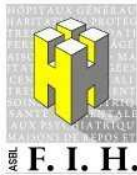




Fédération des CPAS



## **RENCONTRE DU CABINET DU MINISTRE PREVOT AVEC LE SECTEUR DES MAISONS DE REPOS – 22.10.2014**

Le Secteur a demandé une rencontre afin d'échanger sur une série de dossiers.

Les deux premiers sont d'abord financiers :

- budget 2015,
- contrôle des prix au 1<sup>er</sup> janvier 2015.

Les deux suivants concernent à titre principal des normes d'agrément :

- normes architecturales en MR et MRS au 1<sup>er</sup> janvier 2015,
- application en MRS des normes de l'A.R. 9.3.2014 au 20 avril 2014.

Les trois derniers portent sur :

- la mise en place de l'OIP,
- l'avant-projet de circulaire soins de la DGO5,
- les services à domicile, services résidentiels et services intermédiaires.

### **1. BUDGET 2015 DES MAISONS DE REPOS**

#### **1.1. Maintien et consolidation du niveau de financement actuel**

Le transfert de compétences ne peut porter préjudice au niveau de financement des établissements actuels au nom, non seulement, du maintien de la qualité des soins aux résidents mais aussi de celui du principe juridique du « standstill » consacré par l'article 23 de la Constitution.

Les versements Inami représentent environ 50 % des recettes des maisons. Ces recettes couvrent pour l'essentiel des frais de personnel. Leur réduction poserait donc un réel problème en termes de continuité des soins et de niveau de l'emploi.

En octobre 2014, une source officielle faisait état d'une estimation technique de l'ordre de 915 millions. Une autre source indique que le budget 2015 serait de 922 millions.

Le 4<sup>ème</sup> trimestre 2014 est facturé en 2015 et est donc à charge des Entités fédérées.

L'accord de gouvernement retient le principe de la cogestion des compétences transférées en termes d'établissements d'hébergement pour personnes âgées.

Dans cet esprit, la confection du budget 2015 et des suivants doit se faire sur base de procédures et de données transparentes.

## Orientation

Le secteur souhaite connaître :

- le montant officiel du 1<sup>er</sup> budget des maisons de repos wallonnes ;
- ce que couvre ce budget ;
- la manière dont il a été calculé (base de référence, clé de répartition et trend notamment) ;
- comment la question du 4<sup>ème</sup> trimestre 2014 est réglée. Une option serait de le faire sur base de la facturation de sorte à ne pas alourdir le budget régional. Les prestations du 4<sup>ème</sup> trimestre 2014 seront en effet facturées au cours du 1<sup>er</sup> trimestre 2015. Celles du 4<sup>ème</sup> trimestre 2015 l'étant au 1<sup>er</sup> trimestre 2016, l'exercice budgétaire 2015 comprendra bien 4 et non pas 5 trimestres de dépenses.

A cette fin, il faut que soient communiqués:

- les estimations techniques 2015 opérées par l'Inami (forfait MRPA, MRS, CSJ, 3<sup>ème</sup> volet, fins de carrière, primes titres et qualifications, incontinence, prime syndicale) ;
- les données en journées facturées par établissement, par type d'agrément et par catégorie de dépendance des 2<sup>ème</sup> et 3<sup>ème</sup> trimestres 2013 et 1<sup>er</sup> et 2<sup>ème</sup> trimestres 2014 ;
- le trend retenu pour la croissance du nombre de journées facturées (ancien trend fédéral 1,7 %) ou trend propre à la Région wallonne ;
- l'état de situation des créations d'emplois 2011 et 2013.

Il faudra également que soient communiquées dès qu'elles seront disponibles des informations détaillées sur :

- le forfait 2015 des établissements (par établissement : personnel en service par qualification avec éclatement personnel financé par le forfait et personnel 3<sup>ème</sup> volet, nombre de journées facturées par catégorie de dépendance et type d'agrément, capacité agréée au dernier jour de la période de référence, grand et mini forfait) ;
- le calcul de régularisation 3<sup>ème</sup> volet ;
- le calcul de régularisation des mesures fins de carrière.

Ces chiffres devraient être discutés par un groupe de travail composé de représentants du secteur et des organismes assureurs.

### **1.2. Troisième volet**

Le troisième volet est un financement qui couvre en partie des avantages sociaux pour le personnel de soins au-delà des normes ainsi que pour le personnel non soins<sup>1</sup> ainsi que des créations d'emploi 2011 et 2013.

Le financement du 3<sup>ème</sup> volet est régi par l'arrêté royal du 17 août 2007. L'arrêté contient une mesure de correction linéaire (art. 4, § 3) qui est automatiquement appliquée en cas de dépassement pendant la période de référence d'un plafond en équivalent temps plein (art. 4, § 2).

Le Secteur s'est toujours opposé à cette mesure qui pénalise un secteur créateur d'emplois et qui donne déjà un travail à près de 30 000 personnes en Wallonie.

Sur base de cette mesure de correction linéaire, il y a eu un coefficient réducteur de 0,9 % en 2014, essentiellement causé par la croissance du nombre de lits en Flandre.

---

<sup>1</sup> Harmonisation barémique dans le secteur privé et révision générale des barèmes dans le secteur public, prime d'attractivité, prime de fin d'année, pécule de vacances à 92 % notamment.

Le maintien tel quel des deux dispositions légales susmentionnées va inévitablement conduire à l'application de mesures de correction en Wallonie non seulement en 2015 mais dans les années qui suivent en raison du seul fait que la Flandre a accordé près de 20 000 autorisations de création de nouveaux lits au-delà du chiffre du moratoire qu'elle s'était engagée à respecter tant vis-à-vis du fédéral que des autres entités fédérées.

Cette situation est totalement injustifiable.

### Orientation

Vu la défédéralisation, le plafond national doit être supprimé.

Suite à la réforme de l'Etat, il incombe à chaque Région ou Communauté de libérer les moyens complémentaires liés à l'ouverture de lits et à la création d'emplois.

## **2. CONTROLE DES PRIX AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2015**

Au 1<sup>er</sup> janvier 2015, la Région devra gérer elle-même les dossiers de demande de hausse de prix.

Sauf à prolonger la période transitoire, cela suppose à brève échéance un service avec du personnel qualifié.

Il nous revient que l'Administration travaille sur une note d'information à l'attention des gestionnaires pour leur communiquer où adresser leur dossier.

### Orientation

Dans ce contexte, nous plaçons pour un « standstill » dans la réglementation, soit un maintien des procédures telles que prévues par l'arrêté ministériel du 12 août 2005 portant dispositions particulières en matière de prix pour le secteur des établissements d'accueil pour personnes âgées.

Nous souhaiterions également avoir connaissance du projet de note d'information de l'Administration avant son envoi.

## **3. NORMES ARCHITECTURALES DES MAISONS DE REPOS AU 1<sup>ER</sup> JANVIER 2015**

A l'horizon 2015, des nouvelles normes architecturales s'imposent en MR et MRS. Bien qu'elles soient planifiées de longue date, elles ne sont pas toujours respectées pour des raisons budgétaires notamment. Dans certains cas, le manquement est minime. Ainsi, en MRS, la surface d'une chambre peut être de 11,8 m<sup>2</sup> alors que la norme requiert 12 m<sup>2</sup>. On ne dispose pas d'un inventaire des problèmes en la matière. L'article 1405<sup>2</sup> de la partie réglementaire du Cwass prévoit un mécanisme de dérogation avec un avis favorable de l'Administration.

### **3.1. Maisons de repos - Pm**

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, la capacité des chambres ne pourra pas dépasser deux résidents<sup>3</sup>. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2015, tous les établissements devront disposer d'une baignoire à hauteur variable et une baignoire à hauteur variable supplémentaire sera prévue lorsque l'établissement

<sup>2</sup> Au moins une des conditions suivantes doit être rencontrée : il est techniquement impossible de réaliser les travaux nécessaires à la mise en conformité de l'établissement aux normes ; le coût des travaux à mettre en œuvre pour assurer la mise en conformité est démesuré par rapport au supplément de confort qu'ils pourraient engendrer ; il y a conflit entre le respect des normes spécifiques aux établissements pour aînés et le respect des normes cadastrales et/ou de protection du patrimoine. Dans tous les cas et au minimum les normes relatives au logement devront être respectées.

<sup>3</sup> Point 15.5 de l'annexe 120 du CRWASS.

dépasse, au-delà des trente premiers résidants, la moitié de toute nouvelle tranche de trente résidants.<sup>4</sup>

### Observations

Ces exigences datent de 2009 (M.B. 12.11.2009).

Pour les nouvelles constructions, les extensions ou les reconditionnements qui feront l'objet d'un accord de principe après le 31 décembre 2010 ou dont le permis d'urbanisme est postérieur au 31 décembre 2012, la moitié au moins de la capacité d'hébergement visée par les travaux, doit se composer de chambres individuelles, la capacité restante étant constituée de chambres à deux lits au plus. Dans ce cas, les chambres à un lit auront une superficie minimum de 15m<sup>2</sup>, locaux sanitaires non compris et les chambres à deux lits de 20m<sup>2</sup>, locaux sanitaires non compris. Toutes les chambres auront des locaux sanitaires distincts comprenant au moins un lavabo, une douche de plain-pied et un W.C. ; la superficie des locaux sanitaires doit permettre l'accès à des personnes en chaise roulante<sup>5</sup>.

### **3.2. Maisons de repos et de soins - Pm**

Dans les maisons de repos et de soins, il ne peut en aucun cas y avoir plus de 4 lits par chambre. A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, la moitié au moins de la capacité d'admission doit se composer de chambres individuelles, la capacité restante pouvant être occupée par des chambres à 2 lits. Les nouveaux bâtiments doivent, dès leur occupation, satisfaire à cette condition<sup>6</sup>.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, toutes les chambres doivent disposer d'un espace sanitaire comprenant au moins un lavabo et une toilette. Dans le cas d'une nouvelle construction, les chambres doivent, dès leur occupation, satisfaire à cette condition<sup>7</sup>.

A partir du 1<sup>er</sup> janvier 2010, la surface nette par chambre à un lit doit au moins s'élever à 12 m<sup>2</sup>, les sanitaires non compris. La surface est portée à 18 m<sup>2</sup> pour les chambres à deux lits. Les nouvelles constructions doivent dès leur occupation répondre à cette condition<sup>8</sup>.

Un arrêté royal du 21 septembre 2004 (M.B. 28.10.2004) a reporté ces normes au 1<sup>er</sup> janvier 2010.

Un arrêté royal du 7 juin 2009 les a une seconde fois reportées au 1<sup>er</sup> janvier 2015 à condition que les institutions introduisent une demande dûment motivée avec un échéancier détaillé des travaux à réaliser.

### **3.3. Orientations**

Lors d'une réunion au Cabinet de la précédente Ministre avec des représentants du secteur, l'idée d'un cadastre des maisons de repos ne respectant pas les normes 2015 a été évoquée le 5 décembre 2013. Ce cadastre n'existe pas et est à faire par l'Administration.

Vu le contexte budgétaire, une part de la solution viendra de dérogations individuelles. Dans cette optique, la nécessité d'un avis favorable de l'Administration peut avoir un effet bloquant. Un simple avis doit suffire. Cela demande une modification du CRWASS

La question du maintien de la date de 2015 est de facto posée et ce dans tous les secteurs.

<sup>4</sup> Point 14.5 de l'annexe 120 du CRWASS.

<sup>5</sup> Point 15.7 de l'annexe 120 du CRWASS.

<sup>6</sup> Point B, 1°, h) de l'annexe I, A.R. 21.9.2004.

<sup>7</sup> Point B, 1°, i) de l'annexe I, A.R. 21.9.2004.

<sup>8</sup> Point B, 1°, j) de l'annexe I, A.R. 21.9.2004.

Les normes architecturales des maisons de repos et des maisons de repos et de soins sont dorénavant compétence de la Région. Celle-ci doit dès lors assumer le coût des prescrits qu'elle édicte. Cela suppose notamment des crédits de subventions à l'investissement pour le secteur non marchand. Si la Région n'a pas la capacité budgétaire de le faire, un moratoire doit être imposé tant que cette capacité n'existe pas. Cela implique donc un report de la date butoir du 1<sup>er</sup> janvier 2015.

La date butoir doit être fixée :

- sur base du cadastre,
- compte tenu de la capacité financière de la Région.

#### **4. APPLICATIONS DES NOUVELLES NORMES MRS (20.4.2014)**

a) Un rapport visant à revoir la fonction du médecin coordinateur en maison de repos avait été finalisé en 2010. Suite à cela, une discussion a eu lieu durant des mois dans le Groupe de travail MRS du CNEH.

b) Publié le 10 avril 2014, un arrêté royal du 9 mars 2014 modifie l'arrêté royal du 21 septembre 2004 fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, comme centre de soins de jour ou comme centre pour lésions cérébrales acquises.

Il reprend certains éléments du rapport et de la discussion susmentionnés. Il en ajoute d'autre. Sa version finale et sa date d'application n'ont pas été concertées avec le secteur.

c) Cet arrêté a élargi les tâches du médecin coordinateur de façon significative.

Eléments ajoutés

Eléments supprimés

*\* En concertation avec le ou les infirmiers en chef,*

*a) Tâches liées aux soins:*

*- organiser la concertation pluridisciplinaire qui a lieu au moins tous les deux mois; les prestataires de soins attachés à l'établissement y participent et les médecins traitants y sont invités ;*

~~*b) coordonner et organiser la continuité des soins médicaux ;*~~

~~*c) coordonner la composition et la tenue des dossiers médicaux des médecins traitants ;*~~

*- mettre en place des politiques concernant la maîtrise des infections liées aux soins, la prévention des escarres et plaies chroniques, les soins bucco-dentaires, la problématique d'incontinence et les soins palliatifs ;*

*- définir les procédures en matière de contention et/ou d'isolement ;*

*- coordonner l'activité médicale en cas de risque pour la santé des résidents et du personnel ;*

*- organiser la prescription, la fourniture, la délivrance, la conservation et la distribution de médicaments en concertation avec les pharmaciens ;*

*- établir et actualiser chaque année le formulaire médico-pharmaceutique.*

*b) Formation et formation permanente:*

*- participer à l'organisation des activités relatives à la formation et à la formation permanente dans le domaine des soins de santé pour le personnel de la maison de repos et de soins, et pour les médecins traitants concernés.*

*\* Le médecin coordinateur et conseiller assiste, en collaboration avec le ou les infirmier(s) en chef, la direction de la maison de repos et de soins notamment dans les matières suivantes :*

*- adaptation des locaux, extension et diversification des activités et achat de matériel ;*

*- programme de qualité visé au point 10, b ;*

*- relations avec les médecins traitants et avec le cercle de médecins généralistes du territoire où la maison de repos et de soins est établie.*

*\* En vue de soutenir les soins relatifs à la fin de vie dans la maison de repos et de soins, le médecin coordinateur et conseiller et le ou les infirmier(s) en chef sont chargés :*

*1° de développer une culture des soins palliatifs et de sensibiliser le personnel à la nécessité de celle-ci ;*

*2° de formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'adresse du personnel infirmier, des aides-soignants et du personnel paramédical, du personnel de réactivation et des kinésithérapeutes ;*  
*3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel visés au point 2° en matière de soins palliatifs ;*  
*4° du respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, ainsi que du respect des volontés du résidant concernant sa fin de vie et/ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie.*

Aucun moyen n'est prévu pour couvrir cette extension. Les MRS ont encore plus de difficultés à trouver un médecin coordonnateur. Il nous revient également qu'un certain nombre de médecins coordonnateurs sont décidés à démissionner si ces obligations leur sont imposées.

d) Il alourdit de façon significative les obligations de gestionnaires des maisons de repos et de soins au travers de diverses nouvelles exigences relatives entre autres à :

- la tenue du dossier individuel pour son volet administratif et soins ;
- la définition de procédures en matière d'isolement et contention notamment ;
- la politique à mener entre autres pour les escarres et plaies chroniques, les soins bucco-dentaires, la problématique de l'incontinence ;
- la collaboration avec la plateforme d'hygiène hospitalière ;
- le respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, ainsi que du respect des volontés du résidant concernant sa fin de vie et/ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie ;
- des souhaits éventuels quant aux soins et traitements futurs. À la demande du résidant, ces souhaits sont également notés dans le dossier de soins, étant entendu que ceux-ci sont révocables à tout moment et que ceci ne décharge pas le prestataire de soins de son obligation de toujours chercher à découvrir la volonté réelle du patient ;
- des enregistrements sur le décubitus et l'application de mesures de contention et/ou d'isolement ;
- la procédure de nomination et de remplacement du médecin coordonnateur (cercles médecins généralistes).

e) Ces modifications sont entrées en vigueur ex abrupto 10 jours après leur publication au Moniteur alors que le secteur avait demandé qu'un temps d'adaptation raisonnable soit laissé.

### Orientation

De façon prioritaire, un large régime transitoire doit être prévu pour certaines dispositions reprises dans l'arrêté du 9 mars 2014.

Toutes les dispositions de cet arrêté doivent être évaluées pendant la période transitoire.

La partie D de l'allocation forfaitaire, intitulée « intervention partielle dans le coût de la gestion et de la transmission des données », est totalement insuffisante pour assurer la mise en œuvre des nouvelles réglementations. Une compensation doit être cherchée à terme via la partie D.

A terme également, il faut tendre vers une consolidation des normes d'agrément MR et MRS et aligner les normes de personnel pour l'agrément sur les normes de personnel pour le financement.

## **5. MISE EN PLACE DE L'OIP**

Le secteur des maisons de repos ne voulait pas la défédéralisation de son financement. La complexité de l'opération n'a pas été comprise. L'avenir s'annonce difficile.

Le financement a été assuré par l'Inami jusqu'au 30 juin 2014. Le transfert de compétence a eu lieu en juillet 2014. Le nouvel opérateur de gestion est toujours dans les limbes. Un contrat de gestion pouvant jouer jusque fin 2017 a été conclu avec l'Inami. Suivant les sources, on parle toutefois d'une période de transition de 2 à 10 ans.

De façon rapide, une série de questions pratiques se posent : budget 2015, quota au 1<sup>er</sup> octobre 2014, paiement des avances troisième volet, encodage à clôturer pour le 30 septembre 2014... En termes de continuité de services aux citoyens, on ne peut se permettre un vacuum. Les soins doivent être donnés et la trésorerie des maisons ne peut souffrir d'une réforme qu'elles n'ont pas demandée.

Les moyens transférés ne sont pas affectés : leur allocation future est indéterminée.

### Orientation

Nous demandons sans délai:

- l'application du contrat de gestion avec l'Inami pendant la période de transition ;
- un inventaire des questions pratiques immédiates et une réponse à celles-ci avec les Mutuelles ;
- la constitution d'un groupe de travail « Prestataires – Mutuelles » pour le traitement de ces questions ;
- le maintien de l'outil informatique actuel et sa mise à jour au fur et à mesure des changements législatifs.

Dans un deuxième temps, nous demandons la création d'un OIP qui s'inspire de l'Inami. Cela implique:

- une Commission de conventions paritaire rassemblant mutuelles et représentants du secteur ; Elle doit rester le centre de gravité de fait dans une logique bottom up et de cogestion ;
- le maintien d'organes distincts pour le financement et l'agrément ;
- l'estimation chaque année par cette Commission des besoins pour l'année suivante ;
- la compétence d'avis et d'initiative de cet organe pour la réglementation en matière de financement ;
- une gestion des ressources humaines performante avec un recrutement sur base du critère de compétence du personnel qualifié nécessaire ;
- une synergie la plus large possible avec Bruxelles.

## **6. AVANT-PROJET DE CIRCULAIRE SOINS DE LA DGO5**

La DGO5 a préparé un projet de circulaire sur le cadre réglementaire des soins en maison de repos. Le secteur a été invité à une réunion d'une journée le 2 avril 2014 pour exprimer ses remarques sur celle-ci.

L'idée de la circulaire était louable et la concertation indispensable. Dans le même temps, il n'y avait pas d'urgence sur ce dossier et le texte en projet demandait un certain nombre de rectifications. Lors de la réunion du 2 avril, une série de convergences et de constats sont ressortis verbalement. Une nouvelle concertation a eu lieu le 21 mai.

La deuxième version du texte examiné à cette occasion se rapprochait d'un équilibre entre le nécessaire respect du prescrit réglementaire et les constats et préoccupations des différents acteurs concernés.

Une troisième version a été annoncée à cette occasion en vue de finaliser le texte.

### Orientation

Le secteur souhaite avoir connaissance de la troisième version de ce projet de circulaire et son contenu doit faire l'objet d'une concertation en bonne et due forme avant sa finalisation.

## **7. SERVICES A DOMICILE, SERVICES RESIDENTIELS ET SERVICES INTERMEDIAIRES**

La DPR prévoit de réserver les MR-MRS aux personnes les plus dépendantes et de concentrer les nouvelles actions sur les soins à domicile et les formules intermédiaires entre le domicile et la maison de repos.

Ceci étant, faire sortir tous les O et A des maisons de repos n'est pas possible. Par ailleurs, les établissements d'hébergement pour personnes âgées doivent demeurer des lieux de vie avec une diversité de profils de résidents. Il convient également de constater que le remplacement des cas O par des B et des cas A par des C sous régime MRPA représenterait une augmentation des dépenses de près de 200 millions d'euros soit plus de 27 % du budget actuel.

Le maintien à domicile a des limites physiques et financières. En outre, il n'est pas possible sans aidant proche. De façon générale, nous estimons que les services résidentiels et les services à domicile doivent être envisagés dans une relation de complémentarité.

Nous appuyons la volonté de développer l'essor des centres de soins de jour, des résidences services et plus généralement des formes alternatives de soins.

Par ailleurs, la tendance au raccourcissement du séjour hospitalier se poursuit.

La majorité des observateurs estiment qu'il faudra de l'ordre de 5 à 6 000 lits supplémentaires dans les 10 ans à venir. La DPR prône de poursuivre la politique de création de lits de maisons de repos et de subsidier la construction des lits pour lesquels un accord de principe a déjà été donné. Les lits actuellement en accord de principe ne suffiront pas. En outre, quid du financement ?

**Contact:**

Fédération des CPAS (UVCW) - Jean-Marc Rombeaux - [jmr@uvcw.be](mailto:jmr@uvcw.be)

Ferubel-Femarbel - Vincent Fredericq - [sec-gen@femarbel-ferubel.be](mailto:sec-gen@femarbel-ferubel.be)

Fih - Chantal Castermans - [Chantal.castermans@fih-w.be](mailto:Chantal.castermans@fih-w.be)