

Médecin coordinateur dans les MRS - Arrêté royal du 24 juin 1999

Doc	a090003
Date de publication	16/09/2000
Origine	NR
	Continuité des soins
	Médecin généraliste
	Libre choix du médecin
Thèmes	Maisons de repos
	Confraternité
	Médecin traitant

Médecin coordinateur dans les MRS - Arrêté royal du 24 juin 1999

Suite à une série de questions de médecins généralistes concernant le rôle du médecin coordinateur dans les MRS, le Conseil national expose, sur le plan déontologique, ses interrogations et propositions à propos de l'arrêté royal du 24 juin 1999 modifiant l'arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins, qui entrera en vigueur le 1er octobre 2000.

Le Conseil national adresse la lettre ci-dessous à madame M. AELVOET, ministre de la Protection de la consommation, de la Santé publique et de l'Environnement:

En sa séance du 16 septembre 2000, le Conseil national s'est penché sur des demandes formulées par des médecins généralistes à propos du rôle du médecin coordinateur dans les MRS

Au terme de sa réflexion, le Conseil national a estimé que la mise en pratique des arrêtés du 24 juin 1999 est susceptible d'engendrer de la part de médecins coordinateurs, des comportements en opposition avec les règles de la déontologie médicale.

En vue de dissiper toute ambiguïté, le Conseil national s'autorise par la présente, à vous exposer ses interrogations et diverses propositions à leur propos.

Il s'est d'abord posé la question de la désignation du médecin coordinateur. Ne doit-elle pas résulter d'un consensus entre les médecins généralistes prestant dans l'établissement et le gestionnaire de celui-ci ? Voire même, ne peut-il être choisi préférentiellement parmi les médecins participant au rôle de garde de l'entité où se situe la MRS ?

Semblable désignation renforce le rôle d'interface que le coordinateur est invité à jouer entre gestionnaires et médecins traitants. Elle facilite l'élaboration du règlement d'ordre intérieur, qui en sus des obligations légales prend en compte les pratiques

médicales spécifiques du lieu. Tel R.O.I. acquiesce plus aisément force contraignante pour les parties.

Abordant ensuite le problème des dossiers médicaux, le Conseil national tient d'abord à distinguer du DMG le dossier médical établi au sein de la MRS. Il estime que ce dernier doit adopter une structure issue d'une concertation entre coordinateur et traitants. Il importe qu'il ne soit pas confondu avec le dossier infirmier ou d'autres registres de soins. Doit y figurer tous les éléments actualisés utiles et nécessaires à permettre la continuité dans les soins.

Si sa teneur incombe au seul médecin traitant qui en devient ainsi responsable, la garantie de conformité avec la structure consensuelle revient au coordinateur sans que cette tâche lui confère un droit d'ingérence.

Le Conseil national tient, si besoin, à rappeler le caractère absolu du libre choix par le patient, de son médecin traitant; lequel choix ne doit être influencé ni par le gestionnaire, ni par le personnel de soins ni par le coordinateur. Dans cette optique, il semble souhaitable que le gestionnaire ou le personnel ne recourt tantôt systématiquement tantôt fréquemment à ce médecin pour assurer les soins aux résidents.

De son côté, le coordinateur s'interdit d'intervenir, sauf en cas de réelle urgence ou d'indisponibilité soit du médecin traitant soit de son remplaçant, dans la dispensation de soins à des patients dont il n'est pas le titulaire. Si cette éventualité se produit, contact sera pris dans tous les cas par le coordinateur avec le traitant du patient.

Dans l'éventualité où soit un nouveau résident soit la famille le choisissent comme médecin traitant au sein de la MRS, il veillera à prendre contact rapide avec le praticien qui assurait les soins avant l'admission afin d'optimiser la continuité de ceux-ci par la communication des informations et le transfert du dossier.

Il peut aussi survenir une volonté de changement de la part d'un résident qui choisit librement le coordinateur comme médecin traitant : dans cette hypothèse, le résident ou sa famille sont invités à en informer le praticien précédent par écrit.

Le Conseil national estime qu'en effet, il est pertinent que le coordinateur conserve une activité médicale dans l'établissement, dans les limites ci-dessus précitées.

Relève aussi de la concertation entre les praticiens intervenants dans la MRS et son coordinateur, l'élaboration d'un formulaire thérapeutique qui prend en compte les traitements antérieurs à l'admission ainsi que l'article 36 du Code de déontologie médicale .

Art. 36 du Code de déontologie médicale

Le médecin jouit de la liberté diagnostique et thérapeutique.

- a) Il s'interdira cependant de prescrire inutilement des examens ou des traitements onéreux ou d'exécuter des prestations superflues.
- b) Il s'interdira aussi de prescrire des traitements ou médicaments à la seule demande du patient, sans que l'état de ce dernier ne le justifie médicalement.
- c) Il veillera à prescrire des médicaments sous une forme et en quantité adéquates pour éviter la surconsommation et le surdosage.
- d) Lorsqu'un malade, dûment informé et consentant, accepte de participer à une investigation scientifique, cette dernière ne peut pas le priver des traitements reconnus que son état nécessite.

Si le malade refuse l'investigation scientifique ou se retire de celle-ci, le médecin a le

devoir de continuer à lui prodiguer les meilleurs soins.