



Fédération
des CPAS

**AVIS DE LA FÉDÉRATION DES CPAS
DE L'UNION DES VILLES ET COMMUNES DE WALLONIE**

COMMISSION DE L'ACTION SOCIALE, DE LA SANTÉ ET DE LA FONCTION PUBLIQUE

PROJET DE DÉCRET RELATIF À L'AIDE AUX AÎNÉS ET PORTANT MODIFICATION DU LIVRE V DU CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ (DOC. 1244 (2018-2019) N°1)

PROPOSITION DE DÉCRET MODIFIANT LES ARTICLES 335, 336, 359 ET 362 DU CODE WALLON DE L'ACTION SOCIALE ET DE LA SANTÉ ET Y INSÉRANT UN ARTICLE 342BIS EN VUE D'INTRODUIRE PLUS DE TRANSPARENCE DANS LE PRIX D'HÉBERGEMENT AU SEIN DES MAISONS DE REPOS, DES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS ET DES RÉSIDENCES-SERVICES (DOC. 1109 (2017-2018) N°1)

PROPOSITION DE RÉOLUTION VISANT À RENFORCER LA SENSIBILISATION À LA DIVERSITÉ SEXUELLE DANS LES MAISONS DE REPOS ET LES MAISONS DE REPOS ET DE SOINS (DOC. 497 (2015-2016) N°1)

29 JANVIER 2019

Personne de contact : Jean-Marc Rombeaux - Tél : 081 24 06 54 mailto : jmr@uvcw.be

Table des matières

1. Age de 70 ans – Art. 5.....	3
2. Personnes desorientées -Art. 6 (art 15-24).....	4
3. Qualité - Art. 7.....	5
4. Prix maximum- Art. 9.....	5
5. Partenariat - art. 11.....	6
6. Critere de priorité - Art. 13	8
7. Le nouveau système de subvention aux investissements	8
7.1. Son principe	8
7.2. Complexité du dispositif - Art. 19 à 33 -	9
7.3. Balise d'investissements des pouvoirs locaux - Art. 19 à 33.....	9
7.4. Perte en cas de non-facturation	9
7.5. Prix de la location de la chambre - Juste prix - Art. 21	10
7.6. Les critères de recevabilité - Art. 23 et 35.....	10
7.6.1. Le prix - Art. 35	10
7.6.2. La mixité sociale	10
7.6.3. Diversité de l'offre - Au moins trois dispositifs.....	10
7.7. Plan d'investissement – Plan de construction - Art. 32	11
7.8. Un an au moins sans possibilité de nouveau dossier - Art. 34.....	11

Le point le plus problématique est la nouvelle technique de subventions des investissements. Elle implique une complexification du système qui ne va pas dans le sens de la simplification administrative. Il pourrait être ouvert au secteur marchand alors que la Ministre de la Santé et de la Simplification administrative a exprimé à maintes reprises son opposition à la marchandisation de la santé. Cela impliquerait un possible doublement des coûts pour la Région ou une réduction des moyens de moitié pour le secteur non-marchand. La Fédération des CPAS demande que le caractère non-marchand du gestionnaire reste une condition.

1. AGE DE 70 ANS – ART. 5

« Article 334

Résident : l'aîné de septante ans au moins qui est hébergé ou accueilli dans un établissement pour aînés ainsi que toute autre personne de moins de septante ans qui, à titre exceptionnel et selon les modalités fixées par le Gouvernement, y est hébergée ou accueillie »

1.1. Avec un âge minimum de 60 ans pour l'admission, on constate que la majorité des résidents des maisons de repos a plus de 80 ans. L'entrée plus tardive en maison de repos est donc une tendance lourde et « spontanée ». Ainsi, dans le rapport biennuel de 2014 des établissements d'hébergement et d'accueil des aînés, on constatait :

Tableau 52. Nombre de résidents de maisons de repos d'au moins 60 ans par tranche d'âge et par sexe, Wallonie, 2014

Tranche d'âge	Homme	Femme	Total
60-64 ans	560	492	1 052
65-69 ans	846	998	1 844
70-74 ans	791	1 197	1 988
75-79 ans	1 210	2 929	4 139
80-84 ans	1 898	6 178	8 076
85-89 ans	2 183	9 422	11 605
90-94 ans	1 604	8 052	9 656
95-99 ans	325	2 099	2 424
100-104 ans	46	403	449
105-109 ans	0	28	28
110-114 ans	0	1	1
Total*	9 463	31 799	41 262

En 2014, selon le rapport biennuel, il y avait 2 896 résidents de 60 à 69 ans en MR-MRS sur un total de 41 262, soit 7 % des résidents. Si des résidents de moins de 70 ans viennent en maison de repos, c'est par nécessité. Le fait d'imposer un nouveau seuil minimum ne va pas changer la santé des aînés de 60 à 69 ans.

1.2. En centre de soins de jour, il y a de plus en plus de personnes qui viennent avec une affection type Alzheimer. En pratique ces personnes sont relativement plus jeunes.

1.3. On ne comprend pas pourquoi une personne devrait attendre 70 ans pour aller en résidence-services, *a fortiori* si elle est propriétaire. Cette formule est à la base une réponse à l'isolement social et à une question de sécurité. Cela constituerait une restriction du libre choix.

La Fédération des CPAS n'est pas favorable au passage de 60 à 70 ans comme âge minimum pour l'accueil en maison de repos.

1.4. Dans l'arrêté d'exécution, il est prévu une dérogation à concurrence de 10 %

L'article 35 du projet de Décret prévoit une transition sur 10 ans.

Comment concilier ce régime transitoire avec les 10 % prévus à l'article 5 ?

En tous les cas, l'application de cette disposition doit pouvoir être simple.

2. PERSONNES DESORIENTEES -ART. 6 (ART 15-24)

« Art. 336

1° le a) est complété par les mots « ou présentant des troubles cognitifs majeurs ou diagnostiqués dément »

Dans son avis du 7 juin 2013, la Cwa écrivait :

« De manière générale, il faut éviter une confusion entre le concept de désorientation qui renvoie à une symptomatologie et celui de démence qui correspond à une pathologie. Comme le prévoit la réglementation, les unités spécifiques sont maintenant réservées à des personnes avec un diagnostic de démence. Nombre de personnes désorientées n'ont pas ce diagnostic : elles peuvent avoir une dépression, une infection, consommer trop de médicaments, ... Elles n'ont pas à aller dans une unité spécifique. »

Dans une récente étude de l'Aviq, on peut lire :

« Il est dès lors recommandé de ne plus utiliser le terme de « personne désorientée » dans le CWASS et de le remplacer par celui de « personnes avec troubles cognitifs majeurs » ou de « personnes atteintes d'une démence »¹.

Dans le cadre du financement des soins (« Inami »), l'approche des personnes atteintes d'une affection type Alzheimer s'est développée sur base d'un diagnostic par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie. Si une personne présente des troubles cognitifs, il n'y a pas nécessairement de diagnostic. Ne reste-t-on pas avec une forme de symptomatologie ? Si l'on parle de personnes atteintes de démence, qui va décider que la personne est atteinte de démence ?

Si l'on veut clarifier les choses, ne vaut-il pas mieux abandonner la notion de désorienté et faire référence à des personnes avec un diagnostic de démence ?

Art. 336

Les mots « avec un diagnostic de démence posé par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie. » remplacent les mots « désorientés ».

La remarque vaut aussi pour les articles 15 et 24 où apparaît la notion de désorientés.

¹ Sandrine Boyals, l'accompagnement des personnes âgées avec troubles cognitifs en maison de repos et de soins en Wallonie, Aviq, mars 2018.

3. QUALITE - ART. 7

« Art. 338

Les établissements pour aînés améliorent de manière continue et assurent la qualité des services rendus en étant centrés sur les besoins, les attentes et le respect des résidents.

Le Gouvernement arrête les mesures nécessaires afin de favoriser l'amélioration continue et la qualité et de développer une volonté de tendre vers l'excellence en la matière.»

3.1. Bon nombre d'établissements sont déjà centrés sur les besoins, attentes et a fortiori le respect du résident.

3.2. Il existe un programme qualité en maison de repos et de soins. La Ministre de la Santé a aussi la simplification administrative dans ses attributions.

La Fédération des CPAS propose d'étendre le programme qualité existant aux maisons de repos et de soins plutôt que de créer une nouvelle disposition qui s'ajouterait à l'existant.

Pm :

a) La maison de repos et de soins dispense, dans l'accomplissement de sa mission, des soins et des services appropriés à chaque résident. Dans ce cadre, elle doit développer une politique de qualité axée sur la planification, l'évaluation et l'amélioration systématiques de la qualité des soins et services prestés, ainsi que de son fonctionnement.

Celle-ci porte au moins sur :

- la dispensation de soins et de services garantissant le respect de la dignité humaine, de la vie privée, des convictions idéologiques, philosophiques et religieuses, le droit de plainte, l'information et la participation de l'utilisateur, compte tenu également du contexte social de l'utilisateur ;*
- l'accompagnement spécifique des personnes atteintes de démence ;*
- l'efficacité et l'efficience des soins et services offerts ainsi que du fonctionnement ;*
- la continuité des soins et services offerts.*

b) La maison de repos et de soins dispose d'un programme de qualité qui, au minimum, précise la politique de qualité poursuivie visée au point a), de même que les modalités et la périodicité de l'évaluation de la qualité des soins.

Au moins une fois par an, un rapport est rédigé par le médecin coordinateur et conseiller et par le ou les infirmier(s) en chef concernant l'évaluation de la qualité des soins.

3.3. Il est question d'excellence. Depuis la régionalisation, aucun moyen supplémentaire n'a été prévu pour aider les maisons de repos à mieux fonctionner en terme de personnel. Si des crédits appréciables ont été libérés en matière d'investissement, c'est uniquement pour une mise à niveau en termes de norme de bâtiment.

Décréter l'excellence sans l'accompagner de nouvelles ressources participe à une forme de wishfull thinking. Dans cette perspective, rappelons le manque de lits MRS.

4. PRIX MAXIMUM- ART. 9.

« Art. 341/1 Au sein de la Commission « Accueil et hébergement des personnes âgées » visée à l'article 15, les membres négocient une convention unique, pour tous les établissements d'accueil et d'hébergement des aînés, fixant les prix maxima à facturer aux résidents. Les prix maxima portent sur les prix de base et les suppléments facturables aux résidents. »

4.1. En maison de repos, différentes balises contribuent à la protection tarifaire des résidants :

- une longue liste d'éléments qui doivent être impérativement couverts par le prix de journée,
- une hausse de prix doit faire l'objet d'une demande préalable dûment justifiée,
- la liste des suppléments doit figurer dans la convention,
- en cas de travaux, les résidants présents avant le début des travaux gardent le même prix.

4.2. Il est prévu de définir des maxima sur les prix de base et suppléments. Aucune étude de faisabilité n'a été menée en ce sens et nous ne sommes pas convaincus que les données statistiques de l'Aviq permettent déjà d'avancer.

4.3. Si l'on parle de prix maximum, ne risque-t-on pas d'avoir comme effet que certains gestionnaires tendent à s'aligner sur ce maximum ? Ne faudrait-il pas plutôt parler de prix conventionné ?

4.4. Ces prix maxima ne concerneront que les maisons bénéficiant de subside à l'investissement. Une grande partie du secteur ne sera pas concernée.

4.5. Il est proposé de nouvelles dispositions plus astreignantes pour les prix en maison de repos. En même temps, le Parlement a voté un décret sur les maisons d'hébergement collectif où aucune régulation des prix n'est prévue. Le changement envisagé accentue le risque de voir des acteurs développer des maisons de repos « au rabais » via les maisons d'hébergement collectif afin d'éviter les normes en terme de prix.

4.6. L'accessibilité financière dépend du prix de la maison et des revenus de l'aîné. Des mesures sont sur la table pour les prix. Aucune en matière de revenus. Cela renvoie bien entendu à l'absence de prise en compte des résidants des maisons de repos dans le débat sur l'assurance autonomie.

Dès aujourd'hui, un peu moins de 10 000 personnes bénéficient de l'APA en maison de repos. Afin d'aider les résidants avec peu de ressources, la voie la plus évidente et longtemps évoquée à l'échelon fédéral est d'élargir le champ d'application de l'APA et de relever ses montants.

La Fédération propose qu'une étude de faisabilité soit préalablement faite avant d'envisager la modification prévue par l'art. 9.

Il convient de parler de prix conventionné plutôt que de prix maximum.

Par ailleurs, le champ d'application de l'APA et ses montants en maison de repos sont à relever afin de rencontrer le problème de revenus à la base d'une série de difficultés d'accessibilité financière en maison de repos.

5. PARTENARIAT - ART. 11.

« Art. 346

Au regard des modalités de détermination des quotas prévus au paragraphe 1er, alinéa 4, au paragraphe 2, alinéa 3, et au paragraphe 3, alinéa 3, le gestionnaire relevant d'un secteur, au sens de l'article 345, 3°, peut s'associer dans le cadre de la création d'un nouvel établissement pour aînés, à un gestionnaire relevant d'un autre secteur, et confier à ce dernier la gestion de places en accord de principe qui ne bénéficient pas d'un titre de fonctionnement via la conclusion d'une convention de partenariat.

Cette faculté d'association est organisée sans préjudice du chapitre XII de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale et dans le respect du chapitre IV du Code de la démocratie locale et de la décentralisation relatif aux ASBL communales. »

5.1. En 1999, un mécanisme de régulation sectorielle a été mis en place afin de permettre une liberté de choix des résidants. Il réserve au moins 29 % pour le secteur public, 21 % pour le secteur associatif et au plus 50 % pour le secteur commercial. L'instauration de façon générale de possibilité de convention contourne ce mécanisme et tend à le vider de sa substance.

5.2. Des partenariats public-privé se développent déjà via des Associations Chapitre XII.

5.3. Il est annoncé la possibilité de 12 000 lits supplémentaires. Ces 12 000 lits devraient permettre aux 3 secteurs de développer leur offre de façon importante. Cela rend d'autant moins opportun le mécanisme de convention. Il est fréquemment avancé que les PPP permettent le développement de services qui sans eux n'existeraient pas. Il est nul besoin de PPP pour augmenter l'offre de lits en maison de repos.

5.4. Les PPP font partie de la doxa de l'époque. C'est au Royaume-Uni qu'ils ont vu le jour et qu'ils se sont le plus développés.

Le Nao² (National Audit Office) a publié en janvier 2018 un rapport sur les PPP au Royaume-Uni. Sachant que la formule des PPP est venue de ce pays, ce document est particulièrement intéressant. Il constate un surcoût de 40 % pour la construction d'écoles et de 70 % pour la construction d'hôpitaux³. En même temps, au Royaume-Uni, le système de santé périclité et certains y parlent d'une tiers-mondisation des soins de santé.

5.5. En vertu de l'article 118 de la loi organique, un CPAS ne peut former une association avec une structure à finalité lucrative. Le commentaire précise :

« Dans la mesure où un CPAS souhaite transférer ses places à un gestionnaire d'un autre secteur et qu'il doit, pour ce faire, constituer une asbl, il ne pourra le faire qu'avec un gestionnaire du secteur associatif et non pas avec un gestionnaire du secteur privé commercial. »

Cependant, des groupes commerciaux créent ou reprennent des asbl. En outre, la réforme des asbl tend à estomper la spécificité de celles-ci.

Dans ce contexte, la Fédération des CPAS exprime un désaccord profond sur l'article 11 car il tend à vider la régulation sectorielle de sa substance et ouvre avec peu de balise une porte évidente à une privatisation de facto du secteur public.

² C'est l'équivalent de notre Cour des Comptes.

³ The higher cost of finance, combined with these other costs, means that overall cash spending on PFI and PF2 projects is higher than publicly financed alternatives. The Department for Education has estimated the expected spend on PF2 schools compared with a public sector comparator (PSC). Our analysis of these data for one group of schools shows that PF2 costs are around forty per cent higher than the costs of a project financed by government borrowing (Figure 4 overleaf). The Treasury Committee undertook a similar analysis in 2011, which estimated the cost of a privately financed hospital to be 70% higher than the PSC.
<https://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2018/01/PFI-and-PF2.pdf>

6. CRITERE DE PRIORITE - ART. 13

« Art. 349

Sans préjudice des règles prévues à l'article 346, le Gouvernement arrête les critères de priorité dans la liste d'attente. Ces critères portent sur :

La définition de critère de priorité ne doit pas court-circuiter la régulation sectorielle.

7. LE NOUVEAU SYTEME DE SUBVENTION AUX INVESTISSEMENTS

7.1. Son principe

a) Confrontée aux normes Sec, la Région a trouvé un subterfuge pour les contourner au niveau des hôpitaux. Elle le transpose aux maisons de repos en ajoutant un montant pour l'infrastructure au forfait « soins ».

Les normes Sec sont économiquement préjudiciables car elles imposent d'amortir un investissement sur une année. Elles sont discriminatoires car elles imposent une exigence comptable pour le seul secteur public. Elles brident l'investissement dans des infrastructures d'utilité collective.

La Wallonie aurait tout à gagner en continuant de remettre en question les normes Sec.

b) En Wallonie, plus de 50 % des maisons de repos sont gérées par des opérateurs marchands. C'est une différence fondamentale avec le secteur hospitalier. On ne peut raisonner en maison de repos comme en hôpital.

c) Sous conditions, le nouveau système peut bénéficier à tous gestionnaires.

La subvention est donc ouverte au secteur marchand alors que la Ministre de la Santé a exprimé à maintes reprises son opposition à la marchandisation de la santé.

d) L'application à l'ensemble du secteur implique un doublement du nombre de lits potentiellement concernés. Cela signifie en pratique un possible doublement des coûts ou une réduction des moyens de moitié pour le secteur non-marchand.

La Wallonie dispose de peu de marges financières. En même temps, elle élargit fortement le champ d'une subvention à des opérateurs qui sont déjà rentables (et parfois très rentables).

e) Le Décret est accompagné d'une projection financière. Elle est calculée comme si le seul secteur non-marchand aurait des subventions. Or, tous les secteurs deviennent éligibles.

f) Bruxelles a un modèle qui réserve l'accès des subventions au secteur non-marchand et respecte les contraintes européennes. Pourquoi ne pas s'en inspirer en Wallonie plutôt que d'instaurer un dispositif contestable?

g) Le nouveau mode d'investissement⁴ et l'ouverture des nouveaux lits joueraient à partir de 2020, sous l'empire du prochain Gouvernement.

⁴ Selon l'article 35, le premier plan de construction est arrêté à une date à fixer par le Gouvernement et au plus tôt pour le 1^{er} janvier 2020.

Il en découle une évidente incertitude politique et un renvoi du volet financier au(x) prochain(s) exécutif(s).

h) Rien n'est prévu pour développer les résidences-services sociales et répondre au défi de l'isolement social.

La Fédération des CPAS demande que :

- le caractère non-marchand du gestionnaire reste une condition *sine qua non* du mécanisme de subventions des investissements ;
- la possibilité d'appliquer un modèle similaire à celui de Bruxelles soit étudiée ;
- un soutien à l'essor des résidences-services sociales et d'une formule type maison communautaire.

7.2. Complexité du dispositif - Art. 19 à 33 -

Le dispositif proposé par le Décret amène une complexité nettement accrue dans le système.

Est-on certain que :

- tous les gestionnaires parviennent à fonctionner avec cette complexité ?
- l'Aviq aura le personnel suffisant en nombre et qualification pour y faire face vu le grand nombre de maisons de repos ?

7.3. Balise d'investissements des pouvoirs locaux - Art. 19 à 33

Si le dispositif envisagé est adopté, la totalité du montant des emprunts serait au niveau du gestionnaire et donc, en secteur public, du pouvoir local.

Cela ne va-t-il pas impacter les conditions auxquelles les emprunts sont conclus et ce en défaveur du pouvoir local ?

Cette pratique serait-elle compatible avec les balises d'investissement tant dans leur définition régionale qu'europpéenne ?

A tout le moins, les instructions budgétaires de la Région aux pouvoirs locaux devraient être adaptées.

7.4. Perte en cas de non-facturation

L'intervention pour l'infrastructure se ferait via le prix de journée. Dès lors, elle serait perdue en cas d'impossibilité de facturation. Il y aurait alors une double pénalité : perte du financement des soins et perte de l'intervention pour infrastructure.

C'est le cas lors de l'absence de résidants : hospitalisation, vacances, séjour dans la famille,...

Souvent, on travaille par phase pour les travaux lourds sur le bâtiment avec une baisse d'occupation conséquente pendant des mois. Dans ce cas également, il y aura une perte conséquente.

Enfin, une maison toute nouvelle ne touchera rien tant qu'elle ne sera pas remplie à 100 %. Cela implique une avance importante. Nous pensons par exemple à un CPAS qui déciderait d'ouvrir une nouvelle maison de repos.

Même si les remboursements se feront sur 30 ans, la perte en cas de non-facturation est un inconvénient sérieux de la proposition.

7.5. Prix de la location de la chambre - Juste prix - Art. 21

Il introduit la notion de « *prix de la location de la chambre* ».

En pratique, on vise une partie de financement pour le bâtiment dans le forfait actuellement facturé aux organismes assureurs pour les soins. Ce forfait est composé de différentes parties dont la dernière est actuellement la partie H qui vise le financement de la formation complémentaire du personnel en matière de démence. Afin d'éviter des confusions et dans un souci de cohérence, il serait plus explicite de parler d'une « Intervention pour infrastructure ».

Il est aussi question d'un « *juste prix* ». Comme c'est une valeur théorique en reconstruction, il serait plus simple de mentionner « Valeur en reconstruction ».

7.6. Les critères de recevabilité - Art. 23 et 35

Les critères prévus amènent une complexité accrue et non nécessaire dans le dispositif qui ne va pas dans le sens de la simplification administrative.

7.6.1. Le prix - Art. 35

Dans l'attente de la définition d'un prix conventionné, les suppléments seront limités à vingt pour cent du prix de base pour chaque type de chambre, est appliqué ».

Il devrait être précisé ce que l'on vise par suppléments. Un pourcentage de 20 % est élevé et non sélectif.

Le pourcentage de suppléments devrait être réduit à 15 %.

7.6.2. La mixité sociale

Pour la mixité sociale, il est question de prendre en compte les bénéficiaires de l'APA, allocation pour l'aide aux personnes âgées. Leur nombre peut varier en fonction du délai de traitement des dossiers par l'Administration et/ou les médecins.

Il conviendrait d'y ajouter le nombre de personnes ayant une aide sociale d'un CPAS.

7.6.3. Diversité de l'offre - Au moins trois dispositifs

« 4° offrir une diversité d'au moins trois dispositifs parmi les suivants : la maison de repos, la maison de repos et de soins, l'unité adaptée pour personnes désorientées, le court séjour, le centre d'accueil de jour, le centre de soins de jour, la résidence services ou tout dispositif complémentaire précisé par le Gouvernement. »

Faire de la diversité de l'offre un critère de priorité pour les subventions est défendable. En faire une condition d'accès nous semble abusif vu les contraintes d'espaces ou d'urbanisme qui ne permettent pas toujours cette diversité. En outre, un pouvoir local qui a ouvert ou ouvre une nouvelle maison ne peut avoir de lits MRS. Par ailleurs, la Ministre de la Santé a aussi la simplification administrative dans ses attributions.

7.7. Plan d'investissement – plan de construction - Art. 32

« Art. 410/12. §1 Les plans de construction successifs arrêtés par le Gouvernement tous les deux ans, ont pour objectif de planifier pour chaque établissement d'accueil et d'hébergement candidat l'introduction dans le plan de construction :

1° des mètres carrés relatifs au prix à la construction, calculé conformément à l'article 410/7, pour chaque partie visée à l'article 410/6 ;

2° du prix du matériel et des équipements, calculé conformément à l'article 410/8;

3° du prix des coûts liés à la pré-exploitation et aux charges financières liées aux différentes parties du prix qui doivent être préfinancées, calculés en vertu de l'article 410/9, pour les parties du prix visées à l'article 410/4.

§2. Le Gouvernement détermine le contenu et les modalités de transmission des programmes d'investissement des établissements d'accueil et d'hébergement qui demandent l'intégration dans le calcul des parties de location visées au paragraphe 1er. Il fixe, sur proposition du ministre ayant la santé dans ses attributions, les critères de sélection prioritaires pour l'introduction de programmes d'investissement dans les plans de construction.

Pour l'introduction des plans de construction, le Gouvernement peut tenir compte d'un indice de vétusté des bâtiments et des montants déjà pris en charge par les autorités publiques.

Par vétusté, il faut entendre l'état d'usure ou de détérioration résultant du temps ou de l'usage normal des matériaux et éléments d'équipement dont est constitué l'établissement d'accueil et d'hébergement.

Par indice de vétusté, il faut entendre le rapport entre la valeur comptable résiduelle et la valeur comptable d'acquisition.

Les programmes d'investissements répondent aux prescrits du présent Code en ce qui concerne les obligations à remplir par les établissements d'accueil et d'hébergement des aînés.

§3. Chaque établissement d'accueil et d'hébergement pour aînés qui introduit un projet, pour autant qu'il soit retenu dans le cadre du plan de construction, se voit attribuer un nombre de mètres carré maximum admissibles à la facturation ainsi qu'une planification pluriannuelle de prise en compte de cette capacité de facturation des parties du prix visées au paragraphe 1^{er}.

§4. Chaque établissement d'accueil et d'hébergement pour aînés est tenu d'enregistrer l'état de ses infrastructures dans un cadastre régional dont les modalités sont fixées par le Gouvernement. ».

La Ministre de la Santé a aussi la simplification administrative dans ses attributions.

La Fédération des CPAS est d'avis que le fait de passer par des plans d'investissements qui doivent s'inscrire dans des plans de construction va singulièrement complexifier le processus et ne va pas dans le sens de la simplification administrative.

Des critères de sélections prioritaires seront définis par le Gouvernement. Il serait plus sain qu'ils fassent l'objet d'un débat parlementaire.

Le taux d'encadrement doit être un de ces critères.

7.8. Un an au moins sans possibilité de nouveau dossier - Art. 34

« Le Gouvernement fixe la date d'abrogation du Titre V du Livre V de la deuxième partie du Code de l'Action sociale et de la Santé.

Aucune nouvelle demande s'appuyant sur les dispositions du Titre V du Livre V de la deuxième partie du Code de l'Action sociale et de la Santé ne peut valablement être introduite postérieurement à l'entrée en vigueur du présent décret. »

Cette entrée en vigueur est fixée au 1^{er} janvier 2019 par l'article 38.

Le commentaire de l'article 20 dispose que : « *Cet article prévoit l'ajout d'un nouveau titre à la fin du Livre V de la seconde partie du CWASS relatif au financement des établissements. [...] Ce nouveau titre qui, dans un premier temps, coexistera avec le Titre V, avant que le Gouvernement n'en fixe l'abrogation [...]* ».

Selon l'article 35, le premier plan de construction est arrêté à une date à fixer par le Gouvernement et au plus tôt pour le 1^{er} janvier 2020.

La Fédération des CPAS observe que dans un tel contexte, en 2019, le système actuel s'arrête et le nouveau commence au plus tôt en 2020. Il n'y a donc pas coexistence de deux dispositifs sauf pour les investissements en cours.

Pendant au moins un an, aucun dossier ne saurait être introduit. Ce sera vraisemblablement plus d'un an le temps que les plans de constructions soient définis.

Le cas échéant, des investissements seraient immanquablement postposés alors que l'offre est « saturée » et qu'il est difficile de trouver des places disponibles.
