

**SPF SANTÉ PUBLIQUE  
SÉCURITÉ DE LA CHAÎNE ALIMENTAIRE  
ET ENVIRONNEMENT**

**BRUXELLES, 9 février 2012**

**DIRECTION GÉNÉRALE ORGANISATION  
DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**

**CONSEIL NATIONAL DES  
ÉTABLISSEMENTS DE SOINS**

-----

**Section «Programmation et Agrément »**

**Réf. : CNEH/D/MRS/405-3 (\*)**

**AVIS RELATIF À LA MODIFICATION DE L'ARRÊTÉ ROYAL DU 21  
SEPTEMBRE 2004 FIXANT LES NORMES POUR L'AGREMENT  
SPECIAL COMME MAISON DE REPOS ET DE SOINS CONCERNANT LA  
FONCTION DE MÉDECIN COORDINATEUR ET CONSEILLER EN  
MAISON DE REPOS ET DE SOINS**

Au nom du président,  
M. Peter Degadt

Le secrétaire,  
C. Decoster

(\*) Cet avis a été ratifié lors du Bureau du 9 février 2012

### **Exposé du problème :**

La fonction de médecin coordinateur et conseiller (MCC) est contenue dans l'AR du 24 juin 1999 et n'a pas été adaptée dans l'AR du 21 septembre 2004. Vu l'évolution que connaît le secteur des soins de santé, la qualité des soins recherchée et les défis liés au vieillissement, il convient d'adapter les règles applicables à cette fonction.

L'accord national médico-mutualiste (CNMM) du 20 décembre 2007 stipule au point 19.1, « Concertation », ce qui suit :

**« Si l'on veut parvenir à une approche plus qualitative, en matière de consommation de médicaments, de soins palliatifs, de démence et de dépression, de rééducation, de planification et de coordination de soins (en collaboration avec les autres dispensateurs de soins dans le réseau), d'hygiène et de prévention, dans les soins dispensés aux patients séjournant en maisons de repos pour personnes âgées, en maisons de repos et de soins, en centres de court séjour, en centres de soins de jour, le médecin coordinateur et conseiller doit remplir un rôle essentiel. En concertation avec les commissions de conventions concernées, le SPF Santé publique et les Communautés/Régions, la CNMM prend l'engagement de développer ce rôle, de le définir avec une attention particulière pour plus de concertation avec les médecins généralistes qui traitent les résidents. »**

Un groupe de travail, présidé conjointement par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement et l'Institut national d'assurance maladie-invalidité, a été mis sur pied et a rendu, en date du 16 septembre 2010, une note de vision qui décrit les tâches futures du MCC, sa mission, son rôle, ses responsabilités et les conditions de l'exercice de sa fonction dans les maisons de repos et de soins.

Le CNEH a examiné cette note et souhaite rendre l'avis suivant :

### **Avis :**

Afin que les maisons de repos et de soins puissent, en collaboration avec le MCC, accomplir leur mission et répondre de manière qualitative à des demandes de tâches et de soins de plus en plus complexes, et compte tenu des avis du Conseil national de l'art infirmier (5 octobre 2010), il est demandé que les normes, telles que celles reprises à l'AR 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, soient adaptées, comme le propose le document ci-joint, et plus particulièrement les articles suivants :

1a, b, t, 3a à r, 4d, 8b, 10a, b, c, e, g et i.

1 a) que ces personnes ont dû subir, après une évaluation diagnostique pluridisciplinaire,  
b) qu'une évaluation pluridisciplinaire de nature médico-sociale dont le contenu et les modalités sont précisés par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, démontre que toutes les possibilités de soins à domicile ont été explorées et que, par conséquent, l'admission dans une maison de repos et de soins est requise.  
Un mois après l'entrée dans la maison de repos et de soins, le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire de la maison de repos et de soins procèdent à l'actualisation de cette évaluation.

2 t) Le médecin coordinateur et conseiller et le/les infirmier(s) en chef doivent disposer d'un local et des équipements bureautiques leur permettant d'exercer au mieux leur fonction.

3 a) Lors de l'admission d'un résident, il convient d'établir son dossier individuel, qui doit être conservé dans l'établissement. Il doit être accessible en permanence à toutes les personnes autorisées.

Le directeur dresse la liste des personnes autorisées dans le respect de la législation relative à la protection de la vie privée.

Ce dossier comprend :

(1) Le dossier administratif qui contient notamment

- l'identité complète du résident;
- les renseignements utiles en vue de sa couverture sociale ;
- le cas échéant, le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du représentant et/ou de la personne de contact ;
- le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant, ainsi que les dispositions à prendre en cas d'absence de celui-ci ;
- le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du pharmacien ;
- la mention de l'existence ou non d'une expression de la volonté explicite du résident en ce qui concerne sa fin de vie.

(2) Le dossier de soins qui contient notamment :

(2.1) Le dossier médical standardisé dont la responsabilité relève de la compétence du médecin traitant ;

(2.2) La fiche de liaison reprenant les éléments médicaux principaux nécessaires en cas d'urgence ou d'hospitalisation.

(2.3) Le dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial qui contient notamment :

- L'anamnèse et l'histoire de vie du résident ;
- Le résumé de l'examen clinique à l'admission et en cours de séjour ;
- Le diagnostic ;
- Le plan de soins en ce compris les médicaments prescrits, les soins requis, l'assistance à la vie journalière et les éventuelles mesures de contention ou d'isolement ;
- L'évolution clinique et diagnostique;
- La volonté éventuelle du résident en fin de vie ou dans une situation d'incapacité à exprimer à ce moment sa volonté.

b) Le dossier individuel du résident devra, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016 être opérationnel sous forme électronique.

c) Afin d'organiser au mieux le transfert d'un résident d'un service hospitalier vers une maison de repos et de soins et vice-versa, une procédure écrite sera mise au point entre les hôpitaux concernés et la maison de repos et de soins afin qu'ils disposent sans délai de toutes les informations nécessaires pour assurer la continuité des soins.

d) au moins 5 équivalents temps plein de personnel soignant ou aides-soignants

e) Lorsque la maison de repos et de soins compte plus de 75 places, un infirmier en chef doit être désigné comme infirmier en chef coordinateur, dont la fonction et le minimum de formation requis sont précisés par le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions.

f) Le/les infirmier(s) en chef remplit/issent les missions suivantes :

- assurer la gestion journalière du personnel infirmier et des aides-soignants;
- coordonner le travail pluridisciplinaire du personnel infirmier, paramédical, de réactivation et des kinésithérapeutes ;

- collaborer à l'organisation de l'admission des nouveaux résidents, notamment en rassemblant le maximum de données concernant leur état de santé et leur situation médico-sociale ;
- veiller à l'actualisation du dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique, et psychosocial du résident ;
- collaborer avec le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de ses fonctions.

h) La coordination des soins, exécuté par le/les infirmier(s) en chef ou l'infirmier en chef coordinateur, ainsi que les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et logopédie repris dans le plan de soins, doivent être rencontrés sans discontinuité.

i) Dans chaque maison de repos et de soins, le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller, lequel sera médecin généraliste et titulaire, au plus tard dans les 2 ans de sa désignation, d'une attestation obtenue à la suite d'un cycle de formation spécifique donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller reconnue par le SPF Santé publique.

Dans les maisons de repos et de soins établies sur plusieurs sites ou dont la taille nécessite l'activité de plusieurs médecins coordinateurs et conseillers, un des médecins coordinateurs et conseiller sera désigné comme médecin coordinateur et conseiller principal. Une concertation régulière sera organisée entre les médecins coordinateurs et conseillers. Les éventuelles délégations de tâches ou de missions entre les différents médecins coordinateurs et conseillers seront consignées par écrit.

j) En collaboration avec le/les infirmier(s) en chef et l'équipe pluridisciplinaire, le médecin coordinateur et conseiller assume les tâches suivantes :

(1) Tâches liées aux soins :

- organiser la concertation pluridisciplinaire, laquelle se tient au moins tous les deux mois ; les médecins traitants sont invités à cette concertation ou peuvent y participer de leur propre initiative ;
- mettre sur pied une politique de maîtrise des infections liées aux soins, de prévention des escarres et des plaies chroniques, de soins bucco-dentaires, de la problématique de l'incontinence et de soins palliatifs ;
- définir les procédures à mettre en œuvre en matière de contention et/ou d'isolement ;
- coordonner l'activité médicale en cas de risques de santé pour les résidents et le personnel ;
- développer une politique globale en matière nutritionnelle en conciliant les besoins alimentaires et le plaisir de manger ;
- organiser l'accompagnement des résidents souffrant de démence et de dépression au sein de la maison de repos et de soins, particulièrement en ce qui concerne les approches non-médicamenteuses, le cas échéant en collaboration avec la personne de référence pour la démence ;
- organiser la prescription, la fourniture, la délivrance, la conservation et la distribution des médicaments en accord avec les pharmaciens ;
- rédiger et mettre à jour annuellement le formulaire médico-pharmaceutique.

(2) Activités de formation permanente :

- collaborer à l'organisation des activités de formation permanente pour le personnel de la maison de repos et de soins et pour les médecins traitants concernés.

k) Le médecin coordinateur et conseiller, en collaboration avec le/les infirmiers en chef, assiste 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 le cercle des médecins généralistes sur le territoire duquel la maison de repos et de soins est établie.

A cet effet, une concertation est organisée au moins une fois par trimestre. Un rapport de cette concertation doit être transmis à la direction.

- i) l) La désignation du médecin coordinateur et conseiller se fait de la manière suivante :
- (1) Lorsqu'une fonction de médecin coordinateur et conseiller est vacante, la direction de la maison de repos et de soins en informe sans délai le cercle des médecins généralistes sur le territoire duquel la maison de repos et de soins est établie et les médecins généralistes qui y soignent des résidents.
  - (2) Les candidats disposent d'un délai d'au moins trente jours pour déposer leur candidature.
  - (3) Dans les trente jours de la désignation du médecin coordinateur et conseiller par le gestionnaire, le Directeur de la maison de repos et de soins en informe le cercle des médecins généralistes concerné, les services d'inspection compétents, les résidents, les membres du personnel et le médecin en chef de l'hôpital avec lequel la maison de repos et de soins est en liaison fonctionnelle.
  - (4) La convention entre le médecin coordinateur et conseiller et l'institution prévoit une période d'essai de 6 mois et les conditions de résiliation.
  - (5) Lorsqu'il exerce comme médecin coordinateur et conseiller, 75% des prestations liées à cette fonction doivent être effectués au sein de la maison de repos et de soins ; il ne peut exercer la fonction de médecin traitant durant ses heures de prestations.
- m) En cas d'absence de plus de trente jours, le médecin coordinateur et conseiller doit être remplacé en concertation avec la direction de la maison de repos et de soins.
- n) L'attestation donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller peut être obtenue à la suite d'un cycle de formation de base d'une durée de minimum 24 heures étalées sur deux ans maximum et reconnu par le SPF Santé publique.
- Ce cycle de formation contient au moins le programme suivant :
- réglementations fédérales concernant les maisons de repos et de soins ;
  - rôle des Régions et Communautés en matière de programmation et d'agrément ;
  - spécificités de la médecine gériatrique ;
  - prévention des infections et gestion de l'antibiothérapie ;
  - techniques de communication.
- o) Pour maintenir sa qualification de médecin coordinateur et conseiller, le médecin concerné doit suivre une formation continue d'au moins 6 heures par an pouvant porter notamment sur les matières suivantes :
- la prescription des médicaments ;
  - la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence ;
  - la nutrition ;
  - l'animation ;
  - l'hygiène ;
  - la prévention et le traitement des escarres ;
  - les aspects éthiques de la fin de vie ;
  - l'incontinence ;
  - l'évolution des réglementations.
- p) Le libre choix du résident du médecin traitant et de l'hôpital en cas de nécessité doit être garanti et ne peut être influencé d'aucune manière.
- Lorsqu'un résident n'a pas de médecin généraliste lors de son entrée ou que son médecin généraliste renonce à poursuivre les soins à son patient, une liste actualisée avec les médecins généralistes doit être soumise au résident. La direction de la maison de repos et de soins rédige un règlement avec les règles à appliquer le cas échéant.
- Ce règlement est soumis à l'approbation du cercle(s) des médecins généralistes sur le territoire duquel la maison de repos est établie.
- q) La maison de repos et de soins dispose d'un règlement général de l'activité médicale qui définit les droits et les devoirs des médecins généralistes qui y exercent leurs activités. Ce règlement est remis à chaque médecin généraliste qui, en le signant, s'engage à collaborer le plus efficacement possible à l'organisation médicale et des soins de la maison de repos et de soins.
- Le règlement général de l'activité médicale précise au moins les points suivants :

- l'engagement des médecins traitant de s'inscrire dans une politique médicale cohérente au sein de la maison de repos et de soins, notamment en matière de prescription médicamenteuse et de soins ;
- l'adhésion aux règles approuvées par le(s) cercle(s) des médecins généralistes compétent(s) en matière de désignation d'un médecin généraliste lorsque le résident n'en a pas. La direction rédige le règlement avec les règles à appliquer le cas échéant.
- les heures normales d'ouverture et de visite sauf en cas d'urgence ;
- les contacts avec la famille et les proches ;
- les réunions de concertation et de recyclage au sein de la maison de repos et soins ;
- la tenue du dossier médical du résident ;
- l'utilisation du formulaire médico-pharmaceutique et notamment la prescription des médicaments les moins coûteux ainsi que le recours à la prescription par voie électronique ;
- les modalités de facturation des honoraires.
- le transfert des informations en cas de maladie transmissible.

4 d) Le libre accès de la famille et des amis, celui-ci étant particulièrement garanti pour une assistance à une personne en fin de vie.

8 b) L'ensemble de la comptabilité de l'établissement et des fiches individuelles de dépenses des résidents doivent être tenues à la disposition des services d'inspection compétents qui doivent pouvoir en prendre connaissance sans déplacer les documents.

10 a) L'accompagnement spécifique des résidents souffrant de démence ;

b) Ce programme précise au minimum la politique de la qualité visée au point a), et définit les modalités de l'évaluation de la qualité des soins ainsi que sa périodicité.

Au moins une fois par an, un rapport est rédigé par le médecin coordinateur et conseiller et par le/les infirmiers en chef sur l'évaluation de la qualité des soins. Il est communiqué, au Cercle des médecins généralistes compétent et aux médecins généralistes qui y exercent leurs activités et tenu à la disposition des membres du personnel.

c) La maison de repos et de soins enregistre les escarres, les infections nosocomiales, les chutes et le nombre de personnes incontinentes. Ces données doivent, au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2016, être conservées sous forme électronique.

e) La maison de repos et de soins dispose de procédures écrites relatives aux éventuelles mesures de contention ou d'isolement dans le but de garantir la sécurité des résidents qui présentent un danger pour eux-mêmes ou pour les autres résidents, dans le respect de leur droit fondamental à une liberté de mouvement. Ces procédures préciseront au moins la manière dont la décision d'appliquer une mesure de contention ou d'isolement est prise par l'équipe de soins, en ce compris le médecin généraliste du résident, la durée de la mesure qui ne peut dépasser une semaine, sa prolongation éventuelle par l'équipe de soins avec information au médecin traitant du résident et les règles spécifiques de surveillance. Sauf en cas de force majeure, l'éventuelle mesure de contention ou d'isolement sera précédée d'une information à la famille ou au représentant du résident.

La maison de repos et de soins dispose du matériel spécifique permettant une contention ou un isolement en toute sécurité.

Toute décision de contention ou d'isolement sera mentionnée dans le dossier individuel du résident.

g) En vue de soutenir les soins aux personnes nécessitant des soins en fin de vie dans la maison de repos et de soins, le médecin coordinateur et conseiller et le/les infirmier(s) en chef sont chargés :

1° de développer une culture des soins palliatifs et de sensibiliser les membres du personnel à la nécessité de celle-ci ;

2° de formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'adresse du personnel infirmier, soignant, paramédical, de réactivation et des kinésithérapeutes ;

3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel en matière de soins palliatifs ;

4° du respect de la législation relative à la fin de vie et de la volonté exprimée et consignée par le résident.

i) ajouter : et collaborer avec la plate-forme régionale d'hygiène hospitalière

Le CNEH souhaite attirer l'attention sur les éléments suivants :

1. Dans la proposition d'avis, l'informatisation du secteur est une condition indispensable. Le développement de dossiers médicaux et de soins électroniques et les outils d'enregistrement, de communication et d'évaluation y afférents font partie intégrante du modèle de prestation de soins moderne. Un financement suffisant des institutions devrait être envisagé.

2. Les modifications proposées doivent également être applicables pour les résidents de maisons de repos pour les personnes âgées (MR) avec un profil B et un profil C ; là aussi la fonction de Médecin Coordinateur et Conseiller (MCC) est nécessaire.

3. La fonction élargie du MCC, comme elle est suggérée ici, sera accompagnée par un financement approprié. Il faut s'assurer que le médecin exerce ses fonctions conformément à ces propositions et que le financement qui est appliqué lui sera rétrocédé intégralement.

4. De même, il est urgent de prévoir une description de fonction et une formation spécifique pour la fonction d'infirmier en chef dans ces établissements.

5. Enfin, suite au problème de pénurie sur le marché du travail, une solution doit être trouvée en ce qui concerne les qualifications du personnel soignant et aide-soignant dans les maisons de repos et de soins. Il serait approprié qu'il y ait des aides-soignants. Toutefois il faudra qu'un examen préalable des données concernant l'enregistrement et l'emploi de ses qualifications, gérées par le DG2 et l'INAMI, apporte les éléments nécessaires à cette réflexion.

6. Afin de rendre l'accord de collaboration avec les médecins traitants contraignant, il est recommandé la création d'une Commission Paritaire Nationale des MCC/médecins généralistes/maisons de repos et de soins. Cette Commission a pour tâche de faire les liens entre les parties, tels que le Règlement général de l'activité médicale, en utilisant le formulaire des moyens médicaux ...

7. Le Conseil recommande la création d'un Collège Multidisciplinaire pour la Promotion de la Qualité dans les maisons de repos et de soins. Ce collège serait créé pour formuler des recommandations concernant la qualité et les bonnes pratiques.

8. Enfin, le Conseil national des établissements hospitaliers est parfaitement conscient que le projet ici présenté est à mettre dans le contexte des avec les récentes décisions qui ont été prises en matière de transferts des compétence, principalement dans le domaine de la politique relatives aux personnes âgées ; cela pose question par rapport à des obligations qui sont envisagées à l'horizon de 2016.

Ceci étant rappelé, le Conseil souligne que le rôle et des missions du médecin coordinateur et conseiller tel que décrit plus haut n'est pas sans avoir un impact certain sur la charge de travail des autres professions actives dans l'institution, et en particulier l'infirmière en chef ; en effet, celle-ci se voit attribuer des tâches complémentaires à celles qui lui sont déjà dévolues ; une analyse d'impact en termes de charge de travail sur l'environnement humain devrait être envisagée.

Outre les aspects liés à la charge de travail, le Conseil rappelle que les propositions normatives ici formulées ne seront pas sans avoir de conséquences financières dont il faudra tenir compte.

enfin – et cela ne vaut pas uniquement pour le secteur des maisons de repos et de soins -, le Conseil souligne la problématique récurrente de la surconsommation des médicaments chez les personnes âgées. Même si le médecin coordinateur joue ici principalement un rôle d'organisateur et de conseiller en matière de gestion des médicaments, le Conseil souligne l'importance de responsabiliser encore davantage le prescripteur et, éventuellement, de procéder à des sanctions