

Groupe de travail mixte « MCC » avec les représentants :

Des mutualités
Des organisations de médecins
Des organisations MCC
Des organisations de pharmaciens
Des organisations de maisons de repos et de soins
De l'INAMI – du SPF SPSCAE

Texte de synthèse

PROPOSITIONS ET MESURES POUR UNE MEILLEURE COORDINATION DE LA POLITIQUE DES SOINS EN MAISONS DE REPOS ET DE SOINS

Rôle et statut du médecin coordinateur et conseiller en MRS

22/12/2010

AVANT-PROPOS.....	3
1. INTRODUCTION	3
2. POINTS DE DEPART.....	4
3. L'ETABLISSEMENT DE SOINS : UN CADRE DE TRAVAIL SPECIFIQUE.....	6
4. ACCORDS AVEC LES MEDECINS TRAITANTS ET LES PHARMACIENS	7
4. 1. LA PRESCRIPTION DE MEDICAMENTS.....	8
4.2. LA GESTION DES MEDICAMENTS	10
4. 3. LA POLITIQUE DE PREVENTION	11
4. 3.1 <i>Infections liées aux soins et politique en matière de plaies</i>	11
4. 3.2. <i>Politique de soins de bouche</i>	12
4. 3.3. <i>Politique en matière de nutrition</i>	12
4. 3.4. <i>Politique en matière d'incontinence</i>	12
4.3.5. <i>Politique de contention</i>	12
4. 4. LE TRAITEMENT DE PATHOLOGIES SPECIFIQUES.....	13
4.4.1. <i>ENVP/EPR et autres</i>	13
4.4.2. <i>Politique en matière de démence</i>	13
4.4.3. <i>Dispensation de soins palliatifs et accords concernant la fin de vie</i>	14
5. LA RELATION AVEC LE CERCLE DE MEDECINS GENERALISTES (CMG)	15
6. CONCERTATION TRANSMURALE ET POLITIQUE DE REORIENTATION	16
7. PREPARATION PREALABLE A L'ADMISSION	17
8. EVALUATION DE LA QUALITE DES SOINS AU NIVEAU DE L'INSTITUTION	18
9. LA POLITIQUE DE FORMATION CONTINUE.....	19
10. LES QUESTIONS ETHIQUES.....	20
11. RESPONSABILITES ET TACHES DU MCC	20
11. 1. RESPONSABILITES, GESTION DES DOSSIERS	20
11. 2. ROLE CONSULTATIF ET CONCERTATION.....	22
12. TACHES SPECIFIQUES DU MCC	22
12.1. TACHES SPECIFIQUES LIEES AUX SOINS CONFIEES AU MCC	23
12.2 TACHES NON LIEES AUX SOINS CONFIEES AU MCC	24
13. STATUT DU MCC.....	25
13.1. PUBLICITE	25
13.2. DESIGNATION	26
13.3. CONTRAT.....	27
13.4. RELATION AVEC LA DIRECTION.....	27
13.5. ACCORD DE COOPERATION AU NIVEAU DE L'INSTITUTION	28
13. 6. ACCORDS PORTANT SUR DIFFERENTES INITIATIVES	28
13.7. REMUNERATION	28
14. APTITUDES, CONNAISSANCES ET FORMATION	29
15. SOINS MULTIDISCIPLINAIRES– INFORMATISATION	30

AVANT-PROPOS

Dans sa version actuelle, ce texte de synthèse porte uniquement sur le rôle et le statut du médecin coordinateur et conseiller dans les institutions MRS, étant donné que la compétence du SPF Santé publique se limite à ces institutions. Le groupe de travail a exprimé explicitement le souhait que le MCC travaille au sein de l'institution entière, et également pour les résidents ayant le statut "maison de repos". De plus, il est important pour le groupe de travail qu'un travail de réflexion similaire soit réalisé pour les autres aspects de la MRS (ex. infirmier/infirmière en chef – cfr avis du Conseil National de l'art infirmier).

Ce texte de vision sera transmis aux différents organes stratégiques, dont la cellule stratégique, la Commission nationale médico-mutualiste, la Commission des Conventions des maisons de repos, le Groupe de Travail permanent MRS du Conseil national des Etablissements hospitaliers, et sera ensuite examiné avec les Régions et les Communautés, en vue d'attribuer une mission au MCC au sein des maisons de repos.

1. Introduction

La fonction du MCC a été inscrite dans la réglementation, à l'AR du 24 juin 1999. Au vu de l'évolution que connaît le secteur des soins, cette fonction devra être adaptée.

Fin 2007, le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE) avait mis sur pied un groupe de travail informel, constitué de différents experts, dans le but de formuler plusieurs propositions.

A la suite des dispositions de l'accord national de la Commission Nationale Médico-Mutualiste (CNMM) conclu le 20 décembre 2007, d'une part, et des questions issues de la Commission de Convention Maison de Repos-Organismes assureurs, d'autre part, l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (INAMI) était partie prenante dans la réalisation d'un groupe de travail élargi visant à écrire une note de concept concernant les futures missions et responsabilités du MCC.

L'accord national du 20 décembre 2007, définit dans son point 19 « 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 convention concernées, le SPF Santé publique et les Communautés et 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" (art. 19.1)

Un premier projet a été discuté en avril 2008. Cette note a été ultérieurement présentée et traitée au sein d'un groupe de travail restreint constitué d'experts et de médecins coordinateurs et conseillers (MCC) francophones et néerlandophones.

Ensuite, il a été décidé de créer un groupe de travail mixte, sous la présidence du SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE) et de l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité. Ce groupe de travail a été chargé de rédiger une note de vision concernant les futures tâches du MCC, ses missions, son rôle et ses responsabilités au sein des maisons de repos et de soins (MRS).

Le groupe de travail mixte s'est réuni les 26 mai 2009, 17 septembre 2009, 10 décembre 2009, 11 mars 2010 et 22 avril 2010, 3 juin 2010 et 16 septembre 2010. Le groupe de travail regroupait des représentants des associations de MCC (CRA-Domus, Aframeco), de la Médico-Mut, du groupe de travail MRS, de la Commission de Conventions entre MR/MRS/CSJ et O.A., des pharmaciens et de la Société Belge de Gériatrie et de Gériatrie ainsi que des représentants des administrations de l'INAMI et du SPF SPSCAE.

Les travaux ont été subdivisés en trois parties:

- la mission du généraliste dans le contexte de l'établissement de soins ;
- la relation entre le MCC et les généralistes visiteurs dans l'établissement de soins;
- la place du MCC dans l'organigramme de l'établissement, les tâches, les responsabilités, le financement.

Pour chacune de ces 3 parties, un document a été rédigé et approuvé. Le présent document de synthèse a ensuite été rédigé sur cette base.

2. Points de départ

Le MCC est confronté à une tâche complexe et doit faire face aujourd'hui déjà à une extension de ses missions.

La MRS développe une dispensation de soins toujours plus complexe dans un paysage de soins qui a évolué, où l'on compte un nombre croissant de résidents souvent fortement dépendants. L'évolution des maisons de repos (MRPA) et des maisons de repos et de soins (MRS) en centres d'hébergement et de soins (Woonzorgcentra en Flandre, établissements pour

personnes âgées en Wallonie et à Bruxelles) et les “Projets de soins alternatifs et de soutien aux soins à des personnes âgées fragiles” de l'INAMI, l'introduction des centres de soins de jour, l'accueil de crise, la spécialisation des soins et la demande de soins différenciés confirment cette dynamique.

Le MCC joue un rôle-clé dans l'organisation des soins médicaux et la coordination de la concertation entre un nombre important de prestataires de soins attachés à l'établissement et la direction, d'une part, et les médecins traitants indépendants, d'autre part. Il est le facilitateur d'un processus de soins complexe et d'une concertation en relation avec le(s) résident(s)/patient(s), qui intègre les composantes internes et externes.

Il est en outre soumis à l'impact de divers éléments, lesquels sont notamment déterminés par les normes légales actuelles et les missions définies dans l'AR du 21/9/2004¹.

Néanmoins, le rôle médical du MCC et celui du médecin traitant s'inscrivent dans le prolongement de la situation à domicile, à cela près qu'il faut tenir compte avec les aspects spécifiques de la vie en commun d'un grand groupe de personnes fortement dépendantes et nécessitant des soins, du contexte multidisciplinaire des institutions MRS, de l'autonomie professionnelle du médecin traitant et des autres prestataires de soins externes à l'institution.

Le MCC n'a aucune compétence en matière de politique de soins et de prévention individuelle, ni en ce qui concerne la gestion de l'équipe multidisciplinaire. Cela relève de la responsabilité de la direction de l'institution, laquelle dépend d'une stratégie publique ou privée de l'entreprise.

D'après la présente note de synthèse, il ressort que le MCC a effectivement plusieurs responsabilités. Par ailleurs, il est attendu du MCC qu'il joue un rôle de conseil et qu'il fasse le pont entre les prestataires de soins externes à l'institution (notamment les médecins traitants et les pharmaciens mais également les dentistes et les ophtalmologues) et l'équipe de soins de l'institution. En revanche, le MCC a des compétences et des responsabilités sur le plan de la politique médicale de l'institution, comme cela a été convenu dans un accord de coopération (cfr infra 13.5).

¹ Les obligations légales actuelles (AR 21/9/2004 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) :

- “En relation avec le corps médical:
 - o organiser, à intervalles réguliers, des réunions de concertation individuelles et collectives avec les médecins traitants;
 - o coordonner et organiser la continuité des soins médicaux;
 - o coordonner la composition et la tenue des dossiers médicaux des médecins traitants;
 - o coordonner les activités médicales afférentes à des affections qui constituent un danger pour les résidents ou le personnel.
 - o coordonner la politique de soins en concertation avec les médecins traitants. Pour ce qui est des médicaments, il s'agira au moins de rédiger et d'utiliser un formulaire pharmaceutique.”

Le groupe de travail s'est efforcé, au départ d'un texte de base, d'explorer diverses pistes, de discuter de certains thèmes et de formuler quelques propositions communes. Certaines d'entre elles sont relativement faciles à mettre en œuvre, d'autres exigent une approche plus complexe.

La politique future concernant le MCC, sa mission et son statut tiendra compte de l'évolution, des tâches de management complexes, de la surveillance de la qualité des soins et de la mission spécifique des institutions MRS.

3. L'établissement de soins : un cadre de travail spécifique

Les établissements de type MRS sont confrontés à une morbidité et à une prestation de soins complexes chez des résidents fragilisés et dépendants. L'état de santé de ceux-ci exige une surveillance de base intensive. Le médecin traitant se trouve face à une organisation structurée comprenant des prestataires de soins professionnels et non professionnels. Leur objectif commun est de maintenir, de soutenir et d'améliorer la qualité de vie des résidents jusqu'en fin de vie.

Les soins doivent idéalement se rapprocher de la situation à domicile, étant donné que l'institution MRS est un milieu de substitution du milieu familial, qui remplit une fonction de soins à côté de la fonction de logement. Mais il faut également tenir compte des risques spécifiques liés à la cohabitation d'une population fragile présentant des pathologies diverses et généralement chroniques. Certains problèmes de santé ont un caractère qui dépasse le niveau individuel ou exigent une forme de soins spécifique (p. ex. patients comateux, soins palliatifs, patients atteints de démence, ...).

Le médecin traitant et le pharmacien sont des partenaires externes essentiels dans cette organisation des soins. Il est demandé au médecin traitant de s'adapter à l'organisation du travail et au cadre de travail. La prestation de soins est assurée par une équipe multidisciplinaire structurée, un mode de fonctionnement qui repose sur des accords. La famille et les proches eux aussi sont des partenaires et sont associés aux soins et à la concertation.

Dans chaque établissement, le choix du médecin traitant est libre ; c'est un droit qui doit être garanti.

Le MCC a une fonction de coordination d'une part, entre la prestation de soins institutionnelle multidisciplinaire et la direction, qui est responsable de la gestion et d'autre part, entre les autres prestataires de soins externes, les médecins traitants et le pharmacien. L'objectif de cette coordination est d'arriver aux accords nécessaires concernant des standards de soins (médicaux, infirmiers, paramédicaux), la gestion du dossier des soins, les procédures en cas de besoin de soins.

Comme dans les soins à domicile, la concertation multidisciplinaire est une caractéristique essentielle. Celle-ci implique la conclusion de bons accords d'équipe dans le respect de l'expertise de chacun.

4. Accords avec les médecins traitants et les pharmaciens

Le MCC est chargé du bon fonctionnement de l'organisation médicale, en collaboration avec l'infirmier en chef, les responsables des soins aux résidents, la direction et la pharmacie. Il veille au respect des obligations prévu dans la (future) convention avec le pharmacien.

Chaque médecin traitant doit s'engager à participer de façon optimale à l'organisation médicale interne de l'institution (visites, dossier uniforme, traitement, échange de données). Le groupe de travail recommande une politique visant à promouvoir le DMG du médecin traitant.

Chaque institution doit disposer d'un règlement d'ordre intérieur (ROI) réglant les accords contraignants relatifs aux modalités de l'organisation médicale et de la coordination de l'activité médicale.²

Ce règlement comporte un "volet médical" qui règle la pratique médicale individuelle du médecin au sein de l'institution (interactions et décisions relatives au patient) et un "volet collectif", qui reprend les accords médicaux collectifs et les accords concernant la politique médicale (par exemple : le formulaire pharmaceutique, le relevé des infections, la permanence, la participation aux réunions).

Le règlement règle aussi les accords généraux concernant notamment la prescription et l'usage des médicaments, la nutrition, les soins de bouche, la prévention, les transferts, les soins palliatifs et les soins pour déments... Il est rédigé par la direction et le MCC et est soumis au cercle de médecins généralistes (CMG) – cfr infra. Il est présenté à chaque médecin traitant pour signature, sous la forme d'un accord de coopération.

Les accords repris dans le règlement d'ordre intérieur visent en premier lieu une politique médicale, infirmière et paramédicale structurée, une bonne accessibilité et une collaboration efficace, un échange systématique d'informations, la tenue du dossier médical et de la fiche de liaison. Cet

² Les obligations légales actuelles imposent qu'il porte au moins sur les matières suivantes:

- la contribution à la rédaction et à l'utilisation du formulaire pharmaceutique;
- l'adhésion aux procédures de soins notamment en matière d'escarres et d'hygiène;
- le mode de perception des honoraires;
- les contacts avec les familles;
- les heures normales d'ouverture sauf en cas d'urgence;
- les réunions de concertation et le recyclage.
- la tenue du dossier médical ainsi que la participation à la tenue du dossier individuel de soins.

accord veille également à garantir le respect des principes de médecine générale des soins à domicile.

On insiste pour que l'accord de coopération soit contraignant. Il est proposé d'instaurer au SPF Santé publique une Commission Nationale MCC / MRS au sein de laquelle, à côté des représentants des MCC et des organisations de MRS, siègent aussi des représentants des médecins traitants, du Conseil National des cercles de médecins généralistes et des organismes assureurs.

Cette Commission aura, entre autres, pour mission de formuler des avis concernant :

- le rôle et la mission du MCC, comme définit dans la réglementation,
- le rôle et la mission du médecin traitant, comme définit dans la réglementation,
- réalisation d'un modèle de règlement d'ordre intérieur, avec une attention particulière pour les thèmes repris dans le chapitre 4 de la présente note,
- réalisation d'un modèle d'accord de coopération,
- implémentation des recommandations formulées par le comité national pour la promotion de la qualité dans les MRS/MRPA (voir chapitre 8), en collaboration avec les cercles de médecins généralistes.

En outre, cette Commission pourra arbitrer les conflits entre institutions, MCC et cercles de médecins généralistes.

On pourrait accorder des incitants aux prestataires de soins ayant adhéré à l'accord de coopération et qui l'appliquent effectivement (p.ex. par le biais de la nomenclature, l'accréditation ...).

Pour ce qui est de la responsabilité en matière de politique médicale, on s'accorde à dire qu'elle doit être renforcée et que les moyens nécessaires doivent être octroyés au MCC à cet effet.

Le CMG peut jouer un rôle de soutien au niveau local.

Ci-après, des précisions sont apportées à un certain nombre de thèmes qui, à court-terme doivent faire l'objet d'une attention particulière.

4.1. La prescription de médicaments

La législation actuelle prévoit que le résident de l'établissement de soins se fournit en médicaments auprès d'une officine ou une pharmacie d'hôpital de son choix (seule une minorité faisant appel à une pharmacie d'hôpital). En ce qui concerne la politique des médicaments (prescriptions, commandes, gestion, contrôle, ...), des accords sont nécessaires, notamment sur l'utilisation et la disponibilité des médicaments au sein de l'institution.

La MRS ne dispose pas de son pharmacien propre et est tenue au respect de la législation applicable aux pharmacies (pas de stock ni de distribution)³. Une proposition relative à la présence éventuelle d'une "trousse d'urgence de médicaments spécifiques" sous la responsabilité du MCC et du pharmacien a été discutée au sein du groupe de travail et doit être envisagée.

Comme le prévoit l'article 36 du Code de déontologie médicale, le médecin traitant jouit de la liberté de diagnostic et de traitement. Il est conscient de sa responsabilité sociale (art. 103) et il tiendra compte, dans sa stratégie de diagnostic et de traitement, des conditions qui existent au sein de l'institution.

L'élaboration et l'utilisation d'un formulaire pharmaceutique (FPH) est une obligation légale qui fait partie de la mission actuelle du MCC (AR 21/9/2004).

Ce formulaire pharmaceutique doit servir de fil conducteur lors de la prescription de médicaments à des patients âgés. Cela signifie que la sélection des médicaments n'est pas limitative et n'a pas de caractère obligatoire mais invite à une prescription rationnelle et soucieuse des coûts.

Le formulaire pharmaceutique doit être un document de travail, rédigé par les MCC, médecins traitants et pharmaciens pour tous les dispensateurs de soins (médecins traitants, pharmaciens, infirmiers, kinésithérapeutes et autres disciplines). Une révision et une adaptation permanente doit être le garant d'une liaison étroite avec les avancées scientifiques récentes.

Il doit aussi être un instrument pouvant mener à une meilleure communication entre toutes les disciplines concernées par la prescription, la délivrance et l'administration des médicaments (resp. médecins, pharmaciens, infirmiers). Pour les indications selon lesquelles une approche non médicamenteuse peut jouer un rôle important, il peut être un stimulant à la concertation avec les autres disciplines (ergothérapeutes, kinésithérapeutes, infirmiers, aides soignants et autres dispensateurs de soins).

Quelle que soit l'option thérapeutique, une concertation ouverte et éclairée entre le patient, le prescripteur et, dans de nombreux cas, avec les autres soignants, est indispensable.

Ce formulaire pharmaceutique devrait être informatisé et lié au dossier médical. L'application concrète d'un tel formulaire doit de préférence être discutée au niveau local, en concertation avec le cercle de médecins généralistes.

Chez les personnes âgées fragilisées, le séjour en établissement de soins de remplacement du domicile implique un risque d'infections supplémentaire. Une politique rigoureuse en matière d'hygiène et d'antibiotiques (au niveau de l'institution ou au niveau local) est indispensable.

³ AR du 21 janvier 2009 portant instructions pour les pharmaciens.

Dans le prolongement du rapport du KCE⁴, une étude complémentaire est nécessaire quant aux différentes facettes de la politique en matière de médicaments. Ceci est actuellement discuté dans le groupe de travail "soins aux personnes âgées" de la Conférence interministérielle santé publique.

Par ailleurs, il doit être possible d'intervenir en cas de comportement prescripteur collectif et individuel inadapté. Outre la sensibilisation, il faut également prévoir un feed-back sur le comportement prescripteur au niveau de l'institution ainsi que des accords en cas de prescription inappropriée de médicaments.

Il est préférable de prescrire des médicaments bon marché.

Les médicaments (bon marché) sont repris dans le FPH et couplés au module de prescription électronique. Celui-ci facilite la commande en ligne de médicaments et le traitement automatique des tickets modérateurs et de la facturation.

La prescription systématique de médicaments postfactum n'est pas acceptable.

4.2. La gestion des médicaments

Un emploi inadéquat des médicaments fait courir un risque majeur au patient, est à l'origine d'erreurs et engendre des dépenses supplémentaires substantielles pour le patient et l'assurance maladie.

Le MCC, en collaboration avec le médecin traitant, le(s) pharmacien(s) d'officine et l'équipe de soins, développe une stratégie commune de gestion des médicaments. Son but est une meilleure cohérence entre la prescription du médecin traitant, la liberté thérapeutique garantie et le FPH (local ou au niveau de l'institution). Cette stratégie doit encourager les bonnes pratiques au niveau du médecin traitant et des règles locales d'exécution et de contrôle afin d'améliorer la qualité de l'utilisation des médicaments (efficience/efficacité) et de limiter le risque d'erreurs.

Le MCC se tient informé de "l'evidence based medicine" relative à l'utilisation et aux combinaisons de médicaments pour ce groupe cible.

Une analyse régulière de l'utilisation des médicaments doit stimuler une politique de médicaments adéquate au sein de l'institution ainsi que des actions appropriées.

Dans les cas où une même officine fournit régulièrement la majorité des médicaments, on pourrait envisager un pharmacien coordinateur et conseiller. Un pharmacien coordinateur et conseiller peut s'avérer une plus-value même

⁴ L'utilisation des médicaments dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins belges (Etude n° : 2005-17)

lorsque plusieurs officines délivrent des médicaments. Le cas échéant, ce pharmacien peut remplir un rôle de coordinateur et accorder les différentes tâches et méthodes de travail des pharmaciens.

Offrir des médicaments adaptés au patient, donc par patient et par moment d'administration, ce qui est appelé la médication individuelle⁵, est privilégié.

4.3. La politique de prévention

La cohabitation organisée au sein de l'institution permet une politique de prévention primaire et secondaire⁶, tant vis-à-vis du résident individuel qu'en faveur de l'ensemble des résidents et membres du personnel. Le MCC y associera le médecin traitant en tenant compte des règles en vigueur au sein de l'institution de soins. En ce qui concerne le personnel, il y a lieu de conclure des accords avec le service de médecine du travail, en concertation avec la direction.

4.3.1 Infections liées aux soins et politique en matière de plaies

Le MCC, l'infirmier en chef et le (futur) infirmier de référence pour les infections liées aux soins sont chargés de la maîtrise des infections liées aux soins et de la politique en matière d'escarres et de plaies chroniques. Le médecin traitant doit être entendue dans cette politique.

A cet égard, il peut être fait appel à l'expertise de l'hôpital avec lequel un accord de coopération existe. Il faut également tenir compte des "Recommandations de bonnes pratiques" diffusées par les plates-formes régionales pour les infections liées aux soins dans les soins chroniques⁷ (BAPCOC⁸, BICS⁹), avec lesquelles une collaboration doit exister. Le mode de travail est communiqué par le MCC à ses collègues et c'est lui qui dirige la prise en charge au niveau de l'institution (planification et coordination) des infections liées aux soins et des épidémies.

⁵ Loi de 23/12/2009 portant des dispositions diverses en matière de santé publique
Art. 19. A l'article 12bis de la loi du 25 mars 1964 sur les médicaments, inséré par la loi du 1er mai 2006, un paragraphe 3 est inséré, libellé comme suit :

" § 3. Par dérogation au paragraphe 1er, alinéa 3, la préparation de médication individuelle, en cours de laquelle un ou plusieurs médicaments sont enlevés de leur conditionnement primaire et ensuite, le cas échéant, groupés dans un seul conditionnement fermé d'administration individuelle, destiné à un patient individuel à un moment déterminé, est exclusivement exécutée par des personnes habilitées à délivrer des médicaments au public.

Le Roi fixe les conditions et modalités pour l'application de l'alinéa 1er. "

⁶ La prévention primaire consiste à faire en sorte d'éviter l'apparition d'un phénomène désagréable, p.ex. la prévention des chutes, la vaccination ...

Le but de la prévention secondaire est de détecter le plus vite possible un phénomène désagréable, en vue d'empêcher une aggravation de la situation

⁷ Assemblée organisée en collaboration avec le CMG local et par celui-ci.

⁸ Belgian Antibiotic Policy Coordination Committee

⁹ Belgian Infection Control Society

Le MCC doit avoir la possibilité de réaliser des prélèvements d'échantillons pour le dépistage lors de situations épidémiques (hors forfait du résident, sans ticket modérateur pour le résident et sans que ceci ait une incidence sur son profil de prescription personnel). Avec le médecin du travail, il y sensibilise le personnel.

Un rapport annuel est établi par le MCC concernant la problématique des infections nosocomiales et la politique en matière de soins de plaies.

4.3.2. Politique de soins de bouche

Les problèmes de soins buccaux sont souvent méconnus, alors qu'ils ont un impact négatif sur l'état de nutrition et de santé. Le déplacement du résident vers un cabinet de dentisterie pose souvent problème. Des accords doivent être conclus de façon à permettre cette prestation de soins au sein de l'institution. Le libre choix du dentiste doit être respecté.

Le MCC peut assurer une vigilance (surveillance) au niveau de l'institution et émettre un avis concernant une politique spécifique, qui est ensuite mise en œuvre avec l'équipe multidisciplinaire. L'utilisation d'un outil de dépistage est recommandée (p.ex. par le biais de l'instrument RAI.).

A cet égard, la collaboration avec une association (locale) de dentistes peut s'avérer utile.

4.3.3. Politique en matière de nutrition

L'origine de la dénutrition est généralement multifactorielle. L'institution doit disposer d'une politique nutritionnelle globale de façon à permettre un suivi systématique de par exemple le poids du résident..

Le MCC rend un avis et le médecin traitant doit être entendu. L'utilisation d'un instrument de dépistage spécifique est recommandée, comme par exemple le CAP « perte de poids » dans le BelRAI. Dans les activités d'une institution le repas doit recevoir une position centrale.

4.3.4. Politique en matière d'incontinence

La politique en matière d'incontinence est constituée d'un ensemble d'observations, d'actions et de mesures permettant le développement d'une politique adéquate axée sur la prévention et la recherche de solutions.

L'emploi d'un matériel approprié en fait partie. La problématique de l'incontinence influence la perception subjective de la qualité de vie et le sentiment de bien-être psychologique. Le MCC est impliqué dans la politique développée par l'institution et dans son évaluation.

4.3.5. Politique de contention

L'utilisation de mesures de restriction de la liberté et de contention physique est malheureusement fréquente. C'est la dernière option à envisager, "la solution la moins mauvaise", mais c'est très exceptionnellement inévitable. Il ne faut en aucun cas mettre en danger la sécurité du résident. Avant de prendre de telles mesures dans le cas de situations à risque, il faut avoir envisagé suffisamment d'alternatives au sein de l'institution. La contention ne peut être appliquée que pour une indication spécifique. Par ailleurs, la contention implique une surveillance accrue en vertu de risque accru pour le résident.

Le MCC aide et conseille l'équipe multidisciplinaire dans ce processus de réflexion. L'évaluation de la situation est basée sur le maintien de l'autonomie du résident. La famille et les proches sont impliquées dans la communication (et informés).

La question centrale à laquelle il convient de répondre est de savoir si de telles mesures contribuent à améliorer la qualité de vie du résident. Toute décision doit être respectueuse du résident. L'impact de ces mesures doit être régulièrement évalué (la décision est limitée dans le temps). Les accords, la procédure relative à la politique de contention (en situation de crise également) sont élaborées par une équipe multidisciplinaire au niveau de l'institution.

4.4. Le traitement de pathologies spécifiques

4.4.1. ENVP/EPR¹⁰ et autres

Le Protocole du 24.5.2004 (MB 27/9/2004) entre le Gouvernement fédéral et les autorités concernant la politique à mener à l'égard des patients ENVP/EPR prévoit un "circuit de soins". Un programme analogue a été développé pour la sclérose en plaque et la maladie de Huntington. Les institutions disposant d'un tel agrément offrent une prestation de soins supplémentaire spécifique et complexe. Une étroite collaboration est nécessaire avec les médecins traitants associés à ces soins.

Dans ces cas-là, le MCC participera lui-même à la formation du personnel et à l'organisation de celle-ci, dispensée par les hôpitaux d'expertise. Le MCC et les médecins traitants peuvent faire appel à cette expertise et à la liaison externe émanant de ces hôpitaux.

4.4.2. Politique en matière de démence

Une mission importante est dévolue au référent "démence". Des activités de formation continue, s'inscrivant dans le cadre de la politique globale de formation permanente, sont organisées au sein de l'institution (ou en

¹⁰ ENVP/EPR: patients en état neurovégétatif persistant et en état pauci-relationnel

collaboration avec d'autres institutions) pour les membres du personnel et les médecins traitants. Des accords locaux sont possibles, voire recommandés. L'institution élabore une politique préventif (de dépistage) interne, et le MCC rend un avis à cet égard.

Le MCC sensibilise le médecin traitant se sorte qu'il consacre une attention suffisante à l'établissement d'un diagnostic correct (exclusion d'autres tableaux cliniques) et un trajet de soins futur peut être prévu pour les personnes âgées atteintes de démence.

Chaque institution reprend dans son projet de vie («opdrachtverklaring») sa vision et son engagement concernant les résidents atteints de démence.

4.4.3. Dispensation de soins palliatifs et accords concernant la fin de vie

Le taux de mortalité est élevé dans les institutions MRS en raison de la dépendance croissante aux soins et de la plus grande fragilité par rapport à la maladie de la population et de l'admission différée de la personne âgée. Il est impératif de tenir compte des souhaits du résident et de l'évolution des soins palliatifs dans le secteur résidentiel. Ceci s'effectue par le biais de la concertation avec les réseaux et les équipes régionales de soins palliatifs.

Des accords doivent être conclus à ce sujet. Chaque institution doit rédiger sa vision et son engagement quant à la planification préalable des soins, aux soins palliatifs et aux accords concernant la fin de vie en tenant compte des moyens du patient.

Entre autre doivent être décrit les divers rôles des médecins traitants, du MCC, du patient, de la famille (proche) et des autres dispensateurs de soins.

Le MCC est également coresponsable, avec l'infirmier en chef et l'infirmier de référence en soins palliatifs de la diffusion de la culture palliative, de la politique palliative et de la planification préalable des soins.

Pour cette fonction, le MCC doit disposer de l'autorité morale lui permettant d'exercer un pouvoir de persuasion et d'orientation. Une concertation régulière avec les médecins traitants et l'équipe de soins palliatifs est recommandée (le CMG local assume une fonction de liaison, de par sa fonction de plate-forme). Les résultats de cette concertation sont consignés dans le dossier de soins.

Le MCC émet des avis et veille au respect des dispositions réglementaires en matière de fin de vie (déontologie, information du résident, droit des patients). L'Advanced Care Planning (ACP) et la planification anticipée des soins palliatifs sont préconisées pour les patients en fin de vie.

L'ACP est un élément du dossier de soins (informatisé) dont le but est d'enregistrer les desiderata et attentes du résident/patient, ceci doit être repris dans le dossier patient administratif.

Le MCC a la possibilité d'émettre des avis en cette matière à l'intention de ses collègues médecins traitants, de la direction, du personnel infirmier et des autres membres du personnel.

Il est judicieux que le MCC suive une formation adéquate en dispensation de soins palliatifs (p. ex. via un stage dans un service Sp de soins palliatifs). La politique palliative développée par l'institution MRS doit être évaluée par chaque médecin traitant et l'équipe multidisciplinaire.

Les médecins traitants et le CMG sont invités aux activités de formation continue.

L'énumération reprise dans ce chapitre n'est pas limitative ; d'autres thèmes pourront ultérieurement être ajoutés, sur proposition du Collège National Multidisciplinaire pour la Promotion de la Qualité dans les MRS/MRPA (voir chapitre 8).

5. La relation avec le cercle de médecins généralistes (CMG)

Il faut veiller à une collaboration entre l'institution et le CMG, notamment en raison du fait que le CMG¹¹ représente les médecins généralistes de la zone. Le CMG est également responsable des services de garde, il développe la politique locale de santé et peut prendre des initiatives concernant l'optimisation de la prestation de soins médicaux dans la zone¹².

Le CMG¹³ est le partenaire privilégié des accords et des solutions élaborés au niveau local. "Sans la collaboration active des cercles locaux de médecins généralistes, les missions du médecin coordinateur et conseiller, et en particulier les rapports avec les médecins, la continuité des soins, la coordination de la politique des soins et la formation continue, peuvent difficilement être réalisées, voire pas du tout"¹⁴.

Il importe que les médecins traitants soutiennent la politique et le fonctionnement du MCC. A cet égard, le CMG est le canal de communication idéal pour les médecins traitants. Le groupe de travail souligne le principe de la réciprocité. Le CMG doit également reconnaître et soutenir le MCC. Le CMG doit accepter la proposition de nomination d'un MCC.

La collaboration entre l'institution de soins, le MCC et le CMG-MRS dépend dans une large mesure des habitudes et usages locaux et régionaux, mais également des missions légales de cette organisation. Partant, l'implication

¹¹ AR relatif au CMG du 25/9/2002

¹² AR 8/7/2002, art.3

¹³ Lorsque des médecins des plusieurs cercles de médecins sont actifs dans un établissement, le CMG de l'endroit où se trouve l'établissement coordonne.

¹⁴ Avis de l'Ordre des médecins du 7/6/2008

n'est pas uniforme partout. Le groupe de travail estime que cela doit relever d'accords locaux.

Le groupe de travail estime également qu'un nombre minimum d'accords peut être préalablement conclu, de préférence dans le cadre d'un accord de coopération (voir plus loin). Cet accord de coopération peut être élaboré en concertation avec le CMG. Il sera de préférence identique pour l'ensemble des institutions de la zone du CMG.

Le CMG peut réunir ces MCC de la zone afin de permettre la conclusion d'accords et usages locaux cohérents, dans le respect de la spécificité de leur institution.

Dans les cas où cette collaboration avec le CMG n'est pas possible, il faut trouver un autre système de représentation des généralistes.

Une concertation aura lieu au sein du Conseil fédéral des cercles de généralistes (AR du 16/2/2006) sur le soutien financier de cette mission du CMG.

Le MCC s'engage à collaborer avec le CMG. S'il ne fait pas partie du CMG, le MCC contactera le CMG dans le mois qui suit sa désignation.

6. Concertation transmurale et politique de réorientation

Le MCC et le médecin traitant doivent pouvoir communiquer dans une optique transmurale avec l'hôpital avec lequel existe un lien fonctionnel. Les autres structures de soins doivent être étroitement impliquées avec la MRS, comme l'association régionale en matière de soins palliatifs ou le réseau palliatif, la plate-forme pour les infections liées aux soins dans les soins chroniques et l'hôpital avec lequel il existe un lien fonctionnel.

Le médecin traitant oriente le patient vers l'hôpital lorsqu'il n'est plus en mesure de dispenser les soins au sein de l'institution de façon optimale, parce que ceux-ci requièrent d'autres compétences ou que le matériel nécessaire fait défaut.

Des accords doivent donc être conclus (au niveau local) avec d'autres services et structures. Ces accords doivent de préférence être conclus via la liaison externe¹⁵. Les souhaits du résident sont respectés.

Cette approche transinstitutionnelle s'organise structurellement depuis l'établissement de soins. Des accords doivent être conclus au sujet des

¹⁵ La liaison externe permet la diffusion des principes gériatriques et de l'expertise gériatrique pluridisciplinaire à l'extérieur de l'hôpital (médecin généraliste, MCC, prestataires de soins,...). L'objectif de la liaison externe est de veiller à une continuité optimale des soins. Le but est de prolonger les soins mis en place dans un environnement déterminé dans un autre contexte de soins. Ceci requiert cependant des synergies et des accords de coopération/réseaux fonctionnels entre les différentes instances de la première ligne. Au sein de l'hôpital, la liaison externe est coordonnée par le référent hospitalier (service social), en collaboration avec l'équipe gériatrique pluridisciplinaire.

données dont l'institution, le MCC et les autres institutions de soins doivent disposer lors de l'admission, la sortie ou le transfert. Des accords doivent également être pris en ce qui concerne la manière d'évaluer les besoins en soins lors de l'admission et par la suite.

Chaque année, au moins une réunion de concertation sera organisée avec l'hôpital avec lequel un lien fonctionnel existe.

7. Préparation préalable à l'admission

Lorsqu'une admission en MRS est planifiée, une concertation préalable doit avoir lieu entre les différents acteurs de l'institution et de la situation à domicile. Dans cette démarche, l'infirmier en chef, le médecin traitant et les autres prestataires pertinents (infirmier en chef d'un autre établissement, soins à domicile, service social, ...) sont impliqués de façon à recueillir un maximum de données psycho-médico-sociales sur le futur résident (données d'évaluation).

Le médecin traitant et l'infirmier en chef / l'assistant social assurent l'organisation de cette concertation. Une visite préalable du futur résident à l'institution est recommandée. Dans le cas d'une admission "non planifiée", tous les éléments nécessaires doivent également être présents, au plus tard au moment de l'admission pour assurer la continuité et la qualité des soins.

Lorsqu'il s'agit de l'admission d'un patient qui provient de son domicile, il y a lieu de réaliser une évaluation multidisciplinaire préalable, avec le médecin traitant. Cette concertation est déjà possible dans le cadre des activités des SISD, compte tenu du fait que les maisons de repos ne sont actuellement pas un partenaire officiel de cette concertation. Des solutions alternatives à l'admission doivent être envisagées dans le cadre de cette concertation. À l'hospitalisation, l'équipe multidisciplinaire de l'hôpital (de jour gériatrique) et le gériatre peuvent être impliqués.

Avant le transfert de l'hôpital vers l'institution de soins, il faut prévoir une concertation, à laquelle doivent être associés le médecin traitant, mais également le gériatre et l'équipe de soins gériatriques dans le cadre du programme de soins en gériatrie.

Le groupe de travail demande que cette concertation soit prévue dans la réglementation relative aux SISD et ce, tant pour l'admission en provenance du domicile que pour un transfert de l'hôpital vers une institution de soins.

L'instrument d'évaluation BelRAI peut servir d'outil aux services de première ligne pour un échange qualitatif transmurale de données avec les différents contextes de soins.

Aujourd'hui l'échelle de Katz est utilisée; cependant cette échelle est insuffisante et elle n'est toujours pas correctement évaluée.

A cet égard, le Conseil national de l'Ordre des médecins a proposé ce qui suit: " à l'admission, il faut réaliser un diagnostic multidisciplinaire et une

évaluation médico-sociale, mais également pour les soins dispensés quotidiennement, tant les soins médicaux que les soins infirmiers, les soins paramédicaux ou la kinésithérapie”¹⁶.

Dans les 4 semaines, une évaluation globale (holistique) approfondie a lieu (si possible au moyen de l'instrument BelRAI), de façon à permettre une discussion des perspectives de soins et des résultats de l'évaluation avec toute l'équipe (concertation multidisciplinaire), et elle est enregistrée dans le dossier de soins. Une évaluation préliminaire de l'admission est recommandé. L'évaluation du résident au moyen de l'instrument BelRAI peut être communiquée par l'institution (transmuralité) en cas de transfert éventuel vers un autre contexte de soins (MRPA/MRS, hôpital, soins à domicile, ...).

8. Evaluation de la qualité des soins au niveau de l'institution et entre les institutions.

La qualité des processus de soins dans l'institution est évaluée de façon multidisciplinaire à intervalles réguliers. Chaque établissement dispose d'une politique et d'un programme de qualité qui vise à définir, à planifier, à évaluer et à améliorer systématiquement la qualité des soins, de la prestation de services ainsi que le fonctionnement de l'établissement.

Les résultats en termes de qualité des soins dépendent en partie de la collaboration avec les médecins traitants. La politique et le programme de qualité doivent être suffisamment connus des médecins traitants. Le MCC qui participe à cette évaluation de la qualité au niveau de l'institution (pas pour le patient individuel) en communique les résultats aux médecins traitants. Les aspects médicaux, fonctionnels et liés à la prestation de soins évaluée sont discutés lors des rencontres mensuelles avec l'équipe multidisciplinaire et les médecins traitants au sein de l'institution. A cet égard, le MCC et les médecins traitants/le CMG peuvent formuler leurs propositions, remarques et recommandations au niveau local.

Les résultats en termes de qualité des soins sont discutés lors de la réunion multidisciplinaire mensuelle; le MCC et l'infirmier en chef rapportent à la direction les résultats, l'évolution et les recommandations.

L'utilisation de l'instrument RAI est recommandée pour l'évaluation multidisciplinaire de la qualité de la prestation de soins au sein de l'institution. Cette évaluation est rendue possible grâce aux indicateurs de qualité InterRAI.

Un langage commun facilite la communication entre les différents prestataires de soins. Cet instrument apporte les éléments nécessaires pour une évaluation évolutive précise au fil du temps.

¹⁶ Avis de l'Ordre des médecins 25/10/2008

Au niveau individuel du patient, le rôle de l'infirmier en chef ou du responsable de nursing est important pour l'élaboration du dossier de soins et du dossier BelRAI du résidant. Comme dans les soins à domicile, ils peuvent être les relais pour la réalisation de l'évaluation individuelle et à l'échelle de l'institution par la collecte de données auprès des différents collaborateurs de l'équipe multidisciplinaire.

Les données agrégées et anonymisées du BelRAI permettent une évaluation des soins au niveau des unités d'habitation au sein de l'institution.

L'instrument RAI offre de nombreuses possibilités. Son utilisation est liée à l'informatisation des institutions MRS. S'il est généralisé, il y a lieu de prévoir un financement adapté par l'autorité.

L'évaluation globale de la qualité des soins va au-delà de l'institution. Il est proposé d'instaurer au SPF Santé publique un Collège National Multidisciplinaire pour la Promotion de la Qualité dans les MRS/MRPA qui formule des recommandations sur la qualité et les bonnes pratiques, entre autres sur les thèmes repris dans le chapitre 4 de la présente note. La Commission Nationale MCC – MRS, mentionnée dans le chapitre 4, peut être chargée de l'implémentation sur le terrain.

Ce collège National Multidisciplinaire pour la Promotion de la Qualité se compose de représentants des médecins généralistes, des MCC, des institutions, des pharmaciens et des autres dispensateurs de soins concernés par cette évaluation de la qualité. Les représentants des organismes assureurs peuvent également y être invités (consultatif).

Le groupe de travail estime que le SPF SPCAE a une mission spécifique en ce qui concerne les initiatives de soutien de la qualité par le biais de campagnes de sensibilisation spécifiques. Il est possible d'en extraire des thèmes, des études ou des projets et d'en retirer une expertise pour les institutions MRS.

9. La politique de formation continue

La politique de formation continue est un élément essentiel de la politique de qualité et d'évaluation générale et de l'institution.

Les résultats de la concertation avec les médecins traitants et le CMG local qui sont repris dans l'accord de coopération doivent être transposés dans une politique de formation continue, notamment en ce qui concerne le comportement prescripteur, les soins palliatifs, la politique d'hygiène et d'antibiotiques, les problèmes de soins ou tableaux cliniques spécifiques au sein de l'institution (voir point 8).

Le MCC a un rôle à jouer dans l'élaboration de la politique de formation du personnel de l'institution. Il peut jouer un rôle dans la formation de ses collègues médecins traitants (notamment via le CMG).

Via, les résultats de l'évaluation de la qualité, il peut plus facilement évaluer les besoins en formation et en évaluer l'impact.

Les médecins traitants ont la possibilité de participer aux activités de formation continue

10. Les questions éthiques

Les questions éthiques d'une institution de soins relèvent de la responsabilité de la direction. Le MCC peut être consulté par l'institution pour des questions éthiques dans le cadre de sa fonction ou en tant que personne de contact entre le médecin traitant et l'institution, mais cela ne fait pas de lui le point de contact formel de l'organisation. Il peut toutefois émettre des avis et jouer un rôle en faisant appel au CMG local (accords au niveau local) ou à la commission d'éthique de l'hôpital avec lequel un lien fonctionnel existe. Il lui est en outre possible de formuler des avis à l'intention de la direction, de sa propre initiative ou à la demande de la direction.

Il serait en tout cas utile au sein de l'établissement qu'une méthodologie commune avalisée soit élaborée sans se focaliser sur son résultat. Cette méthodologie doit permettre aux collaborateurs professionnels de mener une réflexion structurée pour aboutir à une décision.

Cette méthode de travail doit préserver les convictions et souhaits du résident (ses proches également doivent pouvoir être entendus).

11. Responsabilités et tâches du MCC

11.1. Responsabilités, gestion des dossiers

Il est établi pour chaque résident un dossier de soins¹⁷ informatisé (e-DS) constitué d'une part d'un dossier médical standardisé (e-MD), d'un dossier infirmier et d'un dossier paramédical, d'un volet psychosocial et d'une fiche de liaison ou fiche de communication.

Conformément au code de déontologie des médecins, le dossier médical et le dossier infirmier doivent être distincts et une fiche de liaison ou une fiche de communication¹⁸ doit exister pour chaque résident (ces fiches sont de préférence standardisées et informatisées et doivent garantir une communication claire entre le médecin traitant et les personnes concernées, comme par exemple le médecin traitants remplaçant). L'accès à la fiche de liaison doit rester limité aux "personnes compétentes". C'est le médecin traitant qui est responsable du dossier médical et de l'actualisation de la fiche de liaison/de communication de ses patients.

¹⁷ Voir AR du 3 juillet 1996, modifié par l'AR du 13 juin 1999 – art. 152, §4

¹⁸ Avis de l'Ordre des médecins du 7/6/2008

Le dossier de soins individuel comporte des données médicales, sociales, paramédicales et infirmières et peut comprendre plusieurs parties. Il doit se trouver en permanence dans l'institution et être accessible pour les personnes compétentes. Le dossier de soins comporte de fait l'ensemble des "données médicales", qui se trouvent en principe dans un dossier séparé – conformément à la déontologie –: l'anamnèse, l'examen clinique au moment de l'admission, les médicaments et l'administration de ceux-ci.

Le traitement des données à caractère personnel dans le cadre du e-DSM doit répondre aux dispositions prévues dans la loi du 8/12/1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel. Conformément à la législation, le traitement des données à caractère personnel portant sur la santé est en principe interdit hormis -entre autres - *“ lorsque le traitement est nécessaire aux fins de médecine préventive, des diagnostics médicaux, de l'administration de soins ou de traitements soit à la personne concernée, soit à un parent, ou de la gestion de services de santé agissant dans l'intérêt de la personne concernée et le traitement est effectué sous la surveillance d'un professionnel des soins de santé.”*¹⁹

Il n'existe pas de définition légale du dossier de soins partagé, ni de l'application élargie de celui-ci. Cette définition doit être élaborée; elle devra satisfaire aux exigences en matière de collecte de données (concernant le traitement et les soins), en ce compris les mesures de sécurité nécessaires. Le cas échéant, le traitement visé devrait être soumis au Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé pour approbation, afin que l'accès des professionnels de la santé soit déterminé (par analogie avec le BelRAI) en fonction de leur mission (rôle) dans le processus de soins.

L'emploi d'un dossier de soins modulaire s'impose. Le dossier médical informatisé modulaire (e-DM) permet au MCC d'accéder aux éléments qui ont un impact à l'échelle de l'institution ou qui relèvent d'une mission très spécifique (p.ex. situations épidémiques, vaccinations) sans compromettre le secret médical.

¹⁹ Dans sa délibération n° 09/018 du 19/5/2009 relative au dossier médical informatisé, le Comité sectoriel de la sécurité sociale et de la santé, section "Santé" a rappelé que le traitement de ces données doit avoir un but spécifique, doit être nécessaire ("l'utilité" seule ne suffit pas) et que les acteurs concernés sont tenus au secret médical ou à une obligation de secret équivalente. La délibération citée plus haut renvoie également à l'art. 13 de l'AR n° 78 du 10-11-1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. La doctrine précise en outre que le *“secret professionnel partagé” n'est concevable qu'avec d'autres praticiens professionnels qui sont également tenus au secret, tels que le spécialiste appelé en consultation, les infirmiers et d'autres professionnels de la santé auxiliaires. Cela n'est le cas ni des membres de la famille, ni des tiers. Le secret professionnel pourrait être partagé uniquement avec des personnes qui sont liées à la même obligation et pour lesquelles les mêmes sanctions juridiques sont d'application”*.

L'application de la théorie du “secret professionnel partagé” suppose en outre que la divulgation des faits couverte par le secret médical est absolument nécessaire dans l'intérêt du patient, lequel est censé avoir donné son autorisation implicite pour cette divulgation, limitée au strict nécessaire (Bruxelles, 23 octobre 1990, Journ. trib. 1991, p. 496).

Au départ de la pratique de médecine générale et de la première ligne, des directives, procédures et protocoles existent et peuvent également être d'application au sein de l'établissement de soins (itinéraires de soins, trajets de soins et programmes de soins,...).

C'est le médecin traitant qui est responsable du traitement et des accords relatifs à ses patients, ainsi que du dossier médical et de la fiche de liaison/de communication. Une bonne harmonisation avec les prestataires de soins au sein de l'institution est indispensable et une bonne collaboration avec le cercle de généralistes est nécessaire pour la cohérence des accords au niveau local²⁰.

11.2. Rôle consultatif et concertation

L'offre de soins, les moyens et la politique en matière de personnel relèvent de la décision de la direction. Le MCC, sous la forme d'avis à la direction, identifiera les conséquences de l'offre de soins et indiquera ce qu'il y a lieu de prévoir (pour les résidents/patients, la famille, le personnel et les moyens).

Une concertation structurelle avec la direction intervient à intervalles réguliers, à la demande du MCC ou de la direction. Cette concertation porte, entre autres, sur le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire, la relation avec les prestataires de soins externes et les besoins en moyens et en personnel, les risques en matière de soins et la formation. Le CMG local peut y être invité en tant qu'organe consultatif.

En cas de risque de santé grave pour les résidents et/ou le personnel, un devoir d'information existe et le MCC en avertira la direction et fournira des avis. Il assurera la coordination des mesures nécessaires au sein de l'institution.

Dans les grandes institutions et organisations ou les institutions comptant plusieurs sites et plusieurs MCC, une concertation régulière entre les CRA sera organisée, en concertation avec la direction.

Une concertation régulière entre les MCC d'un même CMG local est recommandée afin d'assurer la cohérence locale des procédures. Il en est fait rapport à la direction.

12. Tâches spécifiques du MCC

²⁰ Avis de l'Ordre des médecins du 7/6/2008

Le dossier de soins individuel comporte des données sociales, paramédicales et infirmières. Ce dossier peut comprendre plusieurs parties ; il doit rester en permanence dans l'institution. Il doit toujours être accessible pour les personnes compétentes. Le dossier de soins comprend toutes les données médicales qui, ne principe, selon la norme déontologique, doivent figurer dans un dossier médical distinct : l'anamnèse, l'examen clinique, le diagnostic, le traitement, l'évolution clinique et diagnostique, les médicaments prescrits et les médicaments administrés

Les tâches sont définies comme un ensemble cohérent d'activités en partie axées sur l'individu et en partie dépassant l'individu et ce, tant à l'intérieur qu'en-dehors de l'établissement. Il s'agit de l'ensemble des actions devant au minimum permettre au MCC de remplir correctement sa mission, pour lesquelles il est la personne de contact et dont il est responsable.

Cette approche relève en premier lieu de la médecine générale, même si l'institution est spécialisée, entre autres dans une prestation de soins spécifique: p.ex. réadaptation, soins aux patients atteints de sclérose en plaques, Huntington, Parkinson, patients atteints de lésions cérébrales non congénitales, troubles comportementaux, dispensation de soins palliatifs... mais elle relève également de la gestion et de l'organisation.

Une distinction est à établir entre tâches liées aux soins ou non.

12.1. Tâches spécifiques liées aux soins confiées au MCC

Le MCC, assisté de l'infirmier en chef, stimule la concertation d'équipe multidisciplinaire qui est organisée au niveau de l'institution au moins une fois par mois. En principe, le MCC n'est pas impliqué dans la concertation autour du patient considéré individuellement, cela relève de la compétence du médecin traitant. Les points débattus sont consignés dans un rapport multidisciplinaire qui reprend au minimum les décisions et les accords qui ont été convenus. La direction peut participer à cette concertation pour autant qu'il ne s'agisse pas de la discussion de problèmes individuels des patients, couverte par le secret professionnel (AR 78). Le médecin traitant peut être invité à ce type de réunions ou y participer à sa demande.

Lors de cette concertation sont abordés entre autres les thèmes suivants :

- Diagnostic de soins : des modèles de soins peuvent être développés conjointement avec les autres professionnels de santé, ce qui permettra de mener des actions multidisciplinaires ciblées.
Les problèmes formulés sont consignés dans le dossier de soins avec des objectifs vérifiables (évaluables). Il y a une description des actions multidisciplinaires qui sont entreprises par les prestataires de soins.
- Pronostic des soins: sur la base du pronostic, estimation des incidences pour le patient et de la manière de gérer ces incidences dans le temps et de leurs implications sur la forme d'habitation (séjour), le bien-être et la prestation de soins;
- Gestion des soins: en collaboration avec l'équipe multidisciplinaire, coordination des efforts de soins pour atteindre les objectifs fixés; les indicateurs de qualité du RAI permettent de mesurer ces efforts et de mettre en lumière les

maillons faibles de la prestation de soins au sein de l'institution.
Il est également possible de mesurer la lourdeur des soins.

A côté de cela, les tâches suivantes peuvent être confiées au MCC :

- a. évaluation du besoin de soins par entité ou institution,
- b. politique de maîtrise des infections liées aux soins,
- c. politique en cas d'épidémie ou de pandémie, politique de vaccination (dont la concertation avec le médecin du travail),
- d. politique de soins de bouche,
- e. politique en matière de nutrition, d'incontinence et de démence,
- f. formulaire pharmaceutique et gestion des médicaments (avec le(s) pharmacien(s) et le CMG),
- g. supervision de la culture des soins palliatifs, choix en matière de fin de vie et conseil en matière éthique,
- h. traitement des résidents ENVP et des pathologies spécifiques, en collaboration avec les prestataires professionnels,
- i. évaluation de la qualité des soins,
- j. prévention primaire des maladies et pertes fonctionnelles,
- k. prévention secondaire : dépistage précoce et activités qui visent à accroître les chances de guérison et éviter ou minimaliser les risques de complications. . L'instrument BelRAI peut servir d'outil à cet égard.
- l. rédaction et implémentation d'un dossier médical et de soins standardisé et d'une fiche de liaison,
- m. stratégie de la qualité médicale,
- n. rôle facilitateur dans la fonction de liaison et le soutien des programmes de soins,
- o. au moyen du dossier de soins multidisciplinaire informatisé, identification des aspects dépassant l'individu, dans le respect du secret médical.

12.2 Tâches non liées aux soins confiées au MCC

Les tâches suivantes peuvent être totalement ou partiellement confiées :

- a. conseil à la direction et aux collaborateurs concernant la prestation de soins, les locaux, l'achat et l'utilisation du matériel, le respect de la vie privée,,
- b. relation avec ses collègues et entretien des différents réseaux, en particulier le CMG (concertation et collaboration), la coopération régionale, les plates-formes et les réseaux régionaux en matière d'hygiène, d'infections, de soins palliatifs, de transferts ...,
- c. contacts avec le pharmacien de l'établissement de soins,
- d. participation à la formation continue des collaborateurs (et collègues) de l'établissement de soins,
- e. gestion de la qualité (procédures, évaluation de la qualité, gestion de projets...),

- f. représentation de l'institution pour les missions spécifiques,
- g. rapports annuels des activités médicales et avis.

13. Statut du MCC

Le présent chapitre décrit la relation entre le MCC et la direction, le personnel de l'institution et les collègues médecins traitants.

Le MCC est considéré comme un expert spécifique qui est impliqué dans la stratégie et le développement d'une prestation de soins de qualité et dans la coordination des soins médicaux dans l'institution. Il est un conseiller technique²¹, doté des moyens d'accomplir sa mission. Sa fonction médicale est dès lors sensiblement renforcée par rapport au groupe des médecins traitants, en vue de l'amélioration de la qualité de l'organisation médicale et les aspects des soins médicaux.

Une prestation de soins et une concertation de qualité reposent sur une concertation structurelle entre la direction, (les) l'infirmier(s) en chef et le MCC. Le MCC ne peut pas être chargé du traitement des patients, ni de l'établissement d'un diagnostic. Il ne peut pas non plus remplir le rôle du médecin du travail.

D'après le groupe de travail, il est préférable que le MCC ait une pratique. Il ne peut pas devenir le médecin traitant des patients pour lesquels il n'était pas médecin traitant avant leur admission dans l'institution. Le libre choix du patient doit être garanti et ne peut en aucun cas être influencé.

A cet égard, il est recommandé d'impliquer le CMG dans la politique appliquée dans ce cas, l'objectif étant de garantir la transparence du réadressage (accords globaux, pas de cas individuels), par exemple, lorsque le résident n'a pas de médecin traitant lors de l'admission ou lorsque ce médecin traitant habite trop loin.

Le groupe de travail propose de se concerter avec l'Ordre des Médecins au sujet des principes proposés dans ce chapitre.

Comme déjà mentionné précédemment, une commission paritaire nationale MCC/MRS ou un collège associant MCC et autres prestataires de soins sera chargé de concrétiser davantage un certain nombre de principes.

13.1. Publicité

Puisque le MCC doit avoir la confiance du CMG local et que des accords sont conclus par le biais du ROI relativement à son fonctionnement avec les généralistes locaux, il est indispensable de communiquer la vacance d'une fonction au CMG local et à tous les médecins traitants au sein de l'institution. Le CMG publie cette vacance au sein du cercle de médecins généralistes et

²¹ Avis du Conseil national 26/6/2002

dispose de la possibilité de transmettre des candidatures à la direction. La direction est libre d'utiliser également d'autres canaux, les applications lui sont adressées.

Pour les établissements relevant du secteur public, il convient de vérifier si la législation sur les marchés publics est d'application. Interpellé par le SPF Santé publique, le Service des marchés publics du SPF Chancellerie du Premier Ministre a formulé l'avis suivant :

« Si le médecin est salarié ou statutaire, les relations à titre onéreux entre l'établissement et ce médecin ne relèvent pas de la législation relative aux marchés publics. Dans les deux cas, ce médecin travaille dans un lien de subordination résultant de son contrat de travail ou des règles statutaires applicables.

Par contre, si le médecin est un indépendant, il y a effectivement marché public et plus précisément un marché public de services au sens de la catégorie 25 de l'annexe 2 de la loi du 24 décembre 1993 (services sociaux et sanitaires). Le montant du marché peut effectivement avoir un impact sur la procédure : si la dépense réelle à approuver ne dépasse pas 67.000 euros (art. 17, § 1^{er}, 1^o, a, de la loi et art. 120, al. 1^{er}, de l'AR du 8 janvier 1996), le marché peut être passé par procédure négociée sans publicité mais après consultation de plusieurs concurrents (au moins trois). Cette dépense est à calculer en prenant en considération la durée totale du marché. Dans le cas examiné, ce marché pourrait avoir une durée maximale de deux ans sans que le plafond des 67.000 euros soit dépassé.

Sinon, il y a lieu de recourir à la procédure d'adjudication ou d'appel d'offres avec publication d'un avis de marché.

Au niveau des règles contractuelles et quelle que soit la procédure de passation, il faut prendre en considération les règles générales d'exécution selon les modalités déterminées à l'article 3 de l'AR du 26 septembre 1996. »

13.2. Désignation

Le MCC est désigné par le gestionnaire de l'établissement de soins.

Il convient d'élaborer une procédure de nomination transparente du MCC. Si le MCC est désigné selon cette procédure, le CMG ne peut plus refuser cette désignation.

L'avis du 26/06/2004 du Conseil national de l'Ordre des médecins précise que le CMG approuve la désignation²². Un refus n'est possible que pour des raisons déontologiques et a pour conséquence la non-validation de la désignation par l'Ordre. Tous refus doit être motivé. Le groupe de travail propose que le CMG fasse connaître sa position dans les 30 jours. Une absence de réaction implique automatiquement une approbation.

²² La reprise du soutien du service de garde dans le contrat d'engagement qui, pour rappel, doit être soumis au conseil provincial compétent, ne pouvait que contribuer à cet objectif.

Le MCC est désigné par le gestionnaire de l'institution pour une période maximale de 4 ans. Ce contrat peut être reconduit à l'issue de cette période (et après ouverture de la fonction aux candidats).

Après sa désignation, le MCC recruté contactera le CMG dans un délai d'un mois afin de passer des accords concrets en ce qui concerne la coopération MRS-MCC-CMG.

Le nom du MCC doit être connu des services d'inspection, du CMG, des résidents et des membres du personnel.

Le point 5 décrit la coopération entre les établissements MRS, le MCC et le CMG.

13.3. Contrat

Le MCC est engagé dans les liens d'un contrat de travail (s'il est salarié) ou d'une désignation ou nomination (s'il est statutaire) ou sous contrat d'entreprise (en tant qu'indépendant). Il adhère également au projet de vie de l'institution et signe l'accord de coopération.

Sur ce point, il y a également lieu de faire référence aux obligations déontologiques du Code de déontologie médicale (art. 166-172), qui prévoit que tous les contrats doivent être soumis à l'Ordre des médecins.

Dans ce contrat, il sera notamment prévu que, chaque année, le MCC établit un rapport d'activité circonstancié à l'adresse de la direction, dans lequel le MCC peut proposer les résultats de la concertation (externe, interne) et formuler des remarques. Ce rapport peut également s'avérer utile pour les services de contrôle.

13.4. Relation avec la direction

La gestion journalière de l'institution, la responsabilité de la stratégie générale, la politique de qualité à l'échelle de l'institution et l'organisation du processus institutionnel sont du ressort de la direction de la MRS. La direction est responsable du Projet de vie (« opdrachtverklaring » en Flandre) qui doit être présente et très visible dans chaque institution. Cette déclaration publique décrit la philosophie de l'institution (vision, valeurs), les services et soins offerts et la manière dont les soins qualitatifs sont organisés pour les résidents, les collaborateurs, les visiteurs ... (objectifs).

Le MCC adhère au projet de vie (« opdrachtverklaring ») et il soutient, conseille et participe à son évaluation. Il peut intervenir en tant que médiateur vis-à-vis des autres médecins traitants. Il n'établit pas de diagnostic ni n'élabore de traitement dans le cadre de cette fonction.

13.5. Accord de coopération au niveau de l'institution

Comme mentionné plus haut (voir chapitre 4), le MCC signe un accord de coopération. Cet accord est rédigé par la direction et le MCC, en concertation avec le CMG ; sur ce point, il est recommandé de se baser sur le modèle de convention proposé par la Commission Nationale MCC – MRS (voir chapitre 4). Cet accord sera transmis au CMG.

Cet accord est soumis à la signature de chaque médecin traitant.

13.6. Accords portant sur différentes initiatives

Le MCC doit avoir la possibilité d'exercer sa fonction correctement et de prendre des initiatives, en collaboration ou en accord avec la direction et (les) l'infirmier(s) en chef, en vue de maintenir ou d'améliorer la qualité des soins.

Ces initiatives peuvent concerner :

- a. le respect des accords, procédures et consignes,
- b. les avis à la direction en cas de décisions/propositions de gestion ayant une incidence sur l'organisation des soins et sur leur qualité,
- c. la concertation avec l'équipe multidisciplinaire,
- d. la présence lors des nombreuses initiatives prises par l'institution, telles que les groupes de travail sur les soins palliatifs, l'hygiène, l'animation et le mouvement
- e. la collaboration avec l'hôpital avec lequel un accord fonctionnel existe et avec les autres hôpitaux de la région,
- f. la collaboration et la concertation avec le CMG local,
- g. la collaboration avec les réseaux transmuraux,
- h. la collaboration avec le pharmacien d'officine,
- i. la promotion de la qualité de la prestation de soins multidisciplinaire;
- j. la collaboration avec le conseil des résidents; le MCC peut être invité par le conseil des résidents.

Le MCC informe la direction au sujet des concertations et activités en lien avec ces différentes initiatives.

13.7. Rémunération

Les tâches mentionnées exigent une mobilisation accrue de la part du MCC. Par rapport à cet investissement en temps, il faut une rémunération correcte, qui ne peut porter atteinte à son autonomie.

L'institution rémunère le MCC, sur la base d'une intervention qui est ajoutée au forfait octroyé par patient et payé par la mutuelle (situation actuelle).

Un point de départ pour le financement pourrait être un financement de base de 4 heures par semaine, indépendamment de la taille de l'établissement. Ces 4 heures sont supposées couvrir l'activité pour les 50 premiers lits. Par tranche de 30 lits supplémentaires, 2h30 seraient ajoutées.

Au sein de la Commission des conventions, il y a lieu d'organiser une concertation avec les prestataires concernés, par exemple les organisations de MCC, pour éventuellement prévoir une rémunération à l'acte et/ou au forfait basée sur des tâches ou sur des modules, et ce dans le cadre de l'enveloppe budgétaire du secteur des maisons de repos.

Pour pouvoir réaliser sa mission le MCC reçoit les moyens nécessaires (équipements et espaces de travail). Ces coûts de fonctionnement sont à charge des moyens de fonctionnement de l'institution.

La rémunération afférente à sa fonction doit être versée au MCC dans son intégralité, aucun frais ne peut être porté à sa charge. Il est souligné que, dans ce cas, l'établissement doit également bénéficier d'un financement pour couvrir les frais de fonctionnement du MCC.

Quoi qu'il en soit, le MCC n'effectue pas de visite à caractère médical auprès de ses patients durant l'exercice de sa fonction.

14. Aptitudes, connaissances et formation

La compétence est la garantie de la fonction.

Le concept proposé suggère une évolution importante de la fonction et de la tâche du MCC dans les institutions MRS, l'intégrant toujours davantage dans le fonctionnement journalier. Le MCC tire son autorité morale de ses aptitudes, de ses connaissances, de ses expériences et de son savoir. La formation existante en médecine générale constitue une base ; une formation complémentaire spécifique est souhaitable. Il est recommandé qu'un module spécifique soit prévu dans le cadre de la formation des médecins généralistes.

Une formation supplémentaire aura indubitablement un impact positif sur la relation du MCC avec ses collègues médecins traitants.

Une formation de base d'au moins 24 heures est proposée, étalée sur deux ans et, ensuite, une formation complémentaire d'au moins 6 heures par an. Les 24 premières heures ne seraient pas reprises dans le cadre de l'accréditation des médecins généralistes. Les 6 heures de formations complémentaires pourraient par contre être prises en considération pour l'accréditation.

Le groupe de travail propose, sur la base de la proposition de l'Aframeco, le programme de formation suivant :

A. La formation de base, de d'au moins 24 heures, étalée sur 2 ans, comportant les 5 modules suivants (chaque module correspondant à environ 5 heures) :

- a) Hygiène : législation, implémentation, procédures, évaluation
- b) Soins palliatifs : législation, la culture palliative, la fin de vie, procédures, lutte contre la douleur
- c) Législation – obligations administratives : législation générale, financement des MRS, contrôles INAMI, Régions et Communautés, plateforme palliative, hôpitaux, SISD, SEL, formulaire thérapeutique.
- d) Particularités : médecine gériatrique (polypathologie, polymédication), démence (entourage), médecine communautaire, multidisciplinarité et interdisciplinarité, questions éthiques.
- e) Techniques de communication : relation avec les résidents et la famille, avec le personnel, les autorités, le médecin traitant. Gestion de conflit, techniques de réunion, rédaction de recommandations, utilisation de l'informatique.

B. La formation continuée de 6h/an :

- a) la prescription de médicaments aux personnes âgées
- b) la nutrition en MRS
- c) la Maladie d'Alzheimer, les autres formes de démence et les maladies dégénératives
- d) l'animation
- e) hygiène quotidienne
- f) escarres : prévention, traitement, enregistrement
- g) stratégie de contention, droits du patient
- h) traitement de la douleur
- i) décisions précoces
- j) euthanasie
- k) l'informatisation du dossier de patient
- l) politique de vaccination au sein de la MRS
- m) actualisation des "procédures"

Pour la formation du MCC, un cadre financier et logistique, fondé sur les suggestions de plusieurs organisations de MCC, est proposé pour les 4 prochaines années. Il reprend à côté d'une formation de base (24h), répartie sur 2 ans, une formation professionnelle continue (6h/an) et un soutien digital (e-learning) pour le recyclage permanent et l'information. Les coûts de fonctionnement des projets mentionnés plus haut sont estimés à 400.000 € maximum (à répartir sur 4 ans).

15. Soins multidisciplinaires– informatisation

Le groupe de travail estime que de nombreux efforts sont déjà fournis à l'heure actuelle pour améliorer la qualité des soins multidisciplinaires. Néanmoins, le chemin à parcourir est encore long.

Le groupe de travail demande que les moyens nécessaires soient mis à disposition pour améliorer la qualité des soins multidisciplinaires.

Le groupe de travail demande avec insistance d'accélérer le processus de l'informatisation de manière à créer des dossiers de soins électroniques (contenant idéalement un module pour la prescription électronique) dans tous les établissements MRS du pays.