975 (2013-2014) — N° 2

PARLEMENT WALLON

SESSION 2013-2014

11 MARS 2014

PROJET DE DÉCRET

modifiant et insérant dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé des dispositions relatives aux associations de santé intégrée *

RAPPORT

présenté au nom de la Commission de la santé, de l'action sociale et de l'égalité des chances

par

M. Tiberghien

6e session de la 9e législature
* Voir Doc. **975** (2013-2014) – No 1
CRIC (2013-2014) – N° 107
CRAC (2013-2014) – N° 107

site internet : www.parlement-wallon.be
email : mail@parlement-wallon.be

Mesdames,

Messieurs,

Votre Commission de la santé, de l'action sociale et de l'égalité des chances s'est réunie le 11 mars 2014, afin d'examiner le projet de décret modifiant et insérant dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé des dispositions relatives aux associations de santé intégrée (Doc. 975 (2013-2014) – N° 1) ([1]).

([1]) *Ont participé aux travaux* : Mme Bertouille, M. Daele, Mme Gahouchi, MM. Langendries, Onkelinx (Président), Mmes Reuter, Simonis, Sonnet, MM. Tanzilli, Tiberghien (Rapporteur).

A assisté aux travaux : Mme Tillieux, Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des chances.

I. EXPOSÉ DE MME TILLIEUX, MINISTRE DE LA SANTÉ, DE L'ACTION SOCIALE ET DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES

Mme la Ministre explique que le sens du combat politique, outre l'amélioration générale de la qualité de vie, est de mobiliser, partout, les leviers et les outils pour garantir une plus grande égalité dans l'accès aux droits fondamentaux.

C'est pourquoi les maisons médicales, les associations de santé intégrée, sont très importantes : quoi de plus fondamental que la santé, condition nécessaire d'une existence épanouie? Quoi de plus noble, dès lors, que de faciliter l'accès à la médecine et aux soins pour le plus grand nombre?

Le décret du 20 novembre 2008 et son arrêté d'exécution du 27 mai 2009, intégrés désormais dans le code - articles 619 à 633 - règlent la matière.

Elle ne peut que souscrire à ce qui sous-tendait déjà cette première réforme, en quelques mots : soutenir l'initiative, soigner l'accueil et assurer la continuité.

Actuellement, en partenariat et concertation avec le secteur des associations de santé intégrée - 52 en Wallonie plus une fédération - une réforme est sur le point d'aboutir pour parfaire le dispositif, lever les freins et soutenir son développement.

Dans sa Déclaration de politique régionale, le Gouvernement wallon a inscrit sa volonté de développer des structures multidisciplinaires de première ligne, notamment en activant le rôle et en améliorant le fonctionnement des associations de santé intégrée. Plus spécifiquement, cette déclaration énonce le projet d'établir une programmation sociogéographique de ces associations, mais également de prévoir des aides à l'installation pour celles-ci.

La fédération des maisons médicales elle-même bénéficiant d'une reconnaissance et d'un financement par la Région partage pleinement le contenu de la DPR souhaitant voir s'instaurer une programmation et un soutien à l'installation.

Ce projet de réforme a bien sûr été largement concerté avec le secteur et sa fédération.

Le texte vise à permettre d'établir une programmation pour l'agrément de nouvelles associations de santé intégrée afin de les répartir sur le territoire de la manière la plus optimale pour la population.

L'article 5 en projet prévoit les critères de base pour cette programmation : la définition de territoires pertinents - les communes sont retenues, l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux – déjà utilisé à plusieurs reprises - et l'offre médicale de première ligne existante sur ces territoires.

Il est laissé au Gouvernement le soin de spécifier pour chacun des critères les modalités d'élaboration de la programmation.

Le projet d'arrêté poursuit son parcours, il a déjà été approuvé par le Gouvernement en deuxième lecture.

Au-delà de cette programmation, le texte soumis pour adoption permet au Gouvernement d'octroyer une subvention supplémentaire aux associations qui s'installent pour prendre en compte les coûts liés au démarrage et soutenir ainsi le développement du secteur.

Cette majoration sera liée à un indice positif relatif à l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux et à la densité de population - c'est-à-dire les communes où le nombre d'habitants est inférieur à 150 au kilomètre carré -, et cela, afin de soutenir les associations de santé intégrée qui s'implantent dans des communes où les besoins sont les plus élevés.

Une subvention majorée de 20.000 euros sera alors octroyée pour une période de deux ans maximum aux associations de santé intégrée répondant à ces critères.

La Wallonie est active en matière d'accès égalitaire aux prestations de santé. Ce projet de réforme y contribuera sans aucun doute.

II. DISCUSSION GÉNÉRALE

Mme Reuter relève que l'avis de l'Inspection des Finances n'était pas joint au projet de décret.

Mme la Ministre répond que l'avis de l'Inspection des Finances est bien joint au projet de texte. Il s'agit de l'annexe 6.

M. Tiberghien pointe les points très positifs de ce projet de décret parce que c'est un sujet qui lui tient très à cœur. Grâce à ce projet de décret la notion d'association de santé intégrée plutôt que maisons médicales va pouvoir être intégrée.

C'est un sujet essentiel qui répond à une nécessité absolue pour élargir l'accès à la santé à une partie de la population. La paupérisation est évidente ce qui engendre une certaine difficulté d'accessibilité aux soins de santé.

Dans ce cadre, les questions parlementaires qui ont été posées durant la législature montrent très bien qu'il y a un certain déséquilibre. Il existe déjà 52 associations de santé intégrée aujourd'hui, mais cela ne permet qu'à 5,5% de la population de pouvoir y accéder dans un rayon raisonnable.

Et de faire part de ses craintes par rapport à l'avenir de ce projet de décret, ou plutôt des imprécisions parce qu'il n'y a pas de réponse sur la façon dont la répartition géographique va se faire concrètement sur le terrain. D'ailleurs, il relève que la Commission wallonne de la santé a souligné ce point en attirant l'attention des parlementaires sur les critères de base qui vont être retenus pour la programmation. La définition du territoire permettant l'implantation de nouvelles maisons médicales ou associations de santé intégrée sera fondamentale.

Il cite en exemple la Wallonie Picarde où il y a trois maisons médicales, trois associations de santé intégrée sur Tournai et donc on pourrait penser que les besoins sont rencontrés. Or en termes d'accessibilité, de mobilité, de frais engendrés, pour une population défavorisée, il existe des difficultés réelles.

Il faut être très attentif aux critères qui seront retenus pour cette nouvelle répartition géographique. Il se réjouit qu'il y ait trois maisons médicales sur Tournai qui fonctionnent très bien, pour une population d'un peu plus que 70 000 habitants, mais il n'y en a aucune sur Mouscron et Comines, (alors que Mouscron compte 25 000 habitants). Cela prouve qu'il y a encore un déséquilibre.

Le deuxième critère qui semble indispensable à prendre en compte pour un futur arrêté sur la répartition est celui de la cohésion sociale. Il y a des études qui ont été faites et qui classent en fonction de toute une série de critères les communes wallonnes. Ces classements donnent vraiment une image assez précise du niveau de richesse, d'accès aux soins de santé, d'éducation, etc. Ils permettent d'avoir une idée de la cartographie de la Wallonie, et sur cette base il est possible de pointer les endroits qui ont le plus besoin de ces associations de santé intégrée pour répondre encore une fois à l'accès à la santé.

L'objectif du décret est de passer de l'accessibilité de 5,5% à 15%, ce qui représente un effort énorme. Il faudra donc une série d'associations de santé intégrée supplémentaires et bien ciblées. L'objectif des 15% est sans doute un objectif à moyen ou à long terme, mais M. Tiberghien estime que des réponses à court terme sont nécessaires.

Il met en avant le soutien à la première installation qui est essentiel sans pour autant déforcer les associations de santé intégrée existantes.

L'orateur souhaite savoir si les critères sont déjà clairement définis. Un arrêté existe-t-il déjà? Si oui est-il définitif ou peut-il encore être soumis à discussion et révision?

Il souligne un problème qui n'est pas du ressort de Mme la Ministre. En effet si tous les efforts sont faits pour élargir ces implantations, encore faut-il trouver les praticiens qui acceptent de travailler dans ces maisons médicales. En termes de médecin généraliste en particulier, c'est un vrai problème. La commune de Mouscron par exemple souhaite ouvrir une maison médicale, mais se heurte à ce problème. Ce sont donc parfois ces organisations diverses de médecins généralistes qui mettent plus de freins à ces initiatives alors que sur le plan individuel, parfois, on peut trouver des bonnes volontés de jeune médecin, peut-être pas à temps plein, mais qui passeraient une partie de leur activité professionnelle dans ces associations.

Mme Reuter rappelle que le groupe MR n'a jamais été très favorable aux maisons médicales, allant d'ailleurs jusqu'à abroger le premier décret en 1987.

À l'époque, les critiques formulées tenaient au fait qu'elles étaient trop subsidiées par rapport aux médecins généralistes, et qu'il s'agit alors de financement de structures au détriment de patients. Elles étaient très connotées politiquement. Aujourd'hui, cela semble être moins le cas. Mme la Ministre peut-elle confirmer cet état de fait?

Dans les développements du projet, il est précisé que la modification du code n'énonce pas de critères précis de la programmation et qu'ils seront définis évidemment dans un arrêté. Où en est cet arrêté?

En ce qui concerne les critères de base, notamment, il est question de territoire pertinent pour l'organisation de la première ligne de soins, qu'entend-on par là? Il semble qu'il ne s'agit plus d'actions des services intégrés de soins à domicile, ce qui figurait vraisemblablement dans le texte en première lecture, mais qui a été retiré comme le disait, M. Tiberghien suite à l'avis de la Commission wallonne de la santé estimant ces zones trop étendues au regard de la zone d'action des maisons médicales. Il serait intéressant de savoir exactement ce que sont ces territoires pertinents.

Il est dans les critères de base toujours, question de l'offre médicale de première ligne existante sur chacun d'eux. Quelle base de données sera utilisée pour définir cela? A partir de quel niveau sera-t-elle considérée comme acceptable? Est-ce que des comparaisons par rapport à la moyenne régionale par exemple ou à la moyenne provinciale seront réalisées? Dans certaines zones, comme la province du Luxembourg ou la région de Couvin, qui sont très peu ou pas desservies par des maisons médicales, il est vraisemblable que l'offre médicale soit quantitativement moindre que dans les zones comptant de grosses métropoles. Un rapport à la densité de population sera-t-il réalisé? Ce critère existait en première lecture, a été supprimé dans le texte aujourd'hui à l'examen, quel est-il? Quelle est la volonté de la Ministre à cet égard?

Et de poursuivre en revenant sur l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux. Cet indicateur construit par l'IWEPS, mesure le niveau de cohésion sociale de chaque commune wallonne approché par l'accès effectif de la population de la commune aux 6 droits fondamentaux (le droit à un revenu digne, à la protection de la santé et à l'aide sociale et médicale, à un logement décent et à un environnement sain, le droit au travail, le droit à l'éducation et à la formation et le droit à l'épanouissement culturel et social) et à un facteur de risques par rapport au maintien de la cohésion sociale sur le territoire de la commune. Ce facteur prend en considération trois publics cibles : les ménages monoparentaux, les isolés âgés de 65 ans et plus et les demandeurs d'asile.

Non seulement la santé ne fait partie que d'un des 6 différents droits fondamentaux même si elle peut découler des autres, mais, en outre, le public des maisons médicales n'est-il pas un peu plus large que les trois publics cibles mentionnés?

En outre, sauf erreur, cet indicateur synthétique est calculé par commune et non sur base de « territoires pertinents pour l'organisation de la première ligne de soins ». Qu'en est-il?

Mme Gahouchi se réjouit de pouvoir intervenir sur ce texte. Son premier emploi fut de la médiation dans une maison médicale à Charleroi et elle connaît le rôle médical, social, sanitaire et la qualité de travail qui est fourni par les associations de santé intégrée. Ce rôle est d'autant plus important qu'il concerne, comme M. Tiberghien le disait avant tout, très souvent un public en difficultés sociales. Alors, au-delà de la dernière ligne médicale, les associations de santé intégrée portent également un travail de prévention qui est essentiel, un travail d'information et aussi notamment pédagogique important. Elle salue au nom du groupe socialiste, la volonté du Gouvernement d'étendre la couverture du territoire et particulièrement les zones en situation socio-économique difficile au moyen d'une programmation et d'un subventionnement adapté. Une fois de plus, il s'agit d'une mesure qui s'inspire des principes de solidarité, d'aide aux plus faibles et qui sont très chers au parti socialiste. Cela permettra également, grâce aux subventions majorées pour les premières installations, de densifier l'offre de première ligne dans les zones rurales souvent paupérisées et qui souffrent d'un manque de médecins généralistes.

Ce texte concrétise une des demandes d'une résolution approuvée en novembre 2008 par l'assemblée et qui s'inquiétait de cette pénurie en zone rurale. Autant d'arguments qui soulignent la nécessité de ce projet aujourd'hui.

M. Langendries prend part au débat pour souligner que le cdH soutient également ce décret. C'est effectivement au travers d'une résolution adoptée par le Parlement wallon en novembre 2008 que le cdH et d'autres partis avaient pu insister sur cette problématique. Pour ne pas être redondant, il souhaite poser une question concrète à Mme la Ministre concernant l'article 8 au-delà de ce qui a déjà été demandé antérieurement.

Le projet de texte insère une disposition qui permet d'octroyer une subvention supplémentaire aux associations qui s'installent pour la prise en compte des coûts liés au démarrage de l'activité. Cette subvention qui sera manifestement allouée dans les limites des crédits budgétaires et c'est bien logique, induit qu'en cas d'insuffisance de crédits, elle soit plafonnée aux montants disponibles sauf ajustement ou réallocation.

Elle est liée à l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux et à la densité de population, afin de soutenir les associations de santé intégrée qui s'implantent dans des communes où les besoins sont élevés.

Est-ce à dire que seules les associations de santé intégrée qui s'implantent dans certaines communes pourraient bénéficier de cette subvention complémentaire?

Cette réforme doit être exécutée par un arrêté du gouvernement. Où en est la rédaction? Mme la Ministre peut-elle déjà donner quelques éléments?

Enfin, concrètement, Mme la Ministre a-t-elle une idée des nouveaux agréments qui pourraient être octroyés en 2014 en vertu de ces nouvelles mesures? Où seront-elles situées et pour quels volumes de budget?

Mme la Ministre remercie l'ensemble des groupes pour le soutien à ce texte qui est extrêmement important par rapport aux objectifs établis par la Déclaration de politique régionale. En effet y était indiquée toute la volonté de développer les structures multidisciplinaires de première ligne. Les termes de la DPR étaient les suivants : « il est essentiel de soutenir l'augmentation de l'offre multidisciplinaire des soins de premières lignes (médecins généralistes, kinés, services de soins à domicile, ...) notamment en collaboration avec le pouvoir fédéral et en activant le rôle et en améliorant le fonctionnement des services intégrés de soins à domicile. Pour favoriser le développement des associations de santé intégrée, le Gouvernement envisage de soutenir les équipes multidisciplinaires de première ligne reconnues comme associations de santé intégrée, d'établir une programmation sociogéographique des associations de santé intégrée, de prévoir des aides à l'installation de ces structures ».

L'arrêté du Gouvernement wallon a déjà été approuvé en deuxième lecture par le Gouvernement qui a souhaité le soumettre au Conseil d'État. Celui-ci a répondu qu'il n'était pas en mesure d'analyser le texte tant que le Parlement n'avait pas adopté le décret.

Le projet de décret propose des mesures de simplification administrative en remplaçant notamment le processus de l'agrément provisoire par un agrément à durée indéterminée. L'agrément se fera d'emblée et de façon indéterminée sur la base d'un plan d'action que la maison médicale devra élaborer, d'un questionnaire et donc de l'engagement à répondre aux prescrits légaux. C'est l'application du principe de confiance qui nécessite une inspection par la suite afin de vérifier le respect des normes. Le principe de confiance a des limites et si, dans les deux ans qui suivent, l'association de santé intégrée ne répond pas aux obligations, il sera procédé au retrait de l'agrément.

L'article 5 établit une programmation pour pouvoir développer le secteur de manière la plus optimale possible sur l'ensemble du territoire.

Aujourd'hui, il existe 4 maisons médicales dans le Brabant wallon, 16 dans le Hainaut, 22 en Province de Liège, 3 dans le Luxembourg et 7 dans la Province de Namur.

Cela couvre un peu plus de 5% des besoins de la population. L'objectif clair est d'atteindre 15%, donc de tripler le nombre de maisons médicales ou leur amplitude, d'ici les prochaines années en tenant compte bien entendu des réalités budgétaires.

Pour 2014, 4 agréments ont été prévus lors de l'élaboration du budget. L'administration a signalé qu'il y avait plusieurs demandes en cours et les dossiers sont à l'étude pour pouvoir éventuellement, dans les mois qui viennent, octroyer des agréments.

Les critères relatifs à cette programmation sont évoqués, mais ne sont pas précisés dans le décret. Les termes de l'arrêté vont se préciser. Le décret parle de territoire pertinent. Au début, l'idée de se référer aux zones 6 sur les soins de santé à domicile avait été lancée. Unanimement, il a été décidé, tant dans les discussions avec le secteur qu'en intercabinets, que les zones étaient trop larges.

Ainsi que cela a été dit, le territoire n'était pas suffisamment pertinent pour le rayonnement d'action d'une maison médicale. Dans l'arrêté, les zones deviendront effectivement les communes, ce qui va simplifier les choses par rapport à l'utilisation de l'indice synthétique d'accès aux droits fondamentaux lui aussi lié aux communes.

Pourquoi avoir choisi l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux? Ce critère semble le plus pertinent. Il a été mis sur pied par un organisme reconnu de tous en Wallonie pour son expertise dans le domaine, pour relever les besoins socio-économiques et pas uniquement les besoins de santé. En effet, il y a des facteurs déterminants en termes de santé; il existe une réelle difficulté en termes d'inégalité sociale de santé et il apparaissait donc pertinent de prendre en compte ce critère bien plus large, bien plus général avec les questions en lien avec le logement, l'emploi, l'accès aux services sociaux, etc.

Les critères de programmation font aussi référence à l'offre médicale de première ligne. Si une commune a déjà plusieurs maisons médicales, l'affectation des moyens financiers doit être orientée vers les communes qui ne disposent pas encore de ce type de service. Il s'agit d'établir un lien avec les mesures fédérales lancées sur le fond IMPULSEO. L'INAMI identifie actuellement les communes où l'offre est déficitaire en matière de médecine générale pour pouvoir impulser l'offre de services de première ligne dans ces communes plus précisément. Cela semble extrêmement cohérent, d'autant plus que cette compétence va être transférée aux régions.

Dans l'arrêté du Gouvernement wallon, la priorité sera donnée aux associations de santé intégrée qui s'implantent sur des communes où la programmation n'est pas atteinte. Aujourd'hui, évidemment, aucune commune n'a atteint cette programmation. Viendront ensuite les communes où l'offre en médecine générale est déficitaire et où les besoins socio-économiques sont les plus importants.

En ce qui concerne l'article 8, et la question des deux conditions liées à l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux et à la densité de population, il est certain que l'association devra répondre à une des deux conditions au minimum. En termes d'installation, une subvention supplémentaire sera octroyée aux associations de santé intégrée qui s'installent pour prendre en compte les coûts liés au démarrage. Ce sera lié à l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux et/ou à l'accès à la densité de population.

Il s'agira – ainsi que l'arrêté le précisera – d'une prime à l'installation, en l'occurrence d'un montant de 20 000 euros pendant deux ans maximum qui sera octroyée aux associations de santé intégrée qui s'installent dans une commune où les besoins socio-économiques sont élevés, c'est-à-dire où l'indice synthétique des droits fondamentaux est élevé et/ou sur une commune où le nombre d'habitants est inférieur (densité de population) à 150 au kilomètre carré pour privilégier clairement les zones rurales. Dans le Luxembourg, il n'y a que 3 maisons médicales. Il faudra aussi permettre, dans cette région, de voir éclore de nouveaux services d'associations de santé intégrée.

III. EXAMEN ET VOTES DES ARTICLES

Article premier

L'article premier n'a fait l'objet d'aucun commentaire.

Votes

L'article premier a été adopté à l'unanimité des membres.

Articles 2 à 9

Les articles 2 à 9 n'ont fait l'objet d'aucun commentaire.

Votes

Les articles 2 à 9 ont été adoptés par 8 voix et 1 abstention.

IV. VOTE SUR L'ENSEMBLE

L'ensemble du projet de décret a été adopté par 8 voix et 1 abstention.

V. RAPPORT

À l'unanimité des membres, il a été décidé de faire confiance au Président et au Rapporteur pour l'élaboration du rapport.

Le Rapporteur,	Le Président,
L. TIBERGHIEN.	A. ONKELINX.

TEXTE ADOPTÉ PAR LA COMMISSION

PROJET DE DÉCRET

modifiant et insérant dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé des dispositions relatives aux associations de santé intégrée

Article 1er

Le présent décret règle, en application de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128, §1er, de celle-ci.

Art. 2

Dans le Code wallon de l'action sociale et de la santé, deuxième partie, livre VI, titre 1er, chapitre 2, section 2, l'intitulé de la sous-section 1e est remplacé par ce qui suit : « Sous-section 1e : Programmation et agrément ».

Art. 3

Dans l'article 420, §1er du même Code, sont insérés les 8° et 9° rédigés comme suit :

« 8° disposer d'une équipe minimale telle que visée aux articles 422 et 423, §1er;

9° avoir élaboré un plan d'action conforme à l'article 423, §2 et §5. ».

Art. 4

L'article 420, §2 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« §2. Par dérogation à l'article 422, lorsque les médecins généralistes de l'association n'y exercent pas leur activité à titre principal et qu'il s'agit d'une nouvelle association de santé intégrée, un agrément à durée indéterminée peut être accordé, pour autant que l'association respecte les autres conditions d'agrément.

Si, au terme de deux ans à dater de l'octroi de l'agrément, l'article 422 n'est pas respecté par l'association, la procédure de retrait d'agrément, visée à l'article 432, est mise en œuvre. ».

Art. 5

Dans le même Code, il est inséré un article 420/1 rédigé comme suit :

« Art. 420/1. §1er Le Gouvernement est habilité à fixer une programmation des associations de santé intégrée agréées afin d'assurer, selon un cadre budgétaire défini annuellement, une répartition proportionnelle de l'offre sur le territoire, en ayant pour objectif une couverture minimum définie par le Gouvernement.

La programmation visée à l'alinéa 1er se fonde notamment sur les critères suivants : la définition de territoires pertinents pour l'organisation de la première ligne de soins, l'offre médicale de première ligne existante sur chacun d'eux et l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux.

§2. Par dérogation au paragraphe 1er, les associations agréées au jour de l'entrée en vigueur de l'article 420/1 continuent à bénéficier de leur agrément à durée indéterminée en qualité d'associations de santé intégrée. ».

Art. 6

L'article 421 du même Code est remplacé par la disposition suivante :

« Art. 421. Les procédures et modalités d'octroi d'agrément sont définies par le Gouvernement. ».

Art. 7

A l'article 426, §1er, alinéa 1er, du même Code, les mots « bénéficiant d'un agrément provisoire ou d'un agrément » sont remplacés par « bénéficiant d'un agrément ».

Art. 8

Dans le même Code, il est inséré un article 426/1 rédigé comme suit :

« Art. 426/1. Dans la limite des crédits budgétaires, le Gouvernement peut octroyer aux associations, selon les modalités qu'il détermine, une subvention supplémentaire destinée à couvrir les frais de première installation.

La subvention est liée à un indice positif relatif à l'indicateur synthétique d'accès aux droits fondamentaux et à la densité de population des communes. ».

Art. 9

Le présent décret entre en vigueur le 1er juillet 2014.

Le Gouvernement peut fixer une date d'entrée en vigueur antérieure à celle mentionnée à l'alinéa 1er.