



Union des Villes et
Communes de Wallonie
asbl



Fédération des CPAS

Vos réf. :

Nos réf. : CE/jmr/cb/2015-052/w

Votre correspond. : **Jean-Marc Rombeaux**

081 24 06 54

jmr@uvcw.be

Annexe(s) : 1

Monsieur Maxime Prévot,
Vice-Président et Ministre des Travaux
publics, de la Santé, de l'Action sociale et
du Patrimoine
Rue des Célestines, 1
5000 Namur

Namur, le 25 juin 2015

Monsieur le Ministre,

Concerne : Amélioration des normes MRS

Vous souhaitez revoir les normes des MRS, les assouplir sans toucher à des règles strictes en matière de sécurité. Vous avez émis le souhait de recevoir des propositions.

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. Il pose problème.

Vous trouverez en annexe une série de propositions d'amélioration des normes des maisons des de repos et de soins.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre considération très distinguée.

Claude Emonts
Président



PROPOSITIONS DE LA FEDERATION DES CPAS VISANT A AMELIORER LES NORMES MRS

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. Sa version finale et sa date d'application n'ont pas été concertées avec le secteur. Il pose problème.

En tant que Ministre de l'Action sociale et de la Santé, vous souhaitez revoir, pour la Wallonie, les normes des MRS, les assouplir sans toucher à des règles strictes en matière de sécurité. La Fédération des CPAS souhaite vous faire part d'une série de propositions visant à améliorer les normes MRS. Elles ont été validées par le Comité directeur de la Fédération des CPAS au cours du premier semestre 2015. Les propositions sur le médecin coordinateur visent à réduire les difficultés rencontrées suite aux modifications de normes prévues par l'arrêté royal du 9 mars 2014 modifiant les normes d'agrément MRS. Celles concernant le dossier de soins visent à une consolidation des normes d'agrément MR, MRS et de la norme de financement Inami.

En italique la norme actuelle.

Un commentaire suit.

Un encadré reprend une proposition.

MEDECIN COORDINATEUR

Médicaments

(2) En concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, le médecin coordinateur et conseiller assume les tâches suivantes :

(a) Tâches liées aux soins :

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

a) La prescription est une prérogative du médecin traitant.

Nul ne peut exercer l'art médical s'il n'est porteur du diplôme légal de docteur en médecine (...)

Constitue l'exercice illégal de l'art médical, l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions requises par l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe de tout acte ayant pour objet ou présenté comme ayant pour objet, à l'égard d'un être humain, soit l'examen de l'état de santé, soit le dépistage de maladies et déficiences, soit l'établissement du diagnostic, l'instauration ou l'exécution du traitement d'un état pathologique, physique ou psychique, réel ou supposé, soit la vaccination¹.

La délivrance des médicaments est une prérogative du pharmacien.

Nul ne peut exercer l'art pharmaceutique s'il n'est porteur du diplôme légal de pharmacien (...)

¹ A.R. 10.11.1967 n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, art. 2.

Constitue l'exercice illégal de l'art pharmaceutique, l'accomplissement habituel par une personne ne réunissant pas l'ensemble des conditions requises par l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe de tout acte ayant pour objet la préparation, l'offre en vente, la vente en détail et la délivrance, même à titre gratuit, de médicaments².

L'organisation de la prescription et de la délivrance des médicaments par le médecin coordinateur sont contraires à la réglementation sur l'art de guérir.

b) En pratique, l'organisation de la conservation et de la distribution des médicaments est structurée par la maison de repos.

Proposition

- a) Ne plus faire état de la prescription et de la délivrance des médicaments.
- b) Mentionner les médicaments dans la politique de qualité que doit définir la maison de repos et non dans les tâches confiées au médecin coordinateur.

(2) En concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, le médecin coordinateur et conseiller assume les tâches suivantes :

(a) Tâches liées aux soins :

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

10. Normes de qualité

a) (...)

Celle-ci porte au moins sur :

(...)

- la fourniture, la conservation et la distribution de médicaments en concertation avec les pharmaciens

Rapport d'évaluation 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.

Par définition, en MRS, le ou les infirmier(s) en chef doit remplir les missions suivantes :

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

A ce titre, il nous semble le mieux placé pour rédiger le rapport d'évaluation.

Proposition

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~~ en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller concernant l'évaluation de la qualité des soins.

Adaptation des locaux

(3) 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 ;*

² A.R. 10.11.1967 n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, art. 4.

Sur le plan décisionnel, ces éléments relèvent du management et donc du directeur de la maison de repos.

Bien entendu, le médecin coordinateur et l'infirmier-chef peuvent formuler des suggestions sur ceux-ci.

Dans le même temps, on peut aussi se dire que le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le cuisinier, la personne de référence pour la démence³, le diététicien⁴, ont des suggestions à formuler.

Pourquoi privilégier celles du médecin coordinateur ?

Plus généralement, le recueil des suggestions du personnel et des acteurs concernés ne fait-il pas partie des bases d'une politique d'amélioration de la qualité ?

Proposition :

*(3) 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;*

Fin de vie

h) 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 :

(...)

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.

Aux termes de l'article 14 de la loi du 28 mai 2002 relative à l'euthanasie :

La demande et la déclaration anticipée de volonté telles que prévues aux articles 3 et 4 de la présente loi n'ont pas de valeur contraignante.

Aucun médecin n'est tenu de pratiquer une euthanasie.

Aucune autre personne n'est tenue de participer à une euthanasie.

Si le médecin consulté refuse de pratiquer une euthanasie, il est tenu d'en informer en temps utile le patient ou la personne de confiance éventuelle, en précisant les raisons. Dans le cas où son refus est justifié par une raison médicale, celle-ci est consignée dans le dossier médical du patient.

Le médecin qui refuse de donner suite à une requête d'euthanasie est tenu, à la demande du patient ou de la personne de confiance, de communiquer le dossier médical du patient au médecin désigné par ce dernier ou par la personne de confiance.

La réglementation en matière d'euthanasie ne donne aucun pouvoir au médecin coordinateur.

Le texte actuel de la norme MRS va trop loin. En pratique, certains médecins coordinateurs ont dispensé une information sur cette réglementation. Dans certaines maisons, c'est un acteur externe qui a été mobilisé.

³ S'il y en a une.

⁴ Idem.

Proposition

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

(...)

4° ~~de veiller à l'information sur le respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, ainsi que du respect des volontés du résident concernant sa fin de vie et/ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie.~~

Procédures en matière de contention et/ou d'isolement

(2) En concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, le médecin coordonnateur et conseiller assume les tâches suivantes :

(a) Tâches liées aux soins :

(...)

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

En pratique, ce sont les infirmières-chef qui rédigent ces procédures.

Ce type de procédure contribue à la politique de qualité de l'établissement. C'est plutôt à ce niveau qu'il faudrait la mentionner.

Proposition

(2) En concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, le médecin coordonnateur et conseiller assume les tâches suivantes :

(a) Tâches liées aux soins :

(...)

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

10. Normes de qualité

a) (...)

Celle-ci porte au moins sur :

(...)

- les procédures en matière de contention et/ou d'isolement définies par le ou les infirmier(s) en chef en concertation avec le médecin coordonnateur et conseiller

Médecin généraliste – formation dans les 3 ans

Dans chaque maison de repos et de soins, le gestionnaire désigne un médecin coordonnateur et conseiller qui est un médecin généraliste et qui, au plus tard deux ans après sa désignation, est porteur d'un certificat obtenu après avoir suivi un cycle de formation spécifique donnant accès à la fonction de médecin coordonnateur et conseiller.

Il est aujourd'hui difficile de trouver un médecin coordonnateur. Imposer que ce soit un médecin généraliste implique une limitation. On pourrait concevoir qu'une personne ayant travaillé dans une administration, une mutuelle,... souhaite à un moment se réorienter. Dans cette optique, rappelons que selon des chiffres officiels, 30 % des médecins ne travaillent pas en médecine curative et donc n'utilisent pas leur numéro Inami⁵. Par ailleurs, vu la relative rareté de l'offre de formation, le délai de deux ans pour suivre la formation spécifique apparaît un peu court.

⁵ Ces chiffres officiels sur le cadastre des médecins ont été cités par la presse. Notamment dans Vers l'Avenir, 9.5.2015. http://www.lavenir.net/cnt/DMF20150508_00645660

Proposition

Dans chaque maison de repos et de soins, le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller qui est un médecin généraliste et qui, au plus tard deux trois ans après sa désignation, est porteur d'un certificat obtenu après avoir suivi un cycle de formation spécifique donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller.

DOSSIER DE SOINS

Contenu

Actuellement, il y a des normes sur le dossier de soins dans trois réglementations: normes d'agrément MR, normes d'agrément MRS, normes de financement. Un comparatif est joint.

Il est proposé de les consolider en un texte unique.

Proposition

Le dossier de soins du résident contient au moins les documents suivants :

(a) un volet médical établi par le médecin traitant. Il mentionne au moins :

- la date de la visite du médecin,*
- les médicaments prescrits ainsi que requis,*
- leur posologie,*
- les soins requis et leur fréquence,*
- les examens demandés,*
- le régime éventuel,*

(b) la fiche de liaison reprenant le plan de soins et les données médicales indispensables en cas d'urgence ou d'hospitalisation,

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

- o l'anamnèse et l'historique de vie du résident ;*
- o l'examen clinique à l'admission et au cours du séjour ;*
- o le diagnostic ;*
- o le plan de soins, incluant les médicaments prescrits, les soins requis, l'assistance pour les actes de la vie quotidienne et les éventuelles mesures de contention ou d'isolement. Ce plan est évalué et adapté au moins une fois par mois en fonction de l'évolution du degré de dépendance par rapport aux soins ;*
- o la mention de l'exécution de ces soins et l'identité de la personne qui les a dispensés ;*
- o les remarques et observations du personnel qui les a exécutés ;*
- o l'évolution clinique et le diagnostic ;*
- o le cas échéant, les souhaits exprimés en matière de soins futurs, visés au point 10,g) ;*
- o si le bénéficiaire est classé dans la catégorie D : la date du bilan diagnostique spécialisé de la démence effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie.*

Ce dossier mentionnera également les informations relatives :

1° au contrôle régulier du poids ;

2° au contrôle régulier de l'hygiène buccodentaire - prothèses dentaires incluses ;

3° aux signes de risque distinctifs de dénutrition, particulièrement en cas de maladie, information transmise au médecin traitant ou au diététicien.

En cas de départ de la personne âgée, le dossier médical et les informations nécessaires à la continuité des soins sont communiqués à la personne âgée ou à son médecin traitant, ou, à sa demande, transmis au nouveau directeur, en maintenant le secret des informations.

Afin de garantir le repos des résidents, les toilettes et soins ne peuvent être réalisées pendant la nuit ou avant 7 heures du matin sauf en cas d'incident majeur, demande du résident ou pour des raisons médicales mentionnées dans le dossier individualisé de soins.

Sauf raison médicale ou demande du résident, versée au dossier de soins, le repas du matin ne peut être servi avant 7h30, celui du midi, avant 11h30 et celui du soir avant 17h30.

La collecte des données y consignées et leur traitement se font conformément à la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Le dossier individualisé de soins est conservé dans l'établissement pendant une période minimale de deux ans après le départ du résident.

Celui-ci peut être consulté à tout moment par le résident ou son représentant qui peuvent en obtenir une copie au prix coûtant.

Le dossier de soins peut être consulté sans déplacement par les médecins et le personnel soignant de l'établissement.

Il peut aussi être consulté sans déplacement par les fonctionnaires, à la seule fin de vérifier leur existence et leur conformité à l'ordonnance et aux arrêtés pris en exécution de celle-ci. Sous cette réserve, les fonctionnaires sont tenus au secret et ne peuvent révéler à des tiers les données nominatives qu'il contient.

Accès

Le directeur établit une liste des personnes qui ont accès au dossier individuel des résidents dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Via la réglementation sur la privée, l'accès au dossier de soins est déjà limité.

Lors du traitement de données à caractère personnel, le responsable du traitement doit prendre les mesures supplémentaires suivantes :

- 1° les catégories de personnes, ayant accès aux données à caractère personnel, doivent être désignées par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant, avec une description précise de leur fonction par rapport au traitement des données visées;*
- 2° la liste des catégories des personnes ainsi désignées doit être tenue à la disposition de la Commission de la vie privée par le responsable du traitement ou, le cas échéant, par le sous-traitant;*
- 3° il doit veiller à ce que les personnes désignées soient tenues, par une obligation légale ou statutaire, ou par une disposition contractuelle équivalente, au respect du caractère confidentiel des données visées⁶.*

En outre, une liste des personnes est une liste nominative. Vu le turnover, elle devrait évoluer en continu.

Proposition

Supprimer la disposition

~~Le directeur établit une liste des personnes qui ont accès au dossier individuel des résidents dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.~~

⁶ A.R. 13.2.2001, art. 25 portant exécution de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

ABSENCE DE MEDECIN TRAITANT - REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR MEDICAL

Lorsqu'un résident n'a pas de médecin généraliste au moment de son admission ou si son généraliste renonce à poursuivre les soins à son patient, une liste actualisée des médecins généralistes disponibles doit être remise au résident.

La direction de la maison de repos et de soins établit également un règlement comprenant des règles applicables le cas échéant. Ce règlement est soumis pour approbation au(x) cercle(s) de médecins généralistes du territoire où la maison de repos et de soins est établie.

Le règlement général de l'activité médicale définit au minimum les points suivants :

(...)

- le respect des règles définies par le cercle de médecins généralistes compétent pour désigner un généraliste lorsque le résident n'en a pas;*

(...)

- les contacts avec la famille et les proches;*

Ces libellés donnent à penser que c'est le cercle de médecins qui désigne le médecin généraliste si le résident n'en a pas. C'est contradictoire avec la notion de libre choix. Par ailleurs, on ne voit pas ce que signifie concrètement le point sur les contacts avec les proches.

Proposition

Supprimer les dispositions suivantes.

~~*La direction de la maison de repos et de soins établit également un règlement comprenant des règles applicables le cas échéant. Ce règlement est soumis pour approbation au(x) cercle(s) de médecins généralistes du territoire où la maison de repos et de soins est établie.*~~

~~*Le règlement général de l'activité médicale définit au minimum les points suivants :*~~

~~*(...)*~~

~~*— le respect des règles définies par le cercle de médecins généralistes compétent pour désigner un généraliste lorsque le résident n'en a pas;*~~

~~*(...)*~~

~~*- les contacts avec la famille et les proches;*~~

COLLABORATION AVEC LA PLATEFORME D'HYGIENE HOSPITALIERE⁷

La maison de repos et de soins doit collaborer à l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée et collaborer à la plate-forme régionale d'hygiène hospitalière de la zone dont elle fait partie.

En pratique, la MRS collabore avec des médecins hygiénistes hospitaliers. La MRS doit avoir un lien fonctionnel avec plusieurs services hospitaliers.

Proposition

La maison de repos et de soins doit collaborer à l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée et collaborer avec au moins un médecin hygiéniste hospitalier à la plate-forme régionale d'hygiène hospitalière de la zone dont elle fait partie.

⁷ La Clinique d'Epidémiologie et Hygiène hospitalière coordonne les activités de la Plate-forme régionale d'hygiène hospitalière Bruxelles/Brabant wallon.
<http://www.erasme.ulb.ac.be/page.asp?id=10484&title=Activit%E9>

EVALUATION MEDICO-SOCIALE PLURIDISCIPLINAIRE

La maison de repos et de soins est destinée aux personnes nécessitant des soins et dont l'autonomie est réduite en raison d'une maladie de longue durée, étant entendu toutefois :

(...)

b) qu'une évaluation médico-sociale pluridisciplinaire, dont le contenu et les modalités sont définis par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, doit démontrer 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'admission dans la maison de repos et de soins, le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire procèdent à l'actualisation de cette évaluation;

3.1. Cette évaluation n'est pas faite en pratique et n'est pas organisée. Pourtant, comme elle est prévue dans les normes d'agrément, on pourrait concevoir que la MRS soit mise en difficulté car l'évaluation n'a pas été faite.

3.2. Si on peut défendre qu'elle a du sens, elle devrait avoir lieu avant l'entrée en maison de repos et de soins et être faite par une tierce instance. Ce n'est pas à la MRS à le faire. Elle n'est pas financée pour. Le cas échéant, elle serait juge et partie.

3.3. On pourrait prévoir une obligation d'information préalable avec une formule du type :

Proposition

Avant l'admission en maison de repos, le résidant ou son représentant a reçu une information sur les possibilités de maintien à domicile et de soins alternatifs.

Elle pourrait exister dans le chef des coordinations des soins et de l'aide à domicile et des services sociaux des hôpitaux.

3.4. Plus fondamentalement, l'écrasante majorité des aînés souhaitent rester à domicile. Ils le font d'ailleurs parfois dans des contextes de précarité, voire de promiscuité.

Par rapport aux pensions moyennes, le prix de l'entrée en maison de repos est élevé. Ce prix joue un rôle de frein, voire de barrière à l'admission.

Dans les faits, la maison de repos est le recours ultime sous réserve de l'existence d'alternatives.

3.5. Dans ce contexte, à notre estime, la notion d'évaluation n'a pas à figurer dans les normes d'agrément MRS.

Le temps, l'énergie et les moyens qui pourraient être consacrés à sa concrétisation seraient mieux utilisés à développer des alternatives et en particulier des centres de soins de jour et des résidences-services.

Proposition

Supprimer la notion d'évaluation pluridisciplinaire de la réglementation MRS.

Prévoir une information préalable de l'aîné ou de son représentant sur les possibilités de maintien à domicile et de soins alternatifs. En première analyse, elle pourrait avoir lieu via la coordination des soins et de l'aide à domicile ou le service social de l'hôpital.

NORMES DE PERSONNEL

Vu le profil des personnes accueillies en maison de repos, le personnel de soins requis en vertu des normes de financement est nettement plus élevé que celui imposé sur base des normes d'agrément.

A Bruxelles, pour l'agrément, les normes requises sont devenues celles de financement.

En vertu de l'article 190 de l'ACCC du 3 décembre 2009 :

L'établissement doit disposer de suffisamment de personnel infirmier, soignant et paramédical pour assurer en permanence la surveillance, le traitement et les soins aux personnes âgées, tant de jour que de nuit.

A cet effet, il dispose du personnel imposé par l'arrêté ministériel du Service public fédéral Sécurité sociale du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins pour personnes âgées.

Il faudrait prévoir une disposition similaire en Région wallonne dans les normes d'agrément MR et dans les normes d'agrément MRS.

Proposition

Remplacer l'actuelle norme de personnel par :

L'établissement dispose du personnel imposé par l'arrêté ministériel du Service public fédéral Sécurité sociale du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins pour personnes âgées.

Au sein de la norme infirmière :

- chaque maison de repos et de soins doit désigner un infirmier en chef ;
- au-delà des 30 premiers résidents, un infirmier en chef supplémentaire est obligatoire lorsque l'institution dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de 30 résidents.