

Rôle et missions du médecin coordinateur dans les maisons de repos et de soins

Doc	a121004
Date de publication	07/06/2008
Origine	NR
	Secret professionnel
	Continuité des soins
	Inami
Thèmes	Maisons de repos
	Médecin traitant
	Médecin coordinateur

Rôle et missions du médecin coordinateur dans les maisons de repos et de soins

Le Conseil national a participé à une réunion de concertation et a étudié les propositions formulées dans le rapport d'activités 2006-2007 du groupe de travail « Médecin coordinateur » de la commission des « Conventions Maisons de repos - Organismes assureurs ».

Avis du Conseil national :

Le Conseil national a discuté, en sa séance du 7 juin 2008, du rapport d'activités 2006-2007 du groupe de travail « Médecin coordinateur » de la commission des « Conventions Maisons de repos - Organismes assureurs ».

Le Conseil national souhaite formuler quelques remarques au sujet de plusieurs points de ce rapport.

1. Continuité des soins

Point 2. : « « Le groupe de travail constate qu'il s'agit d'une obligation de moyens et non d'une obligation de résultat. Ce n'est pas le médecin coordinateur qui est responsable si le médecin traitant n'assure pas son travail à l'intérieur de la maison de repos. Ensuite, le médecin coordinateur ne dispose d'autre autorité que de son autorité morale pour coordonner et organiser la continuité des soins médicaux.»

Remarques :

La continuité des soins est une obligation légale⁽¹⁾ et déontologique individuelle de chaque médecin. Chaque médecin généraliste a donc le devoir, quand il est absent ou injoignable, de se faire remplacer par un autre médecin généraliste étant donné que la qualification obligatoire est en l'occurrence nécessaire.

En outre, les cercles de médecins généralistes⁽²⁾ organisent le service de garde de population ; les médecins généralistes font par conséquent systématiquement appel à leur propre cercle de médecins généralistes pour les aider à assurer cette continuité

durant les week-ends et les jours fériés mais récemment aussi pour la permanence en semaine.

Le médecin coordinateur n'a dès lors aucune autre compétence légale ou déontologique que de respecter ces deux options : dans une maison de repos, la continuité est assurée, soit par un médecin généraliste individuel choisi par le médecin généraliste traitant, soit par le cercle de médecins généralistes.

En outre, le médecin coordinateur doit faire preuve d'une grande réserve⁽³⁾ s'il est question qu'il agisse comme médecin traitant à la demande de la maison de repos.

2. Lien « dossier médical » et « dossier de liaison » 4>

Point 3. : « Afin d'éviter les malentendus, il faut bannir l'expression « dossier médical » au profit de l'expression « fiche de liaison faisant partie du dossier de soins ». Ces fiches devraient être standardisées et, idéalement, informatisées. ...

Il serait souhaitable de définir, si pas le contenu, en tout cas la finalité précise de ces fiches (garantir une communication claire entre le médecin traitant et l'équipe soignante, et entre le médecin traitant et son remplaçant pouvant être appelé en cas d'urgence) ». (fin de citation)

Remarques :

Le Conseil national estime préférable de remplacer les termes « **dossier de liaison** » et « **fiche de liaison** » par « fiche de communication » afin d'éviter la confusion avec des notions relatives aux dossiers.

Dans une maison de repos et de soins, les soins médicaux sont dispensés, comme dans un domicile de substitution, dans un contexte pluridisciplinaire : « ce qui s'applique lors de l'admission, pour laquelle une évaluation pluridisciplinaire de nature médico-sociale est requise ; mais évidemment aussi dans la dispensation journalière des soins, tant médicaux qu'infirmiers, paramédicaux et/ou de kinésithérapie ».

Dans les soins à domicile, il existe déjà des « bulletins de communication » où tous les dispensateurs concernés peuvent noter leurs remarques dans le contexte de ces soins pluridisciplinaires au patient commun.

Le but final d'une « fiche de communication » au sein de la MRS est analogue : assurer la communication dans le cadre des soins pluridisciplinaires au résident de la MRS en tant que patient.

L'AR du 21 septembre 2004⁽⁴⁾ définit le « **dossier (de soins) individualisé** » : « celui-ci comporte les données sociales, médicales, paramédicales et infirmières du résidant. Ce dossier, qui peut comporter plusieurs parties, doit être présent en permanence au sein de l'institution. Il doit être accessible à toutes les personnes autorisées ».

Le « **dossier de soins** » comprend de facto toutes les « données médicales » qui - selon la norme déontologique - font normalement partie aussi d'un « **dossier médical** » « **séparé** » : « l'anamnèse, l'examen clinique à l'admission, le diagnostic, le traitement; l'évolution clinique et diagnostique, les médicaments prescrits ainsi que leur distribution ».

Bien qu'il n'y ait apparemment pas encore de définition officielle de la « **fiche de liaison** », il semble que l'intention soit d'en faire structurellement un élément à part entière du « **dossier (de soins)** » (tel que défini dans l'AR du 21 septembre 2004) ; donc un nouveau document, distinct du « dossier médical ». Le Conseil national estime que le dossier de soins se compose de parties séparées : le dossier médical, le dossier

infirmier et la fiche de communication.

L'accès à cette fiche de communication doit rester limité aux « personnes compétentes » : ce sont stricto sensu les dispensateurs de soins qui s'occupent du résident individuel. En principe, le médecin coordinateur n'a pas accès à la fiche de communication ni au dossier médical proprement dit, sauf, exceptionnellement, à la condition déontologique⁽⁵⁾ d'en faire la demande au médecin généraliste traitant qui l'agrée.

La fiche de communication est toutefois d'un intérêt accessoire pour la continuité des soins médicaux : il convient qu'aussi bien le médecin généraliste remplaçant que le médecin généraliste de garde se réfèrent au dossier médical auquel ils ont accès sans restriction en raison de leur qualification et de leur mission.

Le contenu de la fiche de communication - en particulier l'information médicale - est strictement limité à l'information utile et/ou nécessaire pour la dispensation des soins.

Le problème, en matière de secret professionnel, reste le caractère pluridisciplinaire de cette fiche de communication comportant un mélange d'informations apportées en fonction des diverses disciplines concernées. Il faut présupposer que tous les dispensateurs de soins sont en l'occurrence liés par un secret professionnel « partagé ».

Dans l'intérêt du patient, le médecin généraliste doit recourir en outre à la concertation pluridisciplinaire⁽⁶⁾.

3. Contact des médecins traitants avec l'institution

Point 9. « Les médecins coordinateurs estiment que le mode de désignation du médecin coordinateur par le gestionnaire doit être revu. Ils souhaitent qu'une discussion ait lieu entre les gestionnaires et les cercles de médecins généralistes locaux de manière à ce que les médecins coordinateurs qui sont désignés soient ceux qui jouissent de la confiance de leurs confrères et du gestionnaire. ».

Remarques :

Le Conseil national a déjà insisté auparavant pour que le cercle de médecins généralistes (et/ou les médecins généralistes du service de garde) ai(en)t voix au chapitre lors de la désignation du médecin coordinateur⁽⁷⁾ : le CN proposait dans son avis « que cette désignation résulte d'un consensus entre les médecins généralistes prestant dans l'établissement et son gestionnaire ».

Les missions du médecin coordinateur - en particulier les relations avec les médecins, la continuité des soins, la coordination de la politique des soins et la formation continue - peuvent difficilement être réalisées ou même ne peuvent l'être sans la contribution et la collaboration actives du cercle de médecins généralistes local.

Le Conseil national demande qu'il soit particulièrement porté attention à la **procédure de désignation** du médecin coordinateur, en tenant compte du cadre légal et des responsabilités respectives du cercle de médecins généralistes et du gestionnaire.

Le droit de nomination appartient aux établissements mais, dans le contexte défini de représentation légale des médecins généralistes locaux et d'intégration des missions du coordinateur - les cercles de médecins généralistes doivent obtenir et/ou conserver un droit de présentation du (des) candidat(s) coordinateur(s).

Il est nécessaire qu'une procédure de désignation adéquate soit élaborée sur la base d'un consensus entre les représentants des cercles de médecins généralistes et les gestionnaires de maisons de repos. Le Conseil national souhaite être tenu au courant

de la suite réservée à ces remarques.

1. 10 novembre 1967 - Arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, article 8, -§ 1.
2. 8 juillet 2002 - Arrêté royal fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes
3. Avis du Conseil national - 20.11.1999
4. 21 septembre 2004 - Arrêté royal fixant les normes pour l'agrément spécial comme maison de repos et de soins ou comme centre de soins de jour. Annexe 1 MRS point 3.b-c-d.
5. Avis du Conseil national - 16.09.2000 / 19.01.2002 / 19.10.2002
6. 22 août 2002. - Loi relative aux droits du patient. Article 4.
7. Avis du Conseil national - 16.09.2000 / 26.06.2004.