

Suite aux réponses fournies par le ministre, la commission a repris la discussion générale.

Un commissaire a souligné tout d'abord qu'en ce qui concerne la médecine libérale, le malade n'était jamais associé à l'élaboration de la déontologie. Selon l'intervenant, il existe des divergences profondes entre la philosophie prônée par le ministre, mettant l'accent sur la médecine curative et celle qui est défendue par les membres de son groupe, insistant sur une réelle politique de santé. Ce commissaire a souhaité par ailleurs recevoir des renseignements précis permettant de procéder à une large évaluation de l'activité des CSI.

Le ministre a répondu que les règles de déontologie étaient fixées par le conseil de l'Ordre, avec intervention possible des tribunaux et rappelé que la profession médicale était organisée de manière telle à garantir une grande liberté du praticien. Cette liberté thérapeutique est importante pour le patient, a souligné le ministre. A propos des divergences philosophiques évoquées, le ministre s'est déclaré étonné de l'insistance de certains à vouloir absolument modifier l'ordre des choses quant à l'organisation de la médecine du pays, organisation qui, estime le ministre, a fait ses preuves jusqu'à présent.

Quant aux possibilités de procéder à une évaluation précise de l'activité des CSI, le ministre a rappelé que ces centres étaient organisés sous forme d'ASBI. et qu'à ce titre le ministre n'avait pas autorité pour leur imposer de fournir certains types de renseignements. A la demande de l'administration de la Communauté française, les CSI ont transmis des renseignements, sur une base volontaire. Toutefois, l'administration ne peut procéder à des investigations plus précises. Le ministre a rappelé que les procès-verbaux des réunions du comité d'accompagnement des CSI avaient été transmis aux membres de la commission.

Un commissaire a souhaité poser diverses questions :

1° De même que l'intervenant précédent, ce commissaire s'est déclaré surpris de l'absence d'évaluation précise des expériences menées jusqu'à ce jour par les CSI. L'intervenant a rappelé des propos tenus par un membre du Conseil lors du débat portant sur l'approbation de la proposition de décret de M. J.-J. Delhay (CRI, n° 15, 1981-1982).

Ce membre du Conseil s'était alors étonné qu'on soumette cette proposition au vote en « l'absence d'une évaluation sérieuse, faute d'expérience ». Dès lors, a estimé l'intervenant, comment ne pas s'étonner qu'on propose à présent une abrogation pure et simple du décret

récemment voté. Cette demande d'abrogation ne pourrait se justifier, a estimé ce commissaire, que pour autant qu'une évaluation précise des résultats acquis par ces centres aboutisse à des conclusions négatives.

Le membre interpellé par ce commissaire tient à préciser aussitôt que, dans son esprit, la volonté d'abroger le décret sur les CSI est liée aux dispositions de la déclaration de l'Exécutif annonçant le dépôt prochain d'un décret-cadre organisant les services et les soins à domicile.

2° Le même commissaire a souhaité savoir en quoi les CSI portaient atteinte aux trois principes fondamentaux de la charte médicale : liberté thérapeutique, libre concurrence et liberté du choix du médecin ?

3° En quoi, a demandé cet intervenant, l'organisation des CSI heurte-t-elle les principes de la médecine libérale ? Tous les médecins des CSI sont en effet membres de l'Ordre des médecins et leurs activités répondent bien aux critères de la médecine libérale.

4° Existe-t-il des preuves, a demandé l'intervenant, que l'organisation interne des CSI porte atteinte au secret médical ? Une explication précise de cette critique a été souhaitée.

5° Le même commissaire a demandé des exemples précis permettant de justifier l'affirmation selon laquelle la subsidiation des CSI entraînerait à terme une surconsommation médicale.

6° Enfin, ce commissaire a demandé si l'abrogation du décret ne constituait pas le premier pas vers un engrenage visant à terme à la suppression d'autres centres dans lesquels des professionnels de la médecine sont amenés à exercer leurs activités. Il en est ainsi des centres de santé mentale dans lesquels travaillent des médecins psychiatres et pédopsychiatres, des psychologues et d'autres thérapeutes. Il en est ainsi des centres d'aide et d'information sexuelle, conjugale et familiale dans l'organisation desquels interviennent également des gynécologues ou des médecins généralistes.

La position adoptée par le ministre ne vaudrait-elle pas dès lors aboutir à la suppression de ces deux types de centres également ?

Le ministre a rappelé tout d'abord la réponse faite au précédent intervenant quant à la difficulté de présenter des renseignements complets du fait que les CSI ne fournissent pas, pour leur part, des renseignements précis susceptibles de permettre une évaluation de leurs activités. A propos du respect de la charte médicale, le ministre a réaffirmé que, dans la médecine de type libéral, le médecin conservait l'entière responsabilité de sa pratique qu'il ne

partage avec personne d'autre. Par ailleurs, les CSI compromettent la libre concurrence par le fait que coexistent en même temps une médecine subsidiée d'une part et une autre qui ne l'est pas au-delà du système de remboursement INAMI d'autre part. Dans le cas des CSI, il n'y a pas perception de ticket modérateur; à moyen terme les usagers peuvent être attirés par ce système qui peut leur paraître moins cher, mais ce type de médecine subsidiée impose des charges financières supplémentaires à la collectivité.

Le ministre a dès lors réaffirmé son opposition à voir coexister deux types de médecine, l'une subsidiée et l'autre non subsidiée. De plus, a-t-il ajouté, la mise à la disposition de certains CSI de locaux communaux ou de la prise en charge par la collectivité du traitement de certains travailleurs sociaux vient encore fausser la libre concurrence qui doit exister entre praticiens. Rien n'interdit, a ajouté le ministre, aux médecins qui le souhaitent de former entre eux des associations en vue de coordonner leur pratique, mais ces associations ne doivent pas être subsidiées pour autant par la collectivité. Quant au libre choix du praticien, le ministre a estimé qu'il n'était pas entièrement garanti dans les centres de santé intégrés où l'on demande aux usagers d'accepter d'être reçu par le médecin présent lors de leur visite.

Intervenant à nouveau, le même commissaire a demandé au ministre de préciser en quoi le type de subsidiation pratiquée dans les CSI était susceptible d'entraîner une surconsommation médicale.

Selon le ministre, le principe de l'octroi de subsides en fonction du nombre de personnes inscrites aux centres aboutit nécessairement à une surconsommation puisque les subsides augmentent en fonction du nombre d'abonnés.

Le même commissaire a dès lors souligné que ce mode de subsidiation était également pratiqué dans les universités qui reçoivent des subsides calculés en fonction du nombre d'étudiants inscrits.

A propos de l'avenir, tout en rappelant que l'Exécutif n'avait pas à répondre de ses intentions, le ministre a tenu à souligner le rôle important joué par les centres de santé mentale dans le domaine de la prévention et de la thérapie des maladies mentales. Le ministre a confirmé d'autre part que le décret sur les centres d'aide et d'information sexuelle, conjugale et familiale, serait entièrement respecté.

Un autre commissaire a rappelé que le décret portant agrégation et subsidiation des CSI n'était entré en vigueur que le 1^{er} janvier 1985 sur base d'arrêtés d'exécution qui n'étaient pu-

bliés au *Moniteur* qu'au mois d'octobre de la même année. Peu de temps après, le nouvel Exécutif annonçait son intention de proposer l'annulation du décret dans le délai le plus rapide possible. Ce commissaire s'étonne de cette précipitation en l'absence d'études scientifiques permettant de conclure de la trop courte expérience des CSI que leur pratique se révèle être nocive.

Le même intervenant a rappelé qu'au cours de son exposé introductif, le ministre avait fait état d'un rapport de synthèse réalisé par l'administration de la Communauté française sur les activités des CSI et a demandé si ce rapport avait été mis à la disposition des membres de la commission.

Evoquant les difficultés rencontrées quant à la production de renseignements précis sur l'expérience des CSI, ce commissaire a rappelé la disposition du règlement du Conseil prévoyant qu'à l'occasion de l'examen d'un projet ou d'une proposition de décret, les commissions du Conseil pouvaient décider de procéder à l'audition de personnes extérieures à la commission. L'intervenant a demandé en conséquence que la commission procède à l'audition de responsables de l'Ordre des médecins ainsi que des responsables des centres de santé intégrés.

Le même intervenant a réitéré la question déjà posée par un autre commissaire : en quoi la pratique des CSI met-elle en cause les principes fondamentaux de la charte médicale (libre choix du médecin, liberté thérapeutique et secret médical) ? Ce commissaire a regretté que le ministre n'ait pas davantage répondu à cette question fondamentale. Il est évident, a-t-il souligné, que personne au sein de la commission n'accepterait une remise en cause des principes essentiels de la charte médicale. Evoquant le cas du CSI de Forest où pratiquent 5 à 6 généralistes, l'intervenant a rappelé qu'un tel centre assure une permanence 24 heures sur 24, ce qui n'est pas le cas des généralistes isolés auxquels on pourrait dès lors, reprocher de ne pas assurer à leurs malades le libre choix du médecin.

De même, l'intervenant a réaffirmé qu'il n'y avait pas eu jusqu'à présent, à sa connaissance, de manquements à la règle du secret médical de la part des membres de CSI. On pourrait du reste tout aussi bien s'interroger sur d'éventuels manquements de la part des équipes des polycliniques. Ce commissaire s'est demandé si, en réalité, ce qui est contesté par l'Exécutif actuel, ce n'était pas tellement les règles fondamentales inscrites dans le décret que le principe de la rémunération forfaitaire, lequel est consacré par les arrêtés d'exécution. Il conviendrait peut-être dès lors de songer à modifier les arrêtés d'exécution plutôt que le décret lui-même. Ce

commissaire a encore souligné que le paiement direct des honoraires ne fait pas partie de la charte médicale au point de vue international.

A propos d'une tendance à l'augmentation de la consommation médicale en raison de la pratique des CSI, le ministre a rappelé qu'au cours de la brève période d'activité des centres, on a constaté une augmentation rapide du nombre de personnes inscrites (voir tableau annexé); or les subsides augmentent en fonction du nombre de personnes inscrites, ce qui implique des charges supplémentaires pour la collectivité.

A propos de la courte période d'activité des centres, s'il est vrai que le décret n'est entré en vigueur que le 1^{er} janvier 1985, le ministre a fait remarquer qu'auparavant les centres avaient déjà disposé de subsides octroyés sur base de conventions.

Le ministre a confirmé qu'un rapport de synthèse sur les activités des CSI avait été réalisé par l'administration, à la demande du ministre qui souhaitait s'en réserver la propriété tandis qu'un résumé avait été transmis aux membres de la commission au cours de la séance précédente.

Il n'y a pas lieu, a déclaré le ministre, de maintenir les dispositions du décret relatives à l'agrégation tout en supprimant le principe de la subsidiation. En effet, d'une manière générale, rien au point de vue de la déontologie médicale n'interdit à des médecins de s'associer. D'éventuelles possibilités d'abus ayant été évoquées, le ministre a estimé qu'il appartenait alors à l'Ordre des médecins de sanctionner de tels abus.

Enfin, le ministre a souligné qu'une politique active d'éducation à la santé ne devait pas nécessairement passer par l'octroi de subsides à certains centres médicaux et a réaffirmé son intention de mener cette politique en faveur de la santé en collaboration avec tous les médecins indépendants, les associations d'infirmier(e)s et de kinésithérapeutes qui tous doivent servir de relais de ces actions d'éducation vis-à-vis de leurs patients.

Il ne s'agit pas de créer une nouvelle catégorie de médecins et de paramédicaux spécialement subsidiés pour pratiquer l'éducation à la santé; tout le monde médical doit se trouver sur un même pied d'égalité. D'autres institutions ont également un rôle important à jouer en ce domaine, a souligné le ministre : l'Office de la Naissance et de l'Enfance pour les enfants d'âge préscolaire et la Croix-Rouge qui aura plus particulièrement des responsabilités d'éducation à la santé en milieu scolaire.

A la suite des réponses fournies par le ministre, la proposition du commissaire visant à ce qu'il soit procédé à des auditions de responsables du Conseil de l'ordre et de responsables des CSI, en application de l'article 18, alinéa 1^{er} du règlement du Conseil, a été mise aux voix : cette demande a été rejetée par 8 voix contre 3.

A l'issue de ce vote, un commissaire a souhaité recevoir un complément d'informations sur le type de pratiques des CSI : y fait-on réellement autre chose que de la médecine libérale ? Evoquant l'exposé du ministre et le pourcentage d'actes de prévention auquel il est fait allusion, l'intervenant a estimé que tous les médecins indépendants pratiquaient déjà le dépistage régulier du cancer du sein ainsi que d'autres types de dépistages. Alors que les actes de médecine préventive pourraient justifier l'existence de tels centres, l'intervenant a estimé que le pourcentage annoncé de 6 p.c. de médecine préventive était très faible. D'autre part, ces centres ont-ils plus systématiquement recours à des services sociaux que ne le font les généralistes qui eux-mêmes peuvent suggérer à leurs patients d'avoir recours à divers services sociaux.

Evoquant l'existence de conventions de recherches passées avec les CSI de l'ordre de 13 millions, l'intervenant a souhaité pouvoir bénéficier du résultat de ces recherches. Le même commissaire a souhaité connaître le montant total des subsides octroyés à ce jour aux centres par médecin et a demandé des précisions sur le type de population des usagers des CSI.

Un autre commissaire a estimé également qu'il serait extrêmement important, d'un point de vue scientifique, de disposer d'une approche sociologique des usagers des centres. Il semble, en effet, que cette médecine pratiquée par de jeunes praticiens attire essentiellement une population de jeunes également, de 25 à 40 ans. Le même commissaire a demandé si, en raison de la pratique des CSI, on avait pu constater une diminution du nombre d'hospitalisations.

En réponse à ces questions complémentaires, le ministre a présenté un tableau reprenant l'ensemble des subsides octroyés à ce jour aux CSI (voir annexe 7).

Ce tableau permet d'apprécier l'importance des subsides octroyés, par médecin ou par membre de l'équipe. La moyenne actuelle, a déclaré le ministre, est de 900 000 francs à 1 million par an par médecin (en tenant compte toutefois des subsides relatifs aux conventions de recherches, ainsi que des subsides de premier établissement).

Quant à des activités de caractère social, évoquées par un commissaire, le ministre a estimé

qu'elles dépendaient essentiellement de la présence de travailleurs sociaux dans l'équipe ou des relations particulières avec certains CPAS. Quant à l'évolution du nombre d'hospitalisations, le ministre a proposé de poser directement la question au ministre de la Santé publique.

Un commissaire a souhaité que le rapport fasse état de cette demande et de l'absence de réponse précise à ce sujet, estimant qu'il s'agit d'un critère important permettant d'apprécier les répercussions budgétaires éventuelles de la pratique des CSI sur l'évolution du coût des hospitalisations.

Commentant le tableau des subsides octroyés aux CSI présenté par le ministre, un commissaire a souhaité mettre en évidence les différents types de subsides reçus par les centres. En effet, 6,5 millions ont été distribués au titre de recherches scientifiques. A ce sujet, l'intervenant a estimé que les CSI avaient servi de point d'appui à des recherches, au même titre que d'autres institutions recevant tel type de subside de recherche appliquée. Il reste dès lors en discussion, a souligné l'intervenant, 6 millions de subsides au titre de premier établissement et enfin 4 millions de subsides de fonctionnement. La discussion porte donc, en définitive, sur l'octroi d'un subside de fonctionnement, à raison de 400 francs par patient inscrit par an. L'intervenant a dès lors posé la question de savoir si les médecins généralistes indépendants qui ne reçoivent pas de tels subsides de fonctionnement (à raison de 400 francs par an par patient), assumaient effectivement les mêmes fonctions sociales que les médecins des équipes des CSI et acceptaient les mêmes contrôles.

Plusieurs commissaires ont encore insisté sur ce que pouvait signifier la notion de libre concurrence dans la pratique médicale. Ils ont défendu la position selon laquelle, en réalité, la libre concurrence implique justement que puisse coexister des expériences alternatives à la pratique de la médecine libérale. La liberté de choix du patient, a souligné un commissaire, doit signifier le choix entre deux types de médecine, personne n'étant obligé de s'inscrire dans un CSI. Après une visite dans un CSI, ce commissaire en a retiré la conviction qu'il s'agissait bien de deux types de pratique médicale différente, s'adaptant à des clientèles distinctes.

En effet, la clientèle des usagers du CSI visité par ce commissaire compte beaucoup de personnes particulièrement démunies dont un grand nombre d'immigrés s'exprimant très difficilement en français. Ces personnes savent que les membres de l'équipe médicale font partie intégrante de leur quartier, elles y sont habituées. Elles craignent par contre de devoir effectuer la démarche d'aller à l'hôpital. L'inter-

venant a conclu qu'il n'était pas acceptable de décider à priori qu'il s'agissait d'une mauvaise médecine qui ne répondait pas aux besoins de la population, sans effectuer au préalable une analyse précise de l'expérience menée jusqu'à ce jour.

Le même commissaire a souligné encore le dévouement des membres de ces équipes médicales et rappelé que lors de la législature précédente, le groupe PSC, dans son ensemble, ne s'était pas opposé au décret, un grand nombre de ses membres ayant voté en faveur de son approbation. Ce commissaire a déclaré que la position adoptée à présent par la nouvelle majorité était une position politique et de principe répondant au vœu de la fédération Wynnen et qui ne s'appuyait en aucune manière sur une étude précise des expériences menées.

A propos de la différence de pratiques médicales, un autre commissaire a encore déclaré que les membres des équipes des CSI consacraient généralement plus de temps à leurs patients tout en gagnant moins et en s'imposant une coordination avec les autres membres de l'équipe, insistant sur une prise en charge des problèmes de santé par le patient lui-même. Le même intervenant a rappelé par ailleurs que le ministre ne voyait pas d'inconvénient à subsidier des centres de santé dans la mesure où il s'agissait de la santé mentale. Selon ce commissaire, les pouvoirs publics pratiquent encore un grand nombre d'interventions, telle la politique de prix des produits pharmaceutiques, sans compter le soutien d'entreprises en difficulté dans le domaine économique.

Un autre commissaire a rappelé qu'une campagne d'éducation sanitaire était financée par la CGER et par l'industrie pharmaceutique.

Evoquant la très nette augmentation du nombre de médecins au cours des dernières années et les souhaits exprimés par l'Ordre des médecins de l'organisation d'un numerus clausus, un autre commissaire s'est demandé si là ne résidaient pas les problèmes essentiels de la profession médicale.

Le ministre a déclaré qu'il s'agissait là de problèmes relevant de la compétence nationale et qu'il convenait de circonscrire la discussion à l'objet du projet de décret lui-même. Le ministre a réaffirmé que l'octroi de subsides à certains centres médicaux impliquait une rupture de la concurrence entre tous les généralistes.

Sans subsides, rien n'interdit aux médecins de pratiquer une médecine alternative en se groupant. Il est exact par ailleurs, a ajouté le ministre, que des actions d'éducation à la santé ont été financées par l'industrie pharma-

ceutique, par l'Œuvre nationale du cancer, de même que par la CGER. Dans chacune de ces hypothèses, il n'y a pas eu d'intervention financière de la Communauté française.

En matière d'éducation à la santé et de coordination des soins à domicile, le ministre a confirmé que les actions seraient menées avec l'ensemble des divers intervenants concernés : les médecins indépendants, les infirmières, les CPAS, les kinésithérapeutes, la Croix jaune et blanche et l'ONE. Par ailleurs, la position adoptée par certains commissaires, a ajouté le ministre, semble témoigner en fait d'un sentiment méprisant à l'égard de la médecine libérale dont les praticiens consacrent également beaucoup de temps à leurs patients.

Défendant d'une manière générale le désintéressement de l'ensemble du corps médical, un commissaire estime cependant que les subsides de fonctionnement attribués aux CSI permettent à leurs membres de pratiquer une médecine tout à fait différente de la médecine indépendante.

Un commissaire a rappelé qu'on ne compte à présent que trois CSI agréés et s'est demandé quel serait le coût total pour la Communauté française dans l'hypothèse où l'on aurait envisagé une couverture de chacune des sous-régions.

Selon le ministre, trop d'inconnues empêchent de procéder à une estimation budgétaire globale.

Un autre commissaire a contesté la position selon laquelle il ne faudrait faire intervenir dans la discussion du projet de décret que des arguments relevant de la compétence des communautés. Selon l'intervenant, il y a une interaction étroite entre les interventions nationales et communautaires en matière de santé. Ainsi, si l'on veut faire diminuer les frais d'hospitalisation (compétence nationale), il faut mettre l'accent sur la médecine préventive (compétence communautaire).

A cet égard, un autre commissaire a regretté encore qu'on ne puisse avoir une estimation des interventions de l'INAMI en matière d'hospitalisation dans les régions couvertes par un CSI. Rappelant le fait que les subsides octroyés à ce jour aux CSI portent sur une enveloppe globale de 13 millions (frais de fonctionnement, de premier établissement et de recherches), le même intervenant a souligné qu'il s'agissait, en réalité, d'un montant inférieur aux subsides qui seront vraisemblablement accordés à l'organisation de l'Eurovision en Belgique en 1987.

Un commissaire a demandé si les membres des équipes des CSI pourraient toujours béné-

ficier de la rémunération forfaitaire lorsque les CSI ne seraient plus agréés.

Le ministre a répondu par l'affirmative.

A propos du risque de surconsommation médicale, en l'absence de ticket modérateur, un commissaire a évoqué la possibilité de faire payer une cotisation d'inscription; l'expert du groupe PS a précisé que la loi nationale prévoit qu'en cas de paiement forfaitaire, le ticket modérateur n'est pas exigible.

Un commissaire a demandé des précisions quant à l'application de l'article 2 du projet de décret; le décret ne pouvant rétroagir, que se passera-t-il pour la partie d'exercice budgétaire de 1986 avant l'entrée en vigueur du décret ?

Le ministre a rappelé la réponse qu'il avait déjà donnée à cette question lors de l'examen du budget de la Communauté française :

« Le ministre rappelle que l'Exécutif a décidé qu'aucun crédit ne serait affecté à ce secteur pour l'exercice 1986. Les engagements de 1985 sont assurés. A ce jour, trois centres ont été agréés et ont obtenu chacun 2 millions de subsides. Une prolongation de la subsidiation des centres existants dépendra de l'importance des crédits reportés. L'utilisation des crédits de 1985 sera présentée lors de l'examen du projet de décret (1). »

Le ministre a encore précisé que selon les dispositions du décret, l'Exécutif peut subsidier les CSI uniquement dans la limite des crédits budgétaires. Il n'est dès lors pas exact que les CSI disposent d'un droit propre à la subsidiation aussi longtemps que le décret reste en vigueur.

Mis aux voix, les articles 1^{er} et 2, de même que l'ensemble du projet de décret ont été adoptés par 8 voix contre 6.

Le présent rapport, après quelques modifications, a été lu et approuvé par 7 voix et 3 abstentions au cours de la séance du 20 mai 1986.

Le Rapporteur,

P. LENFANT.

Le Président,

H. HANQUET.

(1) Rapport présenté au nom de la commission des Affaires générales, du Règlement et de la Comptabilité par M. E. Klein sur le projet de décret contenant le budget de la Communauté française de l'année budgétaire 1986, p. 21.

Modèle et mode d'emploi des carnets de prescription

a) Modèle de carnet de prescription

CODE			
DATE NAISSANCE			
M	F	HOSP.	
AIG.	CHRO.	CUR.	PSI ED. SANT. SOC.
PATHO.			
VIGNETTE OU COCHER UNE CASE			
ASS. ORDIN. 110			
PENS.			
181	130		
100 %	75 %		
INVAL.			
421	420		
100 %	75 %		
HAND.			
461	460		
100 %	75 %		
INCEP.			
AUTRES			
I. T. T.	REMARQUES	MEDIC. M. M.	
DU			
AU			

b) *Mode d'emploi
des carnets de prescription NCR*

A. *Instructions générales :*

Lorsqu'on inscrit le nom du patient, noter le n° de dossier.

1. *Pour un assuré ordinaire ou un Vipo 75,*

a) S'il y a prescription de médicament,

— remplir normalement l'ordonnance avec le nom du patient et son n° de dossier ainsi que le nom du médicament qui s'inscrira sur le double;

— remplir le double selon les instructions figurant en B.

b) S'il n'y a pas de prescription,

— remplir l'ordonnance, nom et numéro de dossier et noter « néant » à l'emplacement réservé à la prescription;

— remplir le double selon les instructions figurant en B.

2. *Pour les Vipo 100 p.c.,*

a) s'il y a prescription de médicaments,

— prendre l'ordonnance du patient et la disposer sur le carnet; l'ordonnance du carnet se remplira automatiquement.

Ensuite, continuer comme pour le 1. a).

b) s'il n'y a pas de prescription,

— la marche à suivre est identique au point 1. b).

3. *Pour les ONIG, SNCB, CPAS et autres statuts,*

a) s'il y a prescription,

il est indispensable de remplir l'ordonnance du patient séparément et ensuite de la recopier sur le carnet d'enregistrement.

b) s'il n'y a pas de prescription,

idem au 1, b).

4. a) Lorsqu'il n'y a pas de prescription, laisser l'ordonnance inutilisée dans le carnet;

b) Ne pas oublier de mettre sous le double un carton dur qui évitera de remplir plusieurs feuillets à la fois;

c) si pour une raison ou une autre, vous êtes amené(e) à annuler une ordonnance, noter clairement la mention « annulé » et barrer toute l'ordonnance.

Laisser les deux feuilles dans le carnet.

B. 1. *Identification du prestataire :* elle se fait en notant le nom du soignant sur la couverture du carnet.

2. *Rubriques :*

a) *Code :*

La première case est réservée au code INAMI pour la consultation ou la visite, avis...

Les deux suivantes sont prévues pour les codes d'actes techniques.

S'il y a plus de deux actes techniques, noter les codes supplémentaires à côté des cases.

Remarque : pour les visites de kiné à domicile, remplir les deux numéros de code dans la première case.

b) *Sexe :*

Cocher d'une croix la case

— M pour le sexe masculin,

— F pour le sexe féminin.

c) *Date de naissance :*

Noter la date de naissance en chiffres suivant l'exemple : 02/06/38.

Si la date de naissance n'est pas connue (lors d'une demande d'avis, par exemple), noter l'âge approximatif du patient.

d) *Hospitalisation :*

Si le médecin décide d'hospitaliser le patient, noter la date de l'hospitalisation, sinon barrer la mention ~~Hosp.~~

e) *Aigu/chronique :*

Cocher d'une croix suivant le caractère du problème :

Exemples :

— un rhume chez un bronchitique chronique : aigu;

— asthme chez un bronchitique chronique qui fait habituellement des crises d'asthme : chronique;

— crise d'asthme chez un bronchitique chronique qui n'en fait jamais : aigu.

f) *Type de contact :*

Selon la réalité de ce qui est fait durant le contact avec le patient, cocher d'une croix une ou plusieurs cases :

Cur. — Psy. — Ed. san. — Soc.

Cur. : curatif : si le contact est curatif.

Psy. : psychothérapeutique : si le contact donne lieu à un travail de psychothérapie.

Ed. san. : éducation sanitaire : si une éducation sanitaire ou un travail de prévention est fait.

Soc. : social : si le contact donne lieu à une intervention sur le plan social.

g) Pathologie :

La première case est utilisée pour la pathologie ayant motivé le contact, les autres pour les pathologies annexes.

Se référer à la liste standard en annexe I, à la liste complète OMS en annexe II.

h) Vignette/Statut :

Apposer une vignette ou cocher d'une croix la case correspondant au statut du patient.

Si le patient est indépendant ou si son statut n'est pas repris dans les cases supérieures, noter :

— dans la case « indép. » les deux nombres pour les indépendants :

410/900;

410/000;

421/901.

— dans la case « autre », les deux nombres du statut.

i) Incapacité temporaire de travail :

Si une période d'incapacité de travail est prescrite par le médecin, noter la date de début et de fin de cette incapacité temporaire dans la rubrique ITT.

j) Remarques :

Case destinée à noter :

— soit une pathologie non reprise dans l'aide-mémoire (annexe I);

— soit un recours à un service spécialisé (par exemple, envoi en cardiologie pour avis);

— soit une remarque ne rentrant dans aucune des catégories ci-dessus.

k) Date :

Elle s'inscrit automatiquement en NCR à partir de la date de l'ordonnance.

ANNEXE 2

Comptes rendus des réunions du comité d'accompagnement des Centres de santé intégrés

1. Compte rendu de la réunion du comité d'accompagnement du 15 octobre 1985

Présents : H. Jamouille, P. Drielsma, P. Mercenier, M. Dujardin, M. Roland, C. Dejong, J. Laperche, J. Van der Vennet.

Excusés : M. Lonfils, équipe de Tournai.

I. Audit médical

— Les équipes travaillent par paire, une première paire est constituée par les équipes de Barvaux et de Seraing. Les quatre autres équipes fixeront leur choix pour la réunion du 29 octobre 1985.

— Chaque équipe aborde 22 thèmes d'audit sur l'année, un thème concerne un aspect technique médical, l'autre un aspect organisationnel, central au centre de santé intégré.

— Chaque réunion fait l'objet d'un rapport écrit destiné aux membres de chacune des équipes, le comité d'accompagnement est tenu au courant de l'avancement du travail.

— En fin d'année, un rapport final, destiné au comité d'accompagnement et à toutes les autres équipes, est rédigé.

— Dans chaque équipe, ce sont tout au long de l'année les mêmes personnes qui pratiquent l'audit.

— Les étapes de travail sont les suivantes :

- Choix des thèmes;
- Analyse des problèmes à étudier;
- Protocole de recherche et d'évaluation;
- Recueil des données;
- Evaluation et modification de l'action (feed-back).

II. Utilisation de la fiche NCR

Un premier tour de table fait apparaître certaines divergences de position entre les 3 équipes; entre autres, il semble que les objectifs de recueil de données sont trop imprécis. Un groupe de travail constitué par Michel Roland et Jean Van der Vennet se réunira pour préparer le travail de la réunion du 29 octobre 1985.

III. En l'absence de M. Lonfils, le présent compte rendu a été rédigé par J. Van der Vennet.

IV. La prochaine réunion est fixée au 29 octobre 1985 de 9 à 11 heures au cabinet du ministre.

2. Compte rendu de la réunion du 29 octobre 1985

Présents : E. Tartaglier, V. Burnotte, M. Benrutsi, M. Theunissen, P. Drielsma, M. Dujardin, E. Veldeman, M. Roland, G. Delbeeque, C. Cantrier.

Excusés : M. Jamouille, P. Mercenier, M. Lonfils.

I. Audit

Les conditions et le projet de déroulement de l'audit tel qu'il est fixé dans le rapport de la réunion du 15 octobre 1985 est accepté. Les groupes suivants sont formés :

Barvaux — Seraing/Ougrée

Uccle — Gilly

Forest — Tournai

L'audit démarre donc à présent.

II. L'utilisation des relevés faits sur fiche NCR

Maurice Theunissen fait remarquer que les objectifs sont imprécis. Une première réunion de travail a eu lieu entre M. Roland, M. Van Dormael et J. Van der Vennet pour les préciser.

Quatre grands niveaux d'objectifs ont été précisés.

1. Fournir un outil d'organisation interne, apte à améliorer : la facturation forfait; l'alimentation de dossier informatisé avec les données relatives à la consultation, le contrôle de la charge de travail, de la consommation de soins, etc. (c'est non exhaustif).

2. Fournir un outil pouvant recueillir des données pour des études ponctuelles d'auto-évaluation.

3. Fournir un outil pour les études par la communauté tel que : contrôle de taux d'hospitalisations, le recours aux spécialistes, à la biologie clinique, à l'imagène médicale, montrer que la diversité des pathologies rencontrées par les maisons médicales n'est pas éloignée de celle rencontrée par le généraliste en solo.

4. Fournir par un recueil de données des éléments pour une renégociation des montants des abonnements avec l'Inami.

Les objectifs 1 et 2 sont du ressort interne des équipes, l'objectif 3 est du ressort de la commission, l'objectif 4 intéresse d'abord les équipes regroupées au sein de la fédération, et pourrait également intéresser la Communauté par la suite.

Michel Roland et Jean Van der Vennet présentent les objectifs possibles au niveau 3 : si l'on suit la feuille NEM telle qu'elle existe, on fait les remarques suivantes :

— Comme les seules données dont on dispose comme base de comparaison sont celles du Conseil général de l'AMI et que celles-ci sont établies pour des années civiles (du 1^{er} janvier au 31 décembre) notre période de recueil de données doit couvrir les mêmes périodes.

— Par ailleurs, un certain nombre de choses peuvent être comparées pour les mêmes équipes d'une année à l'autre, et à fortiori lorsqu'il n'existe que peu de base de comparaison externe.

— Il y a aussi un certain nombre de comparaisons qui pourront être faite d'une équipe à l'autre.

— D'autres données (celles concernant les patients inscrits — âge, sexe, statut, adresse) sont utilisables.

Les rubriques :

• Code : objectif : comparer le volume d'acte et sa répartition avec donnée INAMI.

• Age, sexe : pratiquement inutile ici car patient inscrit (la seule utilité réelle c'est de pouvoir distinguer les homonymes).

— « Recours » : les études faites à l'étranger montrent, pour le paiement forfaitaire, un accroissement du recours aux spécialistes. Il

faudrait pouvoir suivre le recours d'une année à l'autre, mais il faut également distinguer parmi les recours aux médecins spécialistes tout ce qui concerne l'imagène médicale (qui n'est que la sous-traitance d'un acte technique et non la délégation de la prise en charge) comme on le fait pour la bioclinique.

Seraing et Uccle font remarquer que l'évaluation de la fiche de référence elle-même offrirait plus de faisabilité surtout au niveau de l'auto-évaluation de l'équipe.

— Caractère du contact (curatif, préventif, etc.) : le relevé de 1985 a peu été utilisable car pas assez précis. Un objectif pourrait être de relever ce qui ne fait pas partie de l'action « normale » du thérapeute (on pourrait avoir une liste d'actes qui servirait à la personne qui remplit l'aide-mémoire) pour montrer que les CSI ont une réelle action en prévention, etc. On peut ainsi comparer une année avec une autre.

— Relevé des pathologies rencontrées : ce qui semble être le plus intéressant est de connaître les motifs de consultation. Si aucune base extérieure de comparaison n'est envisageable, le relevé peut servir à se créer sa propre base.

— Médicaments : un relevé en continu de tous les médicaments est peu souhaitable. Il serait plus intéressant de fixer des objectifs précis pour un ou deux cas, soit à relever toute l'année soit sur une période plus limitée.

— Activités des paramédicaux : un premier travail est en cours à Forest. Il serait souhaitable que tout soit au point également pour le 15 décembre.

III. Le comité charge M. Roland, J. Van der Vennet et M. Van Dormael de préparer un document reprenant les objectifs et un document pour informatiser le relevé des données, pour la prochaine réunion.

IV. Prochaine réunion le jeudi 5 décembre 1985 de 9 à 11 heures. Au programme : le relevé NCR.

V. En l'absence de M. Lonfils, le présent compte rendu a été rédigé par Jean Van der Vennet.

ANNEXE 3

Règles relatives à la conclusion d'accords en vue du paiement forfaitaire des prestations approuvées par le comité de gestion du service des soins de santé le 26 juillet 1982, modifiées le 15 octobre 1984

1. Le paiement forfaitaire des prestations peut couvrir tout ou partie des prestations prévues par la loi du 9 août 1963, effectuées par tout dispensateur de soins pratiquant les tarifs d'honoraires fixés par les conventions ou les accords.

2. Le montant du forfait est fixé en fonction du cadre des prestations offertes aux bénéficiaires de l'assurance-soins de santé par le dispensateur de soins ou le groupe des dispensateurs de soins demandeurs, dans les conditions de pratique qu'ils déterminent.

3. En ce qui concerne les prestations effectuées par les médecins de médecine générale, seules sont couvertes par le forfait les consultations et visites, à l'exclusion des prestations techniques. En ce qui concerne les prestations effectuées par les kinésithérapeutes et les praticiens de l'art infirmier, le forfait couvre toutes les prestations prévues à la nomenclature des prestations de santé qui les concerne. Le forfait est fixé pour chaque groupe de prestations telles qu'elles sont précisées en vertu du point 2, par bénéficiaire, en distinguant selon qu'il s'agit de la catégorie des bénéficiaires ordinaires ou de celle des bénéficiaires Vipo.

4. Le montant du forfait est établi, dans chaque cas, sur base du coût moyen annuel des prestations concernées, établi nationalement, pour l'ensemble des bénéficiaires d'une même catégorie.

5. En ce qui concerne les prestations visées sous le point 3, le forfait est dû pour tout bénéficiaire qui s'inscrit auprès d'un dispensateur de soins ou d'un groupe de dispensateurs de soins ayant conclu, dans les conditions prévues à l'article 34^{ter} de la loi du 9 août 1963, un accord en vue du paiement forfaitaire de ces prestations.

6. Le dispensateur de soins ou le groupe concerné prend en charge les prestations couvertes par le forfait, fournies au bénéficiaire inscrit par tout autre prestataire dans les cas suivants :

a) s'il s'agit de prestations effectuées en dehors d'une aire géographique déterminée : cette aire géographique sera fixée dans le cadre de chaque accord;

b) s'il s'agit de prestations effectuées dans l'aire géographique susvisée, lorsque ces prestations sont effectuées dans le cadre d'un service de garde organisé;

c) s'il s'agit de prestations effectuées par un kinésithérapeute ou par une infirmière dans le cadre de prestations à l'acte, lorsque ces prestations sont prescrites par le médecin ayant conclu un accord en vue du paiement forfaitaire des prestations ou par un médecin appartenant au groupe ayant conclu pareil accord;

d) s'il s'agit de prestations pour lesquelles le dispensateur de soins ou le groupe concerné a marqué son accord pour qu'elles soient effectuées par un autre dispensateur de soins ou par un dispensateur de soins n'appartenant pas au groupe concerné.

Il est fait exception aux dispositions de l'alinéa précédent pour les prestations qui seraient fournies à un bénéficiaire à l'occasion d'une hospitalisation donnant lieu au paiement partiel ou total du prix de journée d'entretien.

7. Pour donner droit à l'octroi du forfait, le bénéficiaire est tenu de s'inscrire auprès du dispensateur de soins ou du groupe de dispensateurs de soins concerné. Ce forfait est dû au dispensateur ou au groupe à partir du premier mois qui suit la date de l'inscription et à la condition que l'organisme assureur intéressé en ait été simultanément informé soit par le bénéficiaire soit par le dispensateur ou le groupe auprès duquel il s'inscrit.

Toutefois, lors de sa première inscription, ce bénéficiaire peut demander à bénéficier du remboursement des prestations à l'acte, durant une période maximum de trois mois non renouvelable.

Les dispensateurs de soins ayant conclu, dans les conditions prévues à l'article 34^{ter} de la loi du 9 août 1963, un accord en vue du paiement forfaitaire de certaines prestations ne peuvent fournir ces prestations en les faisant honorer à la prestation, sauf le cas d'exception prévu à l'alinéa précédent, ou encore sauf les cas de participation à un service de garde organisé, de garde à la porte d'un hôpital, de consultations dans un centre de planning familial et de consultations dans un centre qui s'occupe de la prévention et/ou du traitement de l'alcoolisme et/ou des toxicomanies, s'il s'agit de bénéficiaires non inscrits.

Les accords peuvent cependant prévoir et déterminer d'autres cas d'exceptions pour rencontrer notamment la situation particulière de bénéficiaires non inscrits, séjournant temporairement durant certaines périodes de l'année dans l'aire géographique visée sous le point 6.

Dans tous autres cas, prévus par les accords, portant dérogation à la rétribution forfaitaire des médecins, toute possibilité de faire honorer à l'acte des consultations et visites est exclue.

8. Le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins auprès duquel un bénéficiaire est inscrit ne peut refuser l'inscription d'un autre bénéficiaire faisant partie du ménage du bénéficiaire déjà inscrit.

9. Tout bénéficiaire inscrit auprès d'un dispensateur de soins ou d'un groupe de dispensateurs de soins peut renoncer à cette inscription avant la fin de chaque trimestre calendrier; cette renonciation doit être adressée au groupe concerné au moins un mois avant que l'inscription cesse ses effets.

Le bénéficiaire en cause en avertit dans le même temps son organisme assureur.

10. Le dispensateur de soins ou le groupe auprès duquel un bénéficiaire est inscrit peut mettre fin à cette inscription à l'expiration de chaque trimestre calendrier en avertissant, au moins un mois avant la fin du trimestre, à la fois le bénéficiaire concerné et l'organisme assureur auquel celui-ci est affilié. La décision de mettre fin à l'inscription d'un bénéficiaire implique qu'il est mis fin, à la même date, à l'inscription des autres bénéficiaires faisant partie du même ménage.

11. Le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins ayant conclu avec les organismes assureurs un accord en vue du paiement forfaitaire des prestations est tenu d'enregistrer, pour chaque bénéficiaire inscrit, les prestations qui lui sont fournies, qu'elles soient ou non visées par le forfait, et notamment les

prescriptions de médicaments, les envois auprès d'un médecin spécialiste et les séjours dans un établissement hospitalier.

Le registre de ces prestations est à la disposition des organes de contrôle des organismes assureurs et de l'INAMI.

12. Les forfaits dus sont versés, par tranches mensuelles, au début de chaque mois, par les organismes assureurs au dispensateur de soins ou au groupe de dispensateurs de soins concerné.

13. A la fin de chaque exercice, il peut être mis fin à l'accord conclu en vue du paiement forfaitaire des prestations par une lettre adressée au service des soins de santé de l'INAMI, soit par le dispensateur de soins ou le groupe de dispensateurs de soins concerné, soit par l'ensemble des organismes assureurs.

Les accords pour le paiement forfaitaire des prestations sont valables jusqu'au 31 décembre de l'année au cours de laquelle ils sont conclus. Ils peuvent être tacitement reconduits d'année en année, sauf dénonciation de l'une des parties dans les huit jours suivant la publication des taux d'honoraires et de frais de déplacement résultant de nouveaux accords ou conventions et des montants forfaitaires qui en découlent.

14. Par dérogation aux dispositions du point 7, deuxième alinéa, le bénéficiaire peut, lors de sa première inscription, au cours de la première année de mise en vigueur des présentes règles, demander à bénéficier du remboursement des prestations à l'acte durant une période maximum de six mois.

15. Par dérogation aux dispositions du point 13, tout dispensateur de soins ayant conclu un accord en vue du paiement forfaitaire des prestations peut, par un préavis de trente jours au moins, signifier au service des soins de santé de l'INAMI qu'il renonce à cet accord pour passer dans le système du remboursement des prestations à l'acte.

ANNEXE 4

Evolution du nombre d'abonnés

	1 ^{er} octobre 1985	1 ^{er} janvier 1986	mai 1986
1. Centre de santé « Le Goéland »	1 095	1 500	1 550
2. Maison médicale de Forest	1 493	2 500	3 000
3. Maison médicale B. Van Schouwen	2 225	2 378	2 500

Source : Direction générale de la Santé (1986).

Liquidations au bénéfice des centres de santé intégrés

	Frais de fonctionnement (Titre I - Dépenses courantes)	Subsides 1 ^{er} établissement (Titre II - Dépenses de capital)
1. Centre de santé « Le Goéland » à Bruxelles :		
Calcul	1 500 × 400 F	forfait
Imputation	S. 31, art. 01.06.21	S. 37, art. 01.06.21
Montant	600 000 F	2 000 000 F
Liquidation (4 ^e trim. 1985)	98 550 F	(en cours)
2. Maison médicale de Forest à Bruxelles :		
Calcul	2 500 × 400 F	forfait
Imputation	S. 31, art. 01.06.21	S. 37, art. 01.06.21
Montant	1 000 000 F	2 000 000 F
Liquidation (4 ^e trim. 1985)	134 310 F	(en cours)
3. Maison médicale B. Van Schouwen à Seraing :		
Calcul	2 378 × 400 F	forfait
Imputation	S. 52, art. 12.43.11	S. 52, art. 52.43.21
Montant	951 200 F	2 000 000 F
Liquidation (4 ^e trim. 1985)	200 250 F	(en cours)

Source : Direction générale de la Santé (1986).

ANNEXE 6

Imputations budgétaires

(Section 52, article 12.43 : centres de santé intégrés).

a) 1985 : crédit initial : 10 000 000 +
4 000 000 (ajustement)

1. engagements : 13 200 250 (1)
799 750 (disponible)
2. liquidations : 4 579 502 (2)
5 420 488 (disponible).

b) 1986 :

1. engagements : 0 (3)
2. liquidations : 1 009 556.

Source : Direction générale de la santé (1986).

(1) Les conventions d'études avec les neuf maisons médicales, préalables à l'exécution du décret du 8 juillet 1983 ont été imputées à cet article (voir exposé du ministre en commission).

(2) Les liquidations se poursuivent sur base des déclarations de créance transmises par les maisons médicales.

(3) Aucun montant n'a été engagé en 1986 sur base du décret du 8 janvier 1983, ni sur base de l'arrêté de l'Exécutif du 26 août 1985.

**Centres de santé intégrés agréés en vertu de l'arrêté de l'Exécutif
du 28 août 1985**

Dénomination	Centre <i>Le Goéland</i>	Maison médicale de Forest	Maison médicale Bautista Van Schouwen
Localisation	Avenue Coghén 91 1180 Bruxelles	Chaussée de Bruxelles 47 1190 Bruxelles	Rue de Baume 215 4100 Seraing
Equipe thérapeutique	Non communiquée ± 15 personnes	15 personnes 5 médecins généralistes 1 kinésithérapeute 3 infirmières 1 psychologue 2 secrétaires 1 assistante sociale 1 graphiste 1 logopède	15 personnes 6 médecins généralistes 2 kinésithérapeutes 3 infirmières 1 infirmière sociale (1/4 temps) 1 psychologue 1 diététicienne 1 secrétaire
Abonnés inscrits	1 500	2 500	2 378

	Centre <i>Le Goéland</i>	Maison médicale de Forest	Maison médicale Bautista Van Schouwen	Total
I. Subventions sur base annuelle (première année de fonctionnement)				
1. Frais de fonctionnement, article 5 de l'arrêté de l'Exécutif du 26 août 1985 :				
Estimation pour l'année 1986	400 F × 1 500 inscrits soit 460 000	400 F × 2 500 inscrits soit 1 000 000	400 F × 2 378 inscrits soit 951 200	2 411 200
2. Frais de 1 ^{re} installation, article 6 de l'arrêté de l'Exécutif du 26 août 1985 (unique)				
	2 000 000	2 000 000	2 000 000	6 000 000 en cours de liquidation
Subsides liquidés (4 ^e trimestre 1985)	98 550	134 370	200 250	433 170
II. Conventions de recherche (1)				
	1 600 000	2 100 000	2 786 000	6 486 000 en cours de liquidation
III. Subventions allouées :				
— De 1 ^{er} établissement	2 000 000	2 000 000	2 000 000	6 000 000
— De fonctionnement (400 F × nombre d'inscrits)	98 550	134 370	200 250	433 170
— De recherche	1 600 000	2 100 000	2 786 000	6 486 000
Totaux pour le III	3 698 550	4 234 370	4 986 250	12 919 170

IV. Sur base des subventions allouées globalement :

— Ratio par membre des équipes : 3 équipes complètes
soit ± 45 personnes :

$$13\,000\,000 : 45 = 288\,888 \text{ F}$$

	Centre <i>Le Goéland</i>	Maison médicale de Forest	Maison médicale Bautista Van Schouwen	Total
--	-----------------------------	------------------------------	---	-------

— Ratio par médecin :
13 000 000 : 16 = 812 500 F

— Sur base des subventions allouées, calculées par centre :

	estimation : équipe non connue		
- Par membre	246 230	282 158	329 080
- Par médecin	—	846 874	987 250

V. Subvention forfaitaire de l'INAMI

Attribuée pour le médecin, le kinésithérapeute, le praticien de l'art infirmier :

Mensuellement

Par abonné

(1) Il faut entendre l'établissement de convention en vue d'étudier la mise au point d'un système d'organisation le plus approprié devant aboutir à l'élaboration des modalités d'application du décret en vue de la rédaction de l'arrêté d'application notamment en ce qui concerne les conditions d'agrément.

N.B. : D'autres maisons médicales ont participé à cette recherche et bénéficié de subventions.