



---

# CONSEIL DE LA COMMUNAUTE FRANÇAISE

Session 1982-1983

---

31 MAI 1983

---

## PROPOSITION DE DECRET

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. **J.-P. PERDIEU**

---

---

(1) Voir Doc. Conseil 88 (1982-1983) - Nos 1 et 2.

MESDAMES, MESSIEURS,

Votre Commission de la Santé et des Sports (1) a examiné au cours de ses réunions des 19 avril, 19 mai et 31 mai 1983 la proposition de décret visant à la subsidiation des activités exercées par les centres de santé intégrés.

### Exposé des motifs de l'auteur de la proposition

La proposition de décret a pour objet de définir les centres de santé intégrés et 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.

Actuellement, seul les soins curatifs sont financés par l'INAMI.

### Exposé du ministre

Le Ministre rappelle un bref extrait de la déclaration de l'Exécutif de la Communauté française du 19 janvier 1982 :

« Les expériences d'organisation d'une médecine de groupe et de centres de santé intégrés seront poursuivies. En effet, l'approche pluridisciplinaire des équipes sanitaires de base travaillant dans les centres de santé intégrés doit permettre d'envisager les problèmes de santé, physique et mentale, sans les dissocier des autres difficultés, qu'elles soient économiques, culturelles, sociales ou même juridiques. »

L'Exécutif a adopté entièrement cette déclaration.

C'est dire aussi que la proposition de décret déposée par M. J.-J. Delhaye et consorts est favorablement accueillie par l'Exécutif puisqu'elle s'inscrit dans la ligne politique de l'Exécutif.

Comme exposé dans les développements de cette proposition de décret, celle-ci vise à octroyer aux CSI un financement complémentaire au financement actuel de l'INAMI indemnisant

exclusivement les prestations de soins curatifs afin de permettre au CSI de dispenser des « soins globaux intégrés et continus ».

Il est vrai que les tâches d'éducation à la santé de prévention, de coordination entre intervenants divers ne sont actuellement pas prises en considération par l'INAMI.

Or, l'on sait que l'approche globale des problèmes de santé assure une meilleure efficacité des services se traduisant notamment par un moindre recours au second échelon (soins spécialisés, examens techniques, hospitalisations) et par une amélioration des indices de morbidité.

Diverses expériences étrangères en attestent : Hollande, Royaume-Uni, Canada.

Il devient donc urgent pour notre Communauté de permettre aux CSI l'exercice de cette pratique nouvelle dans des conditions financières adéquates.

A ce propos, il faut rappeler ici que le système forfaitaire établi en juillet dernier par le Comité de gestion de l'INAMI en application de l'article 34<sup>ter</sup> de la loi du 9 août 1963 ne subsidie que les actes curatifs (médicaux, de kiné et infirmiers). Sa seule nouveauté est de les subsidier sur base forfaitaire.

Ce « nouveau » système ne change donc rien de fondamental au système actuel : il ignore de la même façon toutes les activités de prévention et de coordination faisant l'originalité des CSI.

Du même coup, ne les subsidiant pas, il n'améliore pas le sort financier des CSI. Mais les interventions de l'INAMI échappent à la compétence des Communautés.

Le Ministre précise ensuite les fonctions des CSI :

— étude clinique et psycho-sociale du patient; recherche de facteurs de risques particuliers;

— réalisation d'actes techniques courants de diagnostic; éventuellement, référence à un centre spécialisé pour les examens plus sophistiqués;

— synthèse des informations avec conservation de celles-ci dans un dossier standardisé, tenu constamment à jour pour chaque patient; information du patient et, éventuellement, de sa famille; décision en commun des mesures préventives ou curatives;

— exécution et surveillance des mesures décidées ou référence à un centre spécialisé;

— guidance de la convalescence, de la réadaptation et de la réinsertion sociale;

— éducation sanitaire personnelle et de groupe;

(1) Ont participé aux travaux de la commission :  
Mme Coorens, MM. J.-J. Delhaye, Donnay, Lepaffe, Lernoux, Poulain, Mme Saive-Boniver, MM. Vercaigne et Perdieu, rapporteur.

(2) Ont assisté aux travaux de la commission :  
— M. Urbain, ministre de la Santé et de l'Enseignement de la Communauté française;  
— MM. de Roubaix, Hendrick, membres du Conseil;  
— M. Dooms, chef de cabinet du ministre Urbain;  
— M. Awoust, représentant du ministre Monfils;  
— M. Pechon, représentant du ministre Urbain.

— campagnes de dépistage et de vaccination;

— surveillance de l'environnement et information des autorités concernées de la situation locale;

— gestion du dossier médical en vue notamment d'évaluation et d'une utilisation épidémiologique : établissement d'une carte sanitaire; intégration des données en vue de la détermination des actions futures de prévention...

### Discussion générale

Un membre estime que la définition des centres de santé intégrés n'est pas assez précise. Confiée aux pouvoirs publics, la subvention de centres mal définis et introduisant des notions psychologiques, culturelles et sociales est néfaste et doit être considérée comme un pas vers une politisation et une socialisation des soins.

S'il est exact que les soins curatifs sont remboursés par l'INAMI, il existe également certains remboursements de soins préventifs (exemple : la femme enceinte).

Ce membre considère que la subvention des CSI occasionnerait des frais supplémentaires alors que des médecins libéraux se groupent déjà pour limiter leurs frais et offrir aux malades une meilleure qualité de soins.

Selon l'auteur de la proposition, la définition des CSI a été voulue non limitative de manière à tenir compte non seulement de ce qui existait, mais également de ce qui pourrait se créer à l'avenir. Être trop restrictif pourrait empêcher certaines initiatives futures. Par ailleurs, l'objet du décret ne concerne pas les frais administratifs.

Le Ministre rappelle que les multiples fonctions rencontrées par le CSI ne peuvent être prises en charge que par une équipe pluridisciplinaire comprenant des médecins, des paramédicaux et du personnel administratif travaillant dans un esprit de collaboration.

La qualification et le nombre des uns et des autres seront définis en fonction des objectifs que le CSI devra réaliser prioritairement.

Il souligne en outre que le CSI permet la création d'un dossier médical qui, contrairement au système de la médecine à l'acte telle que nous la connaissons et découlant de la médecine de type libérale, entraînera une limitation des actes techniques et donc une limitation des dépenses publiques.

Le Ministre estime qu'associer les représentants de la population ne constitue pas un choix uniquement politique. Les problèmes de la

santé ne doivent être évoqués uniquement lorsque celle-ci est déficiente. Il s'agit avant tout d'un changement des mentalités. Un des aspects de la vie des CSI est d'amener les individus à s'inquiéter collectivement des problèmes de santé. En rendant cette préoccupation permanente, le CSI conduira vers une diminution des actes curatifs.

Plus proches des réalités socioculturelles locales, les CSI accroissent le taux de pénétration dans les milieux concernés et permettent de mener une véritable politique préventive et curative.

Un commissaire interroge le Ministre sur les moyens d'existence des CSI.

Evoquant son expérience suite à une visite d'un CSI, le Ministre a constaté que ces centres de santé étaient composés de médecins qui croyaient en un système de santé basé sur le volontariat et non rémunérateur. Dans la situation actuelle, les médecins mettent en commun les honoraires et se les partagent. Les ressources des CSI sont fournies selon une rémunération à l'acte identique au système de la médecine de type libérale.

Un membre se demande quelle sera l'application pratique du décret sans moyens budgétaires. De plus, si au moment où les moyens budgétaires arriveront, quel choix fera l'Exécutif entre toutes les propositions de décret qui étaient inapplicables faute de moyens financiers ?

Un commissaire réaffirme son opposition à la proposition de décret car celle-ci prévoit un coût supplémentaire sous forme de subvention par rapport à ce qui existe maintenant.

Le Ministre rappelle que le premier objectif de la proposition de décret est de donner une reconnaissance à ces CSI avant de donner les moyens budgétaires pour la création.

La priorité de l'octroi de moyens financiers dans un cadre budgétaire peut résulter d'une décision de l'Assemblée par voie d'amendements ou de motions adressés à l'Exécutif.

Un membre estime que la subvention des centres de santé intégrés par les pouvoirs publics se fera au détriment de la médecine libérale. Il serait dangereux de transformer les CSI en centres de rééducation du malade en développant un certain encadrement de la population.

M. Delhaye estime que la subvention des CSI est justifiée car ils ont une autre politique de soins que celle pratiquée par la médecine de type libérale. Il n'y aura cependant pas de dépenses supplémentaires pour l'Etat ou la Communauté. Déjà actuellement, la sécurité sociale est financée par l'ensemble de la popula-

tion. Le système prévu permettant une diminution des actes médicaux entraînera de ce fait une diminution des dépenses soins de santé de manière globale.

Un membre demande à M. Delhaye de lui communiquer le coût de l'application pratique du présent décret.

M. Delhaye informe le membre que les centres de santé intégrés souhaitent disposer d'un crédit de 2 millions de francs par an qui couvre les frais de traitements des infirmières et les frais de secrétariat. Sept centres de santé intégrés répondent actuellement à ces normes. Dans un premier stade, la proposition de décret vise à la subsidiation de trois maisons médicales à titre d'expérience.

Le Ministre communique à la Commission la liste des maisons médicales.

### Discussion des articles

#### Article 1<sup>er</sup>

Un membre demande que les mots « y compris l'art de guérir » soient supprimés.

A la suite d'un échange de vues, la Commission marque son accord pour supprimer les termes « y compris l'art de guérir » et insérer après le mot « lucratif », la phrase : « ainsi que les institutions créées par une ou plusieurs personnes de droit public ».

L'article 1<sup>er</sup> est adopté à l'unanimité des 5 membres présents, en application de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, du règlement d'ordre intérieur.

#### Article 2

§ 1<sup>er</sup>. Pas d'observations.

§ 2. Pas d'observations.

§ 3. Un membre demande à l'auteur de la proposition ce qu'il entend par « éducation pour la santé ».

Il lui est répondu qu'il ne s'agit pas de soins mais seulement d'une notion d'information.

Ce même membre demande que les termes « accessibles aux différents thérapeutes » soient supprimés.

Il souhaite éviter toute ambiguïté sur la notion du terme « thérapeute ». Il pose la question de savoir si une secrétaire sténo-dactylographe d'un centre de santé intégré est également tenue au secret médical alors qu'elle n'est pas soumise à l'art de guérir. Il estime que les instructions doivent être données par ceux qui sont soumis et ont accès aux dossiers médicaux et l'art de guérir.

L'auteur de la proposition répond que tout le personnel utilisé par le centre est tenu par le secret médical.

La Commission marque son accord pour supprimer les termes « accessibles aux différents thérapeutes ».

L'article 2 est adopté à l'unanimité des 5 membres présents en application de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, du règlement d'ordre intérieur.

#### Article 3

L'auteur de la proposition rappelle que le § 1<sup>er</sup> concerne le subventionnement des centres existants. Il vise la rémunération des travailleurs qui ne sont pas rémunérés à l'acte. Il limite le subventionnement à ce qui n'est pas couvert par d'autres formes d'indemnisation.

La Commission marque son accord pour insérer le terme « peut » entre les mots « Communauté française » et « subventionner ».

§ 2. Ce paragraphe concerne l'encouragement à la création de centres nouveaux. Il est la suite logique du paragraphe 1<sup>er</sup>.

Sur proposition d'un commissaire, la Commission marque son accord pour modifier le § 2 de l'article 3 qui est rédigé de la manière suivante : « Il peut, en outre, subsidier les frais de premier établissement d'un centre de santé intégré, ce qui implique la subsidiation à l'achat, la construction, la transformation éventuelle de l'immeuble acquis et l'équipement du centre. »

L'article 3 est adopté à l'unanimité des 5 membres présents, en application de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, du règlement d'ordre intérieur.

#### Article 4

§ 1<sup>er</sup>. Un commissaire demande qu'après le mot « subventionnement » soit ajouté le mot « subsidiation ».

Ce commissaire estime que les termes « organe de gestion » sont trop restrictifs et mal choisis. Il interroge l'auteur de la proposition sur les termes « organe de gestion » : les représentants de la population seront-ils représentés comme dans les ASBL dans les conseils d'administration ou seulement dans les assemblées générales ? De plus, la population concernée est-elle définie seulement par les habitants du quartier ou ceux qui ont consulté le centre médical ?

L'auteur de la proposition répond qu'il s'agit des membres qui sont inscrits au centre de santé intégré puisqu'il existe le principe de l'abonnement. N'importe quelle personne peut consulter un centre de santé intégré sans y être abonnée à condition que ce dernier n'adhère pas au principe du forfait.

L'auteur de la proposition précise que le § 1<sup>er</sup> de l'article 4 comporte les centres de santé intégrés qui appliquent le forfait ainsi que ceux qui ne l'appliquent pas. Les critères de subsidiarité seront les suivants : si le CSI applique le système d'abonnement (forfait), seuls les abonnés seront pris dans le conseil d'administration. Par contre, si le CSI n'applique pas le système de forfait, les critères de subsidiarité seront limités au lieu géographique.

Le Ministre souligne que l'Exécutif ne pourra subventionner un centre si la population n'est pas représentée dans les organes statutaires. Il attire également l'attention des membres sur le fait que les délégués de la population ne pourront être majoritaires et devront être désignés par une assemblée générale convoquée à cet effet.

La Commission marque son accord pour remplacer les termes « organe de gestion des représentants de la population concernée par leur action » par les termes « organes statutaires des représentants des patients traités ou inscrits habituellement au centre ».

§ 2. Pas d'observations.

L'article 4 est adopté à l'unanimité des 5 membres présents, en application de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, du règlement d'ordre intérieur.

#### Article 5

Un membre se demande si les critères de subventionnement ne risquent pas d'entraîner un certain abus. Il ne serait pas judicieux d'offrir plus de soins que ceux qui sont réellement nécessaires.

Un autre membre estime que les termes « soins offerts » ne se rapportent pas uniquement au traitement mais couvrent également toute l'action préventive qui se trouve d'ailleurs explicitée au § 2 de l'article 2.

Un commissaire pose le problème de la liberté de choix; le système de forfait aurait pour effet d'empêcher le patient de s'adresser à un autre médecin de type libéral.

L'auteur de la proposition informe le membre que l'obligation de recourir seulement à un médecin est imposée par l'INAMI, car il ne peut accepter à la fois un remboursement du 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.

La Commission marque son accord pour remplacer les termes « des soins offerts et du nombre de travailleurs occupés par le centre de santé intégré » par les termes « de l'activité du centre et du nombre de travailleurs qu'il occupe ».

L'article 5 est adopté à l'unanimité des 5 membres présents, en application de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, du règlement d'ordre intérieur.

#### Article 6

L'Exécutif dépose un amendement budgétaire modifiant et remplaçant l'article 6.

L'amendement de l'Exécutif est adopté à l'unanimité des 5 membres présents, en application de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, du règlement d'ordre intérieur.

L'article 6, amendé, est adopté à l'unanimité des 5 membres présents en application de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, du règlement d'ordre intérieur.

L'ensemble de la proposition de décret est adopté à l'unanimité des 5 membres présents en application de l'article 17, § 1<sup>er</sup>, du règlement d'ordre intérieur.

La Commission fait confiance au Président et au rapporteur pour la rédaction du rapport.

*Le Rapporteur,*

J.-P. PERDIEU.

*Le Président,*

H. BROUHON.

## TEXTE ADOPTE PAR LA COMMISSION

---

### ARTICLE 1<sup>er</sup>

Pour l'application du présent décret, sont considérés comme centres de santé intégrés les associations sans but lucratif ainsi que les 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.

### 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, de l'information qui concerne la santé de chaque patient.

### ART. 3

§ 1<sup>er</sup>. L'Exécutif de la Communauté française peut subventionner 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 les frais de premier établissement d'un centre de santé intégré, ce qui implique la subsidiation à l'achat, la construction, la transformation éventuelle de l'immeuble acquis et l'équipement du centre.

### ART. 4

§ 1<sup>er</sup>. Les subventionnements et les subsidiations prévus à l'article 3 sont accordés selon les modalités fixées par l'Exécutif de la Communauté française, aux centres de santé intégrés qui ont dans leurs organes statutaires des représentants des patients traités ou inscrits habituellement aux centres. 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<sup>ter</sup> 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 de l'activité du centre et du nombre de travailleurs qu'il occupe. 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

Le présent décret entre en vigueur à la date fixée par l'Exécutif.