



**CREATION D'UN OIP WALLON SUITE A LA SIXIEME REFORME DE L'ETAT
AVANT-PROPOSITION DE DECRET- AVIS DE LA FEDERATION DES CPAS**

Table des matières

1. Organe technique.....	3
1.1. La situation actuelle	3
1.2. La Sainte Emilie.....	3
1.3. Avant-proposition de Décret.....	3
1.4. Orientation - Maintien d'un fonctionnement type Inami avec des Commissions paritaires.....	4
1.5. Arguments	4
1.6. Proposition.....	5
2. Place des services d'aide aux familles et aux aînés	6
2.1. Avant-proposition de Décret.....	6
2.2. Question	6
2.3. Arguments	6
2.4. Propositions.....	7
3. Place des Maisons de soins psychiatriques (MSP).....	7
3.1. Définition.....	7
3.2. Arguments	8
3.3. Propositions.....	8
4. Création de Commissions subrégionales	8
4.1. Avant-proposition de Décret.....	8
4.2. Arguments	8
4.3. Proposition.....	10
5. Agrément, investissements, fonction consultative	10
5.1. Situation actuelle	10
5.2. Avant-proposition de Décret.....	11
5.3. Observation	11
5.4. Proposition.....	12
6. Recours.....	13
6.1. Observations	13
6.2. Proposition.....	13
7. CPAS	13
7.1. Observations	13
7.2. Proposition.....	13
8. Timing	14
8.1. Arguments	14
8.2. Proposition.....	14
9. Annexes	15
9.1. Les principaux organes de l'Inami (pm).....	15
9.2. Les organes de l'OIP – Avant-projet de Décret (janvier 2014) - pm.....	16

INTRODUCTION

D'une manière générale, il ressort que ce n'est pas le modèle Inami qui a servi de point de départ. C'est en fait le Décret Awiph. Si cela se confirme, c'est peut-être dommage.

De façon ponctuelle, sous l'angle maison de repos, plusieurs points du texte posent problèmes ou questions :

- l'organe technique (1),
- la place des services d'aide aux familles et aux aînés (2),
- la place des maisons de soins psychiatriques (MSP) (3),
- la généralisation des Comités subrégionaux (4),
- la question des agréments, investissements et de la fonction consultative (5),
- la question des recours (6)

Plus généralement, il y a les questions de la représentation des CPAS sur base de leur mission obligatoire (7) et celle du timing (8).

Pour chacun, nous posons le problème, développons des arguments et formulons des propositions. A ce niveau, nous tenons compte des éléments communiqués le 11 mars 2014 à l'occasion d'une réunion d'un groupe de travail transversal de la Région wallonne dont la Présidence est menée de façon constructive.

Avant d'entrer dans le détail de la discussion, il est utile de rappeler que le secteur des maisons de repos représente 2/3 des moyens transférés suite à la défédéralisation d'une part du financement des soins de santé.

Suite au transfert de compétence, en termes de subventions courantes, les trois grands secteurs de la santé au niveau wallon sont dorénavant ceux des maisons de repos, des personnes handicapées et des services d'aide aux familles.

MR-MRS-CSJ transféré (estimé)	757 813	100 %
Personnes handicapées (budget 2014)	595 729	79 %
Services d'aide aux familles (budget 2014)	174 486	23 %
Milliers d'euros		

1. ORGANE TECHNIQUE

1.1. La situation actuelle

Commissions d'accords et de conventions	
Composition	Compétences
1/2 Organismes assureurs	- Négocier les accords et conventions
1/2 Prestataires	- Proposer adaptations nomenclature

1.2. La Sainte Emilie

Dans un esprit de concertation pluridisciplinaire, de coopération et de partenariat entre acteurs de terrain, les organes de gestion de l'OIP seront appuyés par des commissions d'avis chargées d'appréhender les réalités locales. Elles permettront le développement des collaborations entre tous les acteurs concernés par la santé, les aînés et les personnes handicapées et seront, à titre consultatif, les relais de l'évaluation des besoins et des offres en vue des programmations, sans que la liberté du patient et du prestataire ne puisse être en aucune manière entravée.

1.3. Avant-proposition de Décret

Art. 165/22. Il est institué des commissions techniques chargées de préparer et d'éclairer les comités de gestion dans leurs missions :

1° commission Etablissements de soins ;

2° commission Aînés ;

3° commission Première ligne de soins ;

4° commission Promotion de la Santé ;

5° commission Accompagnement et aide individuelle en milieu de vie ;

6° commission Education, Accueil et Hébergement des personnes handicapées ;

7° commission Education, Formation et Emploi des personnes handicapées.

Ces commissions rendent également des avis, d'initiative ou à la demande d'un comité de gestion ou du Gouvernement.

Le Gouvernement définit les missions respectives de chaque commission et leur fonctionnement. Il peut créer des commissions supplémentaires.

Les commissions peuvent organiser des réunions conjointes à chaque fois qu'elles l'estiment nécessaire.

Art. 165/23.

Chaque commission technique est composée d'un membre du Comité de gestion compétent, qui assume la fonction de Président, de représentants des organismes assureurs, de représentants des prestataires de soins et de services œuvrant dans les matières visées à l'article 165/8, §1^{er}, de représentants des organisations représentatives des travailleurs et de représentants des bénéficiaires.

Le Gouvernement fixe, par commission technique, le nombre de membres de chaque catégorie qui la composent, en tenant compte des matières qui relèvent de ses compétences.

Les membres siègent avec voix délibérative.

Le Gouvernement nomme les membres des commissions techniques sur proposition des organisations représentatives de chacune des catégories de membres qui y sont représentées.

Art. 165/24. En outre, le Gouvernement crée auprès de l'OIP, des commissions par secteur composées paritairement de représentants des organismes assureurs et des organisations représentatives ayant pour mission de soumettre au comité de gestion compétent des conventions sectorielles régissant les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs, d'une part, et les services et institutions, d'autre part.

Les commissions paritaires sont présidées par l'administrateur général ou son délégué.

Le Gouvernement fixe le nombre des commissions paritaires et définit leurs missions et leur fonctionnement.

1.4. Orientation - Maintien d'un fonctionnement type Inami avec des Commissions paritaires

L'Inami a un mode de fonctionnement qui a fait ses preuves. Pour des raisons d'efficacité, il devrait être maintenu dans ses grandes lignes et au besoin amélioré. Nous le synthétisons en annexe.

Nous demandons le maintien pour l'essentiel de la spécialisation et des équilibres actuels et en particulier:

- le maintien du triangle Administration-Mutuelles-Prestataires dans la préparation technique de la décision,
- le maintien des patrons et syndicats dans les organes décisionnels sans les « disperser » dans un grand nombre d'organes techniques.

Cela implique que:

- une commission spécifique maison de repos soit créée sur le modèle de l'actuelle commission de conventions, tant pour ses compétences que sa composition ;
- la décision finale se prenne au niveau d'un organe où siègeraient prestataires, mutualités, employeurs, syndicats et Gouvernement.

1.5. Arguments

Cette orientation se fonde sur les éléments suivants.

1.5.1. Indispensable expertise

La question du financement des maisons de repos demande une expertise pointue en raison de la haute technicité des matières.

L'expertise, le Service de l'Inami, les mutuelles et les représentants des secteurs l'ont acquise au fil des ans. Ils l'exercent au niveau de l'actuelle Commission de conventions.

Il est proposé d'y adjoindre des représentants des travailleurs et usagers. Il est légitime d'impliquer les usagers et les représentants des travailleurs dans la décision.

Dans le même temps, ils n'ont pas une connaissance pointue sur des questions aussi complexes que celle du quota, du troisième volet, des fins de carrière.

A notre estime, le pouvoir de décision des usagers et syndicats devrait s'exercer au niveau du Comité de gestion prévu par les accords de la Sainte Emilie.

Par ailleurs, il faudrait veiller à la représentativité des personnes siégeant pour les usagers. A cet égard, rappelons que pour partie, les Mutuelles représentent les usagers.

1.5.2. Nombre et disponibilité des acteurs

Il ne s'agit pas seulement de vouloir (décréter) que certains acteurs vont être impliqués. Il faut que ces acteurs aient des représentants qui aient une disponibilité, une motivation et une connaissance du dossier.

Mettre dans les organes de gestion un grand nombre d'acteurs ayant des niveaux d'expertise technique variables voire disparates va induire des problèmes de communication, décélérer le processus de préparation de la décision et affecter sa qualité.

Le cas échéant, cela risque d'évincer le débat de fond et la discussion technique.

Dans cette optique, la réalité de la fonction consultative est à rappeler. Au nom de la transversalité, on a voulu mettre un grand nombre de personnes avec des connaissances hétérogènes autour de la table. Ce n'est pas une réussite totale. Les réunions des organes consultatifs connaissent un absentéisme élevé. Installée au début de la législature, on va déjà la réviser fondamentalement.

1.5.3. Décision dans un délai raisonnable

Il faut veiller à garder un mode de décision suffisamment rapide et opérationnel.

Cela renvoie d'abord à un impératif de bonne gouvernance.

Il faut rappeler que les maisons de repos dépendent pour 40 à 50 % des subventions pour couvrir leurs dépenses. Au plus il y a d'acteurs qui interviennent, au plus le processus de prise de décision sera long, au plus le risque de problèmes de trésorerie augmente. Un danger est que l'on évolue dans le financement vers une situation analogue à celle qui prévaut pour les hôpitaux : ils sont sous-financés avec un retard structurel. Il faut aussi garder à l'esprit qu'une série de maisons de repos sont des petites ou moyennes structures. Si elles sont fragilisées au niveau de la trésorerie, le risque de fermeture augmente. Cela implique une intervention des autorités locales dans une série de cas.

1.6. Proposition

Au vu de ces arguments, nous demandons le maintien d'un organe technique paritaire.

Nous demandons que les Commissions paritaires prévues par secteur gardent un champ d'action et une composition analogues aux actuelles Commissions de conventions. Ce champ doit de toute façon être défini.

Le 11 mars, en réponse à une question de notre part, il nous a été signifié que l'intention était d'avoir une Commission paritaire analogue à la Commission de Convention. Nous appuyons cette orientation.

2. PLACE DES SERVICES D'AIDE AUX FAMILLES ET AUX AINÉS

2.1. Avant-proposition de Décret

Art. 165/22. Il est institué des commissions techniques chargées de préparer et d'éclairer les comités de gestion dans leurs missions :

1° commission Etablissements de soins ;

2° commission Aînés ;

3° commission Première ligne de soins ;

4° commission Promotion de la Santé ;

5° commission Accompagnement et aide individuelle en milieu de vie ;

6° commission Education, Accueil et Hébergement des personnes handicapées ;

7° commission Education, Formation et Emploi des personnes handicapées.

2.2. Question

De quelle Commission technique vont relever les services d'aide aux familles et aux aînés?

Dans l'absolu, ils peuvent relever de la:

2° commission Aînés ;

3° commission Première ligne de soins (ndlr : en prenant le mot « soins » dans un sens large) ;

5° commission Accompagnement et aide individuelle en milieu de vie ;

2.3. Arguments

a) Par définition, ces services interviennent à domicile afin de favoriser le maintien et le retour à domicile, l'accompagnement et l'aide à la vie quotidienne des personnes isolées, âgées, handicapées, malades et des familles en difficulté, en concertation avec l'environnement familial et de proximité, et ont notamment pour objectif de stimuler la personne aidée afin de maintenir au maximum son autonomie¹.

Comme relevé dans une récente étude²:

Pour diverses raisons, le « retour domicile » ou le « maintien à domicile » sont promus par les différents niveaux de pouvoir. Par exemple, pour:

- les personnes porteuses d'un handicap physique ou mental,

- les patients psychiatriques (réforme de la psychiatrie, projets 107, ...),

- les patients hospitalisés (durée des hospitalisations réduite, hospitalisation à domicile, ...),

- les personnes âgées fragilisées,

- les personnes nécessitant des soins palliatifs,

- les patients chroniques,

(...)

Nous constatons que la pression exercée par le nombre croissant de demandes d'aide et de soins à domicile est de plus en plus forte. Des contraintes existent et doivent être prises en compte. Les limites sont parfois atteintes.

b) Il faut également souligner que ces services prestent pour des familles et notamment des familles monoparentales ou des familles où le SAJ intervient.

c) A contrario, la toute grande majorité des personnes en maison de repos a plus de 80 ans et ne vit pas en couple.

¹ Art. 220 du Cwass Décrétal.

² Rapport de la Commission subrégionale du Brabant wallon sur le maintien à domicile des personnes dépendantes.

d) La gestion de la subvention des services d'aide aux et familles et aux aînés est actuellement assurée directement par l'Administration. Les Mutuelles n'interviennent en aucune façon dans le paiement des subventions de ces services.

e) Au niveau du Cwass, la Commission compétente pour les services d'aide aux familles est celle de la famille qui traite également des centres de planning familial et des espaces de rencontre.

f) Critiquer l'organisation de la santé en silos est un lieu commun. Il est légitime de déplorer la dichotomie qui peut exister entre social et santé, intra-muros et extra-muros. On peut certainement souhaiter et encourager la réflexion en termes de trajet de personnes ou patients.

Dans le même temps, la connaissance d'une matière ou d'un secteur ne s'improvise pas.

Une série de questions structurelles se posent en termes radicalement différents suivant que l'on est dans un contexte résidentiel ou à domicile. Nous pensons notamment à celles de :

- la coordination et la pluridisciplinarité ;
- la place de l'aidant informel ;
- la solitude ou de l'isolement des prestataires (...).

Les publics sont aussi différents. Une personne âgée n'est pas une personne handicapée. Un travailleur formé pour travailler en maison de repos n'est pas formé pour accompagner des cas psychiatriques.

Les grands groupes ne sont pas efficaces pour une discussion en profondeur et en détail.

Dans ce contexte, à notre estime, on ne peut faire l'économie du maintien d'une forme de spécialisation sectorielle. Celle-ci doit toutefois être accompagnée d'une réflexion sur les articulations entre secteurs, notamment via des réunions conjointes.

g) Dans l'accord de la Sainte-Emilie, il est prévu que les allocations familiales vont être organisées selon un schéma qui s'inspire de l'OIP « Santé et aînés ».

2.4. Propositions

Considérant ces éléments et en particulier la diversité des publics de ces services, nous pensons qu'ils doivent relever d'une Commission autre que celle des maisons de repos.

Dans l'état actuel de notre information, ces services devraient plutôt être représentés au sein de la Commission accompagnement et aide individuelle en milieu de vie.

Le 11 mars, en réponse à une question de notre part, il nous a été signifié que la question était ouverte.

3. PLACE DES MAISONS DE SOINS PSYCHIATRIQUES (MSP)

3.1. Définition

Par définition, en vertu de l'article 3 de l'arrêté royal du 10 juillet 1990, la maison de soins psychiatriques (MSP) est destinée :

- 1° aux personnes présentant un trouble psychique chronique stabilisé, étant entendu qu'elles :
- ne requièrent pas de traitement hospitalier ;
 - n'entrent pas en ligne de compte pour une admission en maison de repos et de soins étant donné leur état psychique (ndlr : nous soulignons) ;
 - n'entrent pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ;
 - ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique non-interrompue ;

- nécessitent un accompagnement continu.
- 2° aux handicapés mentaux, étant entendu qu'ils :
 - ne requièrent pas de traitement hospitalier ;
 - n'entrent pas en ligne de compte pour l'habitation protégée ;
 - n'entrent pas en ligne de compte pour une admission dans une institution médico-pédagogique ;
 - ne nécessitent pas une surveillance psychiatrique non-interrompue ;
 - nécessitent un accompagnement continu.

3.2. Arguments

- a) Par définition, une personne accueillie en MSP n'entre pas en maison de repos et de soins en raison de son état psychique.
- b) Le critère de l'âge n'intervient pas pour l'admission en MSP.
- c) Une personne formée pour travailler en maison de repos n'est pas formée pour accompagner des cas psychiatriques.

3.3. Propositions

La problématique des MSP et des maisons de repos doit être traitée dans des commissions techniques distinctes.

4. CREATION DE COMMISSIONS SUBREGIONALES

4.1. Avant-proposition de Décret

Art. 165/20. L'OIP instaure des commissions subrégionales de coordination.

Elle en fixe le nombre, la composition et le ressort.

Art. 165/21. Les commissions subrégionales de coordination ont pour mission de :

- 1° rassembler les données existantes concernant les caractéristiques socio-économiques et la situation des bénéficiaires ;
- 2° procéder, au niveau de leur ressort, à l'étude des besoins des bénéficiaires en termes de services. Ces études sont transmises aux commissions ad hoc, à tout le moins dans le cadre de la programmation.
- 3° promouvoir la concertation et la coordination des services sociaux et de santé s'adressant partiellement ou totalement aux bénéficiaires dans leur ressort ;
- 4° proposer les moyens à mettre en œuvre pour promouvoir une politique active dans leur ressort, notamment en dressant un plan subrégional de coordination et d'intervention des services en faveur des bénéficiaires.

Les commissions subrégionales de coordination transmettent les conclusions de leurs travaux aux comités de gestion qui les transmettent aux commissions techniques ad hoc.

4.2. Arguments

- a) Il existe des Comité subrégionaux pour l'Awiph.
- b) Aujourd'hui des services intégrés de soins à domicile (SISD) ont développé une activité depuis une dizaine d'années. Pour partie au moins, pour la santé et les aînés, ce qui envisagé

via les Comités subrégionaux recoupe le travail des SISD³ pour les aspects concertation et information.

En vue d'une offre de soins cohérente, accessible et adaptée au patient, le service intégré de soins à domicile a pour mission générale de veiller au suivi de l'information et de l'encadrement tout au long du processus de soins, aussi bien à l'égard du prestataire de soins, qu'à l'égard du patient.

Par ailleurs, de manière générale, le service intégré de soins à domicile a pour mission de stimuler la collaboration entre ses membres. Il est possible d'y parvenir notamment en optimisant l'échange d'informations entre ceux-ci par le biais, entre autres, de l'organisation de réunions d'information et de l'apport d'un appui administratif et technique.

Le service intégré des soins à domicile se charge en particulier de veiller à l'organisation pratique et le soutien des prestataires de soins en vue des prestations fournies dans le cadre des soins à domicile, et plus particulièrement en ce qui concerne :

- a) l'évaluation de l'autonomie du patient ;*
- b) l'élaboration et le suivi d'un plan de soins ;*
- c) la répartition des tâches entre les prestataires de soins ;*
- d) la concertation pluridisciplinaire en vue de concrétiser les points susmentionnés a) jusqu'au c).*

Le service intégré des soins à domicile enregistre les prestations visées à l'article 9.

L'état récapitulatif de l'enregistrement est transmis, par trimestre civil et avant l'expiration du trimestre suivant, au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, ainsi qu'aux autorités compétentes en matière d'agrément.

Dans le cadre de l'exécution de ses missions, le service intégré de soins à domicile collabore de manière intensive avec les institutions de soins de santé établis dans la zone de soins.

A la demande du patient, le service intégré des soins à domicile collabore, en ce qui concerne les soins dispensés au patient, avec des institutions de soins de santé en dehors de la zone de soins.

Il y a donc un problème de chevauchement et de doublon en terme fonctionnel et financier.

En outre, sauf erreur de notre part, les zones géographiques des SISD et des Comités subrégionaux ne coïncident pas.

Si le principe des SISD est contesté par certains, une série de SISD fonctionnent bien et une culture de la coopération y existe. Ce serait un gâchis de les faire disparaître.

c) Si le domaine d'intervention des Comités subrégionaux de l'actuel Awiph est étendu, se pose la question de la valeur ajoutée, du coût et du coût d'opportunité de cette extension. Au niveau de la Région wallonne, la question de la simplification des structures fait consensus. Est-il nécessaire de mettre en place des Comités subrégionaux qui seraient compétents pour l'ensemble des matières transférées ?

Vu que le secteur des maisons de repos représente en subventions 125 % de la dotation Awiph, on imagine mal les Comités subrégionaux mis en place (étendus) sans ressources complémentaires. A-t-on évalué ce coût ?

³ A.R. 8.7.2002 fixant les normes pour l'agrément spécial des services intégrés de soins à domicile.

Au niveau wallon, il manque de personnel pour l'agrément des maisons de repos. Les subventions pour le personnel et celles pour les investissements en maison de repos sont notoirement insuffisantes.

Avant de créer des Comités subrégionaux, ne faut-il pas pourvoir aux manques de personnel et d'infrastructure existants ? Mettre des moyens dans une méta-structure quand on n'a pas assez de moyens pour les soins pose question.

d) Les prévisions budgétaires du CERPE (FUNDP) montrent une dégradation du solde à financer de la Région jusqu'en 2018 suite à la Réforme de l'Etat. 2016 sera un cap difficile (- 672 millions), soit une détérioration de 40 % par rapport à aujourd'hui⁴.

Budget RW	Solde net à financer	Dont impact 6 ^{ème} réforme
2013	-472	
2014	-499	-68
2015	-545	-287
2016	-672	-530
2017	-578	-538
2018	-469	-542
2019	-323	-501
2020	-168	-453
2021	-16	-409
2022	144	-364
2023	315	-312

Source: CERPE - 21.11.2013 - millions euros
Document remis lors Congrès des Economistes de Langue française

Dans un contexte où d'une manière ou d'une autre il faudra faire ceinture, est-ce bien le moment de mettre en place des Comités subrégionaux pour les matières transférées ?

4.3. Proposition

Nous demandons de maintenir les Comités subrégionaux pour la seule problématique des handicapés.

5. AGREMENT, INVESTISSEMENTS, FONCTION CONSULTATIVE

5.1. Situation actuelle

a) Aujourd'hui, les décisions individuelles en matière de subventions pour investissements ne passent, sauf erreur de notre part, par aucun organe et sont prises par le Ministre compétent.

b) Les décisions en matière d'agrément sont rendues par ce Ministre après avis de la Commission wallonne des aînés et dans le respect des normes d'agrément et de programmation.

⁴ Ces chiffres sont à politique inchangée et n'intègrent pas la Saint-Quentin bis. Selon le Pr. Deschamp, l'accord de la Sainte Émilie est trop flou pour le faire à ce jour.

5.2. Avant-proposition de Décret

Art. 165/15. Sans préjudice des délégations qu'il accorde à l'administrateur général, dans le cadre de la gestion de la politique de Santé et Aînés, le Comité de gestion Santé Aînés est chargé de :

- 1° prendre les décisions en matière de programmation après avoir reçu l'avis de la Commission technique compétente ;*
- 2° prendre les décisions en matière d'octroi, de suspension ou de retrait d'agrément ou de toute autre autorisation régie par ou en vertu du présent Code, après avoir reçu l'avis de la Commission technique compétente ;*
- 3° prendre les décisions en matière de subvention après avoir reçu l'avis de la Commission technique compétente ;*
- 4° organiser le contrôle des bénéficiaires et de la mise en œuvre de la politique par les opérateurs, en ce compris le respect des conditions d'agrément et de subventionnement ;*
- 5° informer et conseiller sur la politique mise en œuvre ou à mettre en œuvre et ses enjeux ;*
- 6° évaluer la politique mise en œuvre ;*
- 7° donner un avis au conseil sur les conventions paritaires visées à l'article 165/24 ;*
- 8° donner un avis au conseil sur le budget de l'OIP ;*
- 9° donner un avis au conseil sur le contrat de gestion à conclure avec le gouvernement, en vertu de l'article 3 du décret du 12 février 2004 relatif au contrat de gestion et aux obligations d'information pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution.*

5.3. Observation

a) Au cours de la précédente législature, les textes instituant la fonction consultative avaient fait l'objet de nombreuses critiques. Seule une part d'entre elles avait été prise en compte. De l'avis de nombre d'observateurs, elle fonctionne de façon non optimale :

- lenteur et lourdeur de la prise de décision ;
- trop grand nombre d'acteurs autour de la table ;
- manque de support technique venant de l'Administration malgré sa bonne volonté et sa conscience professionnelle.

b) Le simple transfert dans de bonnes conditions des matières défédéralisées risque d'être une gageure. Si l'on intervient dans le même temps sur la fonction consultative, on risque de trop charger la barque.

c) Le type d'expertise et d'outils pour l'agrément et le financement sont fort différents. Il ne nous paraît pas réaliste qu'une même équipe administrative assure à la fois le traitement des dossiers d'agrément et de financement.

Les personnes qui gèrent actuellement les dossiers d'agrément sont majoritairement des travailleurs sociaux ou des infirmiers. Leur nombre relativement limité implique des visites relativement épisodiques. Pour gérer le financement des maisons de repos, il faut des personnes qui ont une expertise de gestion. Il faudra immanquablement des engagements complémentaires avec des profils spécifiques.

d) Les ordres du jour de la Commission de convention Inami des maisons de repos sont déjà très chargés. Si on traite au même endroit les décisions d'agrément et d'investissement, le risque d'engorgement est très élevé.

e) L'Inami a développé un outil informatique complexe et globalement performant. Son maintien et sa mise à jour sont un enjeu important.

f) Le transfert de la Compétence de décision en matière d'investissement et d'agrément vers le Comité de gestion peut prévenir des décisions discrétionnaires.

g) Le traitement de **l'intégralité** des décisions individuelles vers le Comité de gestion pour les investissements et l'agrément ne risque-t-il pas d'aboutir à une forme d'engorgement de celui-ci ?

Ne faudrait-il pas que les propositions de la Commission technique en matière d'agrément soient suivies sauf évocation au niveau du Comité de gestion ?

Vu leur caractère sensible, une délégation de ces décisions vers l'Administrateur général n'est pas souhaitable.

h) En cas de blocage au niveau de ce Comité, quid ?

i) Il est envisagé de transférer la fonction consultative générale au niveau du Conseil Economique et social de la Région wallonne (où les employeurs publics ne sont nullement représentés). A partir du moment où les employeurs et syndicats siègent au sein de l'OIP, on ne voit pas la valeur ajoutée de cette fonction consultative générale.

5.4. Proposition

Nous demandons de transférer dans de bonnes conditions les matières défédéralisées avant de réformer la fonction consultative.

Nous ne sommes pas favorables à une fonction consultative générale complémentaire.

Nous rappelons que les Fédérations de maisons de repos ont défini ensemble une série de conditions minimales pour le transfert de compétence. Elles ont été transmises par écrit et exprimées le 5 décembre en 2013 au Cabinet de la Ministre compétente. Nous les reprenons ci-après :

- La continuité du financement

La Wallonie est investie en la matière d'une obligation de résultats en termes de continuité, de régularité, de respect des délais de paiement des prestations de soins et du financement des accords sociaux (3^{ème} volet et fins de carrière).

- La stabilité réglementaire pendant la période de transition

Les Fédérations demandent que pendant toute la période transitoire et tant que l'administration ne sera pas à même d'accomplir parfaitement ses missions, l'ensemble des réglementations transférées (prix compris) ne fasse l'objet d'aucune modification.

- La consolidation du financement

Le secteur doit impérativement non seulement continuer à bénéficier des mêmes moyens qui sont à sa disposition actuellement mais aussi des moyens supplémentaires requis pour faire face à l'évolution de la dépendance.

- La Gouvernance

Il est impératif que le nouvel OIP intègre parfaitement le principe de cogestion retenu dans les accords politiques. Un organe dédié au financement, distinct des organes d'avis en matière d'agrément, devra réunir les mutuelles et les représentants des prestataires.

- Administration

Le secteur attend de la Wallonie la même qualité de service tant au niveau administratif qu'informatique que celle dont il bénéficie actuellement à l'Inami.

Il souhaite que les nouvelles compétences soient gérées par une administration moderne, professionnelle et compétente. A ce titre, il demande que les moyens suffisants soient dégagés afin de lui permettre d'accomplir ses missions par le biais d'un personnel suffisant en nombre et qualité.

6. RECOURS

6.1. Observations

Une procédure de recours est prévue par le Code décretaal wallon de l'action sociale et de la santé. A cette fin, une Commission d'avis sur les recours est installée auprès de la fonction consultative en matière d'action sociale et de santé. Elle peut notamment intervenir en matière d'agrément.

Par ailleurs, pour le financement Inami⁵, les contestations relatives aux droits et aux obligations résultant de la législation et de la réglementation concernant l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités relèvent de la compétence du tribunal du travail.

6.2. Proposition

Une Commission d'avis sur les recours doit être instituée au niveau de l'OIP pour les dossiers individuels.

Les possibilités de recours via le tribunal du travail doivent être maintenues intégralement en ce qui concerne les questions relatives au financement.

7. CPAS

7.1. Observations

Via leurs missions dites facultatives, les CPAS gèrent des maisons de repos.

Au travers de leurs missions organiques, dans toutes les communes, chaque CPAS est notamment concerné par les problématiques de santé :

- l'aide pour les personnes qui ne peuvent payer leurs dépenses de santé ;
- la mise en ordre d'assurabilité ;
- l'aide médicale urgente.

7.2. Proposition

Sans préjudice de leur représentation en tant que prestataire pour les maisons de repos, il serait logique que les CPAS soient présents dans le Comité de gestion vu leur mission organique en matière de santé.

⁵ Art. 167 de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994.

8. TIMING

8.1. Arguments

Les élections ont lieu dans un peu moins de deux mois.

La période de prudence a commencé.

Le Conseil d'Etat a un mois pour remettre son avis.

Pour que l'OIP soit opérationnel, après son adoption par le Parlement wallon au cours de la prochaine législature, il faudra aussi des arrêtés d'exécution.

Tous ces éléments posent question sur la définition du cadre et l'opérationnalité de l'OIP avant les élections.

Le 11 mars, il nous a été signifié que le Décret ne serait pas déposé sous cette législature.

8.2. Proposition

Vu que le texte ne sera pas adopté sous cette législature et afin de prévenir des difficultés du type de celles rencontrées avec la fonction consultative, le temps de la réflexion doit être pris dans la construction de l'OIP.

9. ANNEXES

9.1. Les principaux organes de l'Inami (pm)

Comité général de gestion de l'Inami	
Composition	Compétences
1/4 Organismes assureurs 1/4 Travailleurs 1/4 Employeurs 1/4 Pouvoirs publics	- Approbation du budget et des comptes des services de l'inami - Octroi des recettes organiques aux services
Conseil général	
Composition	Compétences
1/4 Organismes assureurs (5) 1/4 Travailleurs (5) 1/4 Employeurs (5) 1/4 Pouvoirs publics (5) Voix consultative : Prestataires (8) - 3 gestionnaires établissements de soins médecins spécialistes - 2 - 2 médecins généralistes - 1 infirmier	- Elaborer politique globale soins de santé - Fixation budget global
Comité de l'assurance	
Composition	Compétences
1/2 Organismes assureurs (21) 1/2 Prestataires (21): - 7 médecins - 1 dentiste - 2 pharmaciens - 5 gestionnaires établissements de soins - 1 Infirmier - 1 Kinésithérapeute - 1 Logopède - 1 Opticien - 1 Fournisseur de prothèses - 1 Fournisseur d'implants Voix consultative : travailleurs et employeurs(6)	- Fixation budgets partiels - Approbation accords et conventions - Modifications nomenclature - Conditions droit aux prestations
Commissions d'accords et de conventions	
Composition	Compétences
1/2 Organismes assureurs 1/2 Prestataires	- Négocier les accords et conventions - Proposer adaptations nomenclature
Commission de contrôle budgétaire	
Composition	Compétences
Employeurs Travailleurs Organismes assureurs Prestataires de soins Pouvoirs publics	- Rapport trimestriel des recettes et dépenses - Contrôle budgétaire accords/conventions/modifications nomenclature

9.2. Les organes de l'OIP – Avant-projet de Décret (janvier 2014) - pm

Conseil	
Composition	Compétences
1° Gouvernement wallon 2° Organismes assureurs 3° Employeurs 4° Travailleurs 5° Usagers	1° est l'organe de gestion au sens de l'article 2, 3°, du décret du 12 février 2004 relatif aux contrats de gestion et aux obligations d'information pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution. Il établit son règlement d'ordre intérieur. 2° détermine les orientations politiques générales à court, moyen et long terme de l'OIP en concertation avec les comités de gestion ; 3° assure la cohérence et la coordination entre les différentes compétences ; 4° développe et met en place, en concertation avec les deux comités de gestion, des politiques transversales ; 5° approuve les règlements d'ordre intérieur des comités de gestion ; 6° fixe le budget de l'OIP et, en concertation avec eux, ceux à atteindre par chaque comité de gestion 7° veille à l'équilibre financier global de l'OIP et au respect des objectifs budgétaires annuels par les comités de gestion ; 8° arrête les comptes et établit le budget de l'OIP sur avis des comités de gestion ; 9° propose au ministre compétent l'approbation des conventions paritaires visées à l'article 165/24 ; 10° propose au gouvernement le cadre organique du personnel et ses modifications ; 11° adopte les décisions individuelles en matière de personnel notamment en matière de nomination, d'affectation, de promotion, de révocation, de recrutement, de licenciement et disciplinaire, sauf en ce qui concerne les membres du personnel nommés par le gouvernement dans le cadre d'un mandat.
Comités de gestion Santé Aînés	
Composition	Compétences
1° Gouvernement wallon ; 2° Prestataires de soins et de services institutionnels; 3° Prestataires de soins et de services ambulatoires; 4° Travailleurs ; 5° Organismes assureurs ; 6° Bénéficiaires.	1° prendre les décisions en matière de programmation après avoir reçu l'avis de la Commission technique compétente ; 2° prendre les décisions en matière d'octroi, de suspension ou de retrait d'agrément ou de toute autre autorisation réglée par ou en vertu du présent Code, après avoir reçu l'avis de la Commission technique compétente ; 3° prendre les décisions en matière de subvention après avoir reçu l'avis de la Commission technique compétente ; 4° organiser le contrôle des bénéficiaires et de la mise en œuvre de la politique par les opérateurs, en ce compris le respect des conditions d'agrément et de subventionnement ; 5° informer et conseiller sur la politique mise en œuvre ou à mettre en œuvre et ses enjeux ; 6° évaluer la politique mise en œuvre ; 7° donner un avis au conseil sur les conventions paritaires visées à l'article 165/24 ; 8° donner un avis au conseil sur le budget de l'OIP ; 9° donner un avis au conseil sur le contrat de gestion à conclure avec le gouvernement, en vertu de l'article 3 du décret du 12 février 2004 relatif au contrat de gestion et aux obligations d'information pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution.

Commissions techniques	
Composition	Compétences
1° Organismes assureurs, 2° Prestataires de soins et de services 3° Travailleurs 4° Bénéficiaires Président : un membre du Comité de gestion	1° préparer et éclairer les comités de gestion 2° avis, d'initiative ou à la demande d'un comité de gestion ou du Gouvernement. 3° missions respectives de chaque commission et leur fonctionnement définies par Le Gouvernement
Commission sectorielle paritaire	
Composition	Compétences
1° Organismes assureurs, 2° Prestataires de soins et de services	1° soumettre au comité de gestion compétent des conventions sectorielles régissant les rapports financiers et administratifs entre les bénéficiaires et les organismes assureurs, d'une part, et les services et institutions, d'autre part. 2° missions et fonctionnement définies par le Gouvernement
Comité financier	
Composition	Compétences
1° Représentant du ou des ministres qui ont la Santé, la Famille, les Aînés et les Personnes handicapées dans ses ou dans leurs attributions ; 2° Administrateur général ; 3° Commissaires du gouvernement ; 4° Délégué de l'administration du budget de la Région ; 5° Représentant de la Cour des comptes ; 6° Inspecteur des finances.	suggestions et recommandations au Gouvernement et au conseil de l'OIP en vue de respecter l'objectif budgétaire global de l'OIP en respectant la norme de croissance et l'augmentation de l'indice santé.
Commissions subrégionales de coordination	
Composition	Compétences
Instaurée par l'OIP qui en fixe le nombre, la composition et le ressort.	1° rassembler les données existantes concernant les caractéristiques socio-économiques et la situation des bénéficiaires ; 2° procéder, au niveau de leur ressort, à l'étude des besoins des bénéficiaires en termes de services. Ces études sont transmises aux commissions ad hoc, à tout le moins dans le cadre de la programmation. 3° promouvoir la concertation et la coordination des services sociaux et de santé s'adressant partiellement ou totalement aux bénéficiaires dans leur ressort ; 4° proposer les moyens à mettre en œuvre pour promouvoir une politique active dans leur ressort, notamment en dressant un plan subrégional de coordination et d'intervention des services en faveur des bénéficiaires.