



CONSEIL DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 1982-1983

3 FEVRIER 1983

PROPOSITION DE DECRET

VISANT A LA SUBSIDIATION DES ACTIVITES
EXERCEES PAR LES CENTRES DE SANTE INTEGRES
DEPOSEE PAR M. J.-J. DELHAYE ET CONSORTS

DEVELOPPEMENTS

La présente proposition vise à permettre aux centres de santé intégrés de dispenser des soins globaux, intégrés et continus, car le financement actuel de ces centres indemnise seulement les prestations de soins curatifs.

Le système forfaitaire dont les règles ont été arrêtées en juillet 1982 par le comité de gestion de l'INAMI, en application de l'article 34^{ter} de la loi du 9 août 1963, ne s'écarte pas du financement exclusif des soins curatifs.

Les tâches d'éducation pour la santé, les mesures de préventions, la coordination des intervenants, ne sont pas financées par l'INAMI. Or, il y a de sérieuses raisons de croire (ainsi que les exemples américains, anglais, hollandais et canadiens en font état) que l'approche globale des problèmes de santé des individus, au niveau du premier recours, assure une meilleure efficacité des services. Elle est susceptible de réduire les coûts, notamment dans la consommation médicale au second échelon (hospitalisations, soins de spécialistes, mises au point biologiques, etc.), qui est le plus coûteux.

La « globalité » dans l'approche du patient demande une collaboration pluridisciplinaire continue qui s'organise autour du patient en fonction des besoins de celui-ci. Elle expose à des frais supplémentaires, comme ceux, par exemple, de soins sociaux, infirmiers et logistiques.

L'intégration (de la prévention et de l'éducation à la santé) expose à un temps de

travail supplémentaire inaccoutumé, que ne permettent pas les indemnités accordées aux diverses prestations individualisées. En particulier, la continuité dans la distribution de soins globaux exige une structure particulière d'équipe et une répartition innovatrice des tâches.

Notre Communauté a besoin d'initiative, d'expériences pour sortir de l'impasse que constitue le coût toujours croissant des services de santé, sans que ce coût croissant soit associé à une modification favorable des indices de morbidité.

Les centres de santé intégrés sont une initiative présentée dans notre Communauté depuis dix années sous la forme de certaines maisons médicales.

Ce décret vise à permettre aux centres de santé intégrés l'exercice de leur pratique dans des conditions de financement adaptées à cette forme de soins primaires.

On peut espérer que la conjonction d'un financement adéquat avec une évaluation des résultats produira une vision renouvelée de l'organisation des soins primaires dont notre Communauté francophone a besoin.

C'est d'ailleurs à cette démarche que nous invitent l'Organisation mondiale de la Santé et la Communauté européenne.

J.-J. DELHAYE.

PROPOSITION DE DECRET

VISANT A LA SUBSIDIATION DES ACTIVITES EXERCEES PAR LES CENTRES DE SANTE INTEGRES

ARTICLE 1^{er}

Pour l'application du présent décret, sont considérés comme centres de santé intégrés les associations sans but lucratif dont l'objet social est la dispensation, au niveau de l'échelon médico-social de premier recours de soins globaux intégrés et continus, y compris l'art de guérir, ainsi que les institutions créées par une ou plusieurs personnes de droit public en vue de cette dispensation.

ART. 2

Par soins globaux, intégrés et continus, il convient d'entendre :

— les soins globaux qui prennent en considération toutes les dimensions de la personne, y compris ses composantes psychologiques, culturelles et sociales, sans se limiter à l'organe malade et qui concrétisent, à l'égard de la population qui s'adresse au centre, les démarches de recherche et d'action nécessaires à la sauvegarde de la santé publique;

— les soins prestés par une équipe pluridisciplinaire qui intègre son action médicale, sociale et paramédicale grâce à une coordination des différentes actions, curative, préventive et d'éducation pour la santé, au bénéfice du patient et de la population qui s'adressent à elle;

— les soins qui s'exercent de façon continue, non seulement lors de maladie du patient, mais aussi en cas de prévention et d'éducation pour la santé. Cette continuité implique l'organisation d'une permanence médicale ainsi que la gestion, par le dossier médical accessible aux différents thérapeutes, de l'information qui concerne la santé de chaque patient.

ART. 3

§ 1^{er}. L'Exécutif de la Communauté française subventionne les centres de santé intégrés pour leurs activités non indemnisées, ou rémunérées, par ailleurs ou dont l'indemnisation,

ou la rémunération, ne couvre pas les exigences requises par la prestation de soins globaux intégrés et continus.

§ 2. Il peut, en outre, subsidier l'investissement nécessaire à l'établissement d'un centre de santé intégré, ce qui implique la subvention à l'achat, la construction, la transformation et l'équipement du centre.

ART. 4

§ 1^{er}. Le subventionnement prévu à l'article 3 est accordé, selon des modalités fixées par l'Exécutif de la Communauté française, aux centres de santé intégrés qui ont dans leur organe de gestion des représentants de la population concernée par leur action. L'Exécutif de la Communauté française définit les conditions de cette représentation ainsi que les modalités de désignation et de participation de ces représentants.

§ 2. En cas d'application de 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, l'Exécutif peut ne subventionner que les centres de santé intégrés qui auront choisi la rémunération forfaitaire de leurs activités, ainsi qu'elle est prévue par cette loi.

ART. 5

Le subventionnement se fera en fonction des soins offerts et du nombre de travailleurs occupés par le centre de santé intégré. En outre, si l'Exécutif use de la possibilité prévue à l'article 4, § 2, le subventionnement se fera également en fonction du nombre d'abonnés.

ART. 6

L'Exécutif de la Communauté française est chargé de l'application du présent décret.

J.-J. DELHAYE.
Mme G. BRENEZ.
F. DONNAY.