

---

# *MEDECIN COORDINATEUR EN MRS*

## *Situation législative*

### *---Lucien DELVECCHIO---*

---

<b>1. Contexte MRS</b>	<b>2</b>
1.1. La loi sur les hôpitaux	2
1.2. Les protocoles d'accord intergouvernementaux	2
<b>2. Normes MRS</b>	<b>6</b>
2.1. Missions du médecin coordinateur	6
2.2. ROI de l'activité médicale	6
2.3. Autres obligations de l'établissement	7
Le médecin coordinateur est concerné directement	7
Le médecin coordinateur n'est pas directement concerné	7
Normes de qualité	8
<b>3. Financement des Soins</b>	<b>8</b>
3.1. Le Forfait	8
3.2. Le Médecin coordinateur dans le financement des soins	9
Partie C : financement de la fonction palliative	9
Partie E3 : financement d'un référent dément	9
Partie F : Financement du médecin coordinateur	9
Partie H : Financement de la formation démence	9
<b>4. Conclusions : Le MCC est-il rémunéré à sa juste valeur ?</b>	<b>10</b>

## 1. Contexte MRS

---

### 1.1. La loi sur les hôpitaux

---

Loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 (MB, 11/07/2008) - TITRE V. — Soins aux personnes âgées et aux malades chroniques

Depuis 1978, une agrégation spéciale peut être accordée aux maisons de repos agréées pour personnes âgées, pour la dispensation d'un ensemble de soins permettant de raccourcir le séjour en hôpital ou de l'éviter. (Y sont Assimilés : les hôpitaux et parties d'hôpitaux formant une unité architecturale distincte, qui sont convertis en services résidentiels pour l'hébergement de personnes nécessitant la dispensation de soins visée à l'alinéa précédent.)

Ces lits sont intégrés aux maisons de repos pour personnes âgées par requalification des lits. Autrement dit, un lit MRPA est requalifié en lit MRS signifie que la capacité totale de l'établissement reste inchangée.

Jusqu'au 31/12/1997, l'agrégation spéciale relative à un nombre de lits de soins ne pouvait être accordée que si elle allait de pair avec une réduction équivalente de lits hospitaliers dans des services hospitaliers désaffectés.

### 1.2. Les protocoles d'accord intergouvernementaux

---

Les protocoles d'accord intergouvernementaux représentent la programmation générale des lits MRS pour le pays. Les Pouvoirs ayant l'agrément dans leur compétence (RW, CG, CFI, COCOM, COCOF, COCON) conviennent, avec l'Etat Fédéral, d'une programmation des lits MRS.

Autrement dit, il convenait d'assurer à long terme un financement équilibré de la Sécurité sociale pour le secteur d'hébergement des personnes âgées. L'agrément des institutions, par les Communautés et Régions avaient un impact direct sur le budget de la sécurité sociale. (Voir financement des soins). Un accord, avec l'Etat Fédéral a permis une programmation générale.

#### a) Protocole n°1 – 9 juin 1997 – (Programmation)

Le premier protocole d'accord (1/1/1998 - 1/1/2002) concernait donc essentiellement la reconversion de 25 000 lits de maisons de repos (MRPA) en lits de maisons de repos et de soins (MRS). Il prévoyait également une marge de programmation et un financement pour les centres de soins de jour à partir du 1/1/2000.

#### b) Protocole n°2 - 1er janvier 2003 (Règles d'Equivalence - structures de soins)

A partir de 2003, les accords s'orientent vers la diversification des structures selon le choix des Communautés et Régions en fonction de l'augmentation démographique et en fonction de la demande particulières de structures d'hébergement. (Court-séjour, MRS, Centre de Soins de Jour par exemple).

Un « étalon » sera choisi pour permettre la diversification recherchée. Pour chaque extension d'une unité " d'équivalents MRS ", les règles d'équivalence suivantes peuvent être appliquées :

1 EQUIVALENT MRS donne droit à

L'Ouverture de nouveau lit MRS	1,00 MRS
La reconversion de lits de MRPA existants	2,61 MRPA
L'ouverture de places de court-séjour	3,21 CS
L'ouverture de places en Maison de soins psychiatriques	0,89 MSP
L'ouverture de places de centre de soins de jour	2,06 CSJ

Le protocole d'accord n° 2 (2003) permettait aux Régions et aux Communautés, outre la reconversion des MRPA en MRS, d'investir sur base volontaire des moyens dans des alternatives d'accueil en support aux soins à domicile.

c) Protocole n°3 - 13 juin 2005 (développement des formes alternatives de soins)

Le protocole n° 3 (1/10/2005 - 1/10/2010) encourage donc à aller plus loin dans le développement des formes alternatives de soins et de soutien aux soins. Les Communautés et les Régions doivent, durant la période couverte par le protocole d'accord n° 3, affecter 20 % des moyens disponibles à la création de formes alternatives de soins et de soutien aux soins.

Il s'agit soit de formes déjà existantes et de nouvelles formes se développant : centres de soins de jour, court-séjour, accueil de nuit, etc. soit de soutenir les personnes dans les soins qu'elles se prodiguent ainsi que de soutenir les soins prodigués par l'entourage et qui ne sont pas repris dans la nomenclature des soins de santé ou qui sont effectués par des services agréés de soins à domicile, des services intégrés de soins à domicile ou des accords de collaboration entre un ou plusieurs de ces services entre eux avec des établissements résidentiels, ou avec des services d'aide à domicile.

d) Situation fin 2012

Compte tenu du moratoire initial portant sur les maisons de repos et maisons de repos et de soins et des élargissements au cours du temps, les nouvelles données de référence pour le moratoire applicable jusqu'au 31 décembre 2012 sont les suivantes :

1 Equivalent MRS (valeur 2005 indexée)	Donne droit à l'ouverture de	0,90	Lits MRS (valeur actuelle)
		1,63	Lits de CS
		1,38	Places de CSJ
		0,73	Place de centre de soins de jour palliatif
		3,05	Lits MRS
	Donne droit à la reconversion de	2,72	Lits MRPA en lits MRS
		3,48	Lits MRPA en lits de CS
		2,51	Lits MRPA en places de CSJ
		1,56	Places de CSJ en places de Centre de soins de jour palliatif

Règles d'Equivalence applicables au solde d'Equivalents MRS non-utilisés

Le nombre de lits, en 2012, se trouve sur le tableau ci-dessous.

last update :  
21/07/2012

<b>Lits MRPA agréés / Erkende ROB bedden</b>					
	<b>Wallonie</b>	<b>Vlaanderen</b>	<b>DG</b>	<b>Bruxelles Brussel</b>	<b>Total Totaal</b>
MRPA	26.522	26.598	284	9.214	<b>62.618</b>
MRS	20.170	41.975	444	5.788	<b>68.377</b>
CS	761	1.445	14	12	<b>2.232</b>
Cc	65	80	0	10	<b>155</b>
CSJ	275	1.526	21	170	<b>1.992</b>
	47.793	71.624	763	15.194	135.374

last update :  
21/07/2012

<b>Lits MRPA agréés / Erkende ROB bedden</b>					
	<b>Wallonie</b>	<b>Vlaanderen</b>	<b>DG</b>	<b>Bruxelles Brussel</b>	<b>Total Totaal</b>
MRPA	55,49%	37,14%	37,22%	60,64%	<b>46,26%</b>
MRS	42,20%	58,60%	58,19%	38,09%	<b>50,51%</b>
CS	1,59%	2,02%	1,83%	0,08%	<b>1,65%</b>
Cc	0,14%	0,11%	0,00%	0,07%	<b>0,11%</b>
CSJ	0,58%	2,13%	2,75%	1,12%	<b>1,47%</b>
	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>	<b>100,00%</b>

On constate qu'il existe plus de 50% de lits MRS en 2012.

La proportion des lits MRS en Wallonie et en Flandres est très significative.

	Wallonie			Vlaanderen		
	CPAS/OCMW	Privé ASBL Privé VZW	Privé comm. Privé comm.	CPAS/OCMW	Privé ASBL Privé VZW	Privé comm. Privé comm.
MRPA	5.938	5.220	15.364	9.483	12.228	4.887
MRS	7.106	5.596	7.468	14.045	22.666	5.264
CS	69	277	415	358	1.029	58
Cc	35	25	5	10	70	0
CSJ	128	85	62	421	1.074	31
	13.276	11.203	23.314	24.317	37.067	10.240
	<b>47.793</b>			<b>71.624</b>		

	Wallonie			Vlaanderen		
	CPAS/OCMW	Privé ASBL Privé VZW	Privé comm. Privé comm.	CPAS/OCMW	Privé ASBL Privé VZW	Privé comm. Privé comm.
MRPA	44,73%	46,59%	65,90%	39,00%	32,99%	47,72%
MRS	53,53%	49,95%	32,03%	57,76%	61,15%	51,41%
CS	0,52%	2,47%	1,78%	1,47%	2,78%	0,57%
Cc	0,26%	0,22%	0,02%	0,04%	0,19%	0,00%
CSJ	0,96%	0,76%	0,27%	1,73%	2,90%	0,30%
	1	1	1	1	1	1

	Deutsch. Gemeinschaft			Bruxelles / Brussel			Total Totaal
	CPAS/OCMW	Privé ASBL Privé VZW	Privé comm. Privé comm.	CPAS/OCMW	Privé ASBL Privé VZW	Privé comm. Privé comm.	
MRPA	94	79	111	1.897	922	6.395	MRPA <b>47.182</b>
MRS	235	85	124	1.825	1.140	2.823	MRS <b>55.039</b>
CS	10	0	4	0	0	12	CS <b>2.137</b>
Cc	0	0	0	5	0	5	Cc <b>110</b>
CSJ	12	4	5	55	55	60	CSJ <b>1.673</b>
	351	168	244	3.782	2.117	9.295	106.141
	<b>763</b>			<b>15.194</b>			

	Deutsch. Gemeinschaft			Bruxelles / Brussel			Total Totaal
	CPAS/OCMW	Privé ASBL Privé VZW	Privé comm. Privé comm.	CPAS/OCMW	Privé ASBL Privé VZW	Privé comm. Privé comm.	
MRPA	26,78%	47,02%	45,49%	50,16%	43,55%	68,80%	MRPA <b>44,45%</b>
MRS	66,95%	50,60%	50,82%	48,25%	53,85%	30,37%	MRS <b>51,85%</b>
CS	2,85%	0,00%	1,64%	0,00%	0,00%	0,13%	CS <b>2,01%</b>
Cc	0,00%	0,00%	0,00%	0,13%	0,00%	0,05%	Cc <b>0,10%</b>
CSJ	3,42%	2,38%	2,05%	1,45%	2,60%	0,65%	CSJ <b>1,58%</b>
	1	1	1	1	1	1	1

## 2. Normes MRS

---

Pour être agréée, les MRS doivent respecter des normes.

Un Médecin coordinateur et conseiller (MCC) est désigné par l'Etablissement.

Il sera, de préférence, généraliste et de préférence avoir suivi une formation complémentaire en gériatrie et gérontologie.

### 2.1. Missions du médecin coordinateur

---

#### Missions Particulières

- Relation avec corps médical
- Réunions de concertations avec les médecins traitants (intervalle régulier / individuelles et collectives)
- Continuité des soins médicaux (coordination et organisation)
- Dossiers médicaux (Coordination / composition et tenue par méd. Tr.)
- Affections « collectives » constituant un danger pour résidents ou personnel (coordination des activités médicales)
- Politique de soins : coordination avec les autres méd. Tr. (pour médicaments = formulaire pharmaceutique – rédaction et utilisation)

#### Formation et recyclage

- Recyclage pour médecins traitants (organiser)
- Formation du personnel de soins (collaboration à l'organisation des activités)
- Hygiène général de l'établissement (collaborer au développement)
- Formation du personnel de soins en soins palliatifs

#### Missions générale

Engagement dans l'organisation médicale interne de l'établissement.

### 2.2. ROI de l'activité médicale

---

Tous les médecins traitants s'engagent (par écrit) à respecter le Règlement d'ordre intérieur de l'activité médicale.

Ce Règlement impose aux médecins traitants :

- 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.

La gestion de ce ROI avec les médecins traitants est de la compétence du médecin-coordonateur.  
(Dans sa mission de concertation avec ses confrères)

### 2.3. Autres obligations de l'établissement

#### Le médecin coordinateur est concerné directement

##### **a) Hygiène dans l'établissement :**

Procédures écrites pour le lavage hygiénique des mains (+ produits et matériel)

Isolement des résidents atteints d'une infection présentant des risques de contamination.  
(Protection du personnel et des autres résidents)

##### **b) Soutien aux personnes en phase terminale :**

**Le médecin coordinateur** et conseiller et le ou les infirmier(s) en chef sont chargés :

- D'instaurer une culture des soins palliatifs (+ sensibilisation du personnel)
- De formuler des avis en matière de soins palliatifs (au personnel de soins)
- De la mise à jour des connaissances des membres du personnel de soins en matière de soins palliatifs.

##### **c) Evaluation des soins**

De manière systématique : la qualité et l'efficacité des soins administrés aux résidents.

Par exemple enregistrer :

- les escarres,
- les infections nosocomiales,
- les chutes
- le nombre de personnes incontinentes.

#### Le médecin coordinateur n'est pas directement concerné

##### **a) Dossier de soins individuel (autre que dossier médical)**

Comporte

- les données sociales, médicales, paramédicales et infirmières.
- les données d'identification du résident;
- la personne à contacter;
- l'anamnèse;
- l'examen clinique à l'admission;
- Un protocole d'évaluation multidisciplinaire et un rapport sur l'état de santé de l'intéressé;
- le plan de soins, de revalidation et d'assistance dans les actes de la vie journalière, établi par les praticiens de l'art infirmier. Ce plan doit être évalué et adapté selon l'évolution de l'état du résident;
- le diagnostic;
- le traitement;

- l'évolution clinique et diagnostique;
- les médicaments prescrits ainsi que leur distribution.

## Normes de qualité

---

L'établissement doit développer une politique de qualité qui aura pour objet de déterminer, d'organiser, d'évaluer et d'améliorer, de manière systématique, la qualité des soins et des services ainsi que son fonctionnement.

Elle portera au moins sur les points suivants :

- la dispensation de soins et de services garantissant le respect de la dignité humaine, de la personne, de la vie privée, des convictions idéologiques, philosophiques et religieuses, le droit de plainte, l'information et la participation de l'utilisateur, compte tenu également du contexte social de l'utilisateur;
- l'efficacité et l'efficience des soins et services dispensés ainsi que du fonctionnement;
- la continuité des soins et services dispensés ainsi que du fonctionnement.

Chaque maison de repos et de soins doit disposer d'un programme relatif à la qualité.  
Ce programme précise au minimum la politique de la qualité.

## 3. Financement des Soins

---

### 3.1. Le Forfait

---

La MRPA-MRS-CS est un prestataire de soins. A ce titre elle emploie d'autres prestataires de soins afin de mener bien sa mission.

L'établissement facture un forfait journalier aux Organismes Assureurs Qui a pour but de financer le personnel exigé par des normes.

Plusieurs parties sont calculées :

- PARTIE A1 Financement du personnel Normé
- PARTIE A2 Financement du personnel excédentaire
- PARTIE B1, Financement du matériel de soins
- PARTIE B2 Financement produits maladies nosocomiales
- PARTIE C Financement formation fonction palliative
- PARTIE D Financement du coût de l'administration
- PARTIE E 1 Financement complément fonctionnel INF CHEF MRS
- PARTIE E 2 Financement complément fonctionnel INF CHEF >17ans ancienneté
- PARTIE E 3 Financement référent DEMENCE
- PARTIE E 4 Financement supplément pour titre ou qualification infirmier( e) gériatrique
- PARTIE F Financement médecin coordinateur
- PARTIE G Financement supplémentaire court séjour
- PARTIE H Financement formation démence

## 3.2. Le Médecin coordinateur dans le financement des soins

---

### Partie C : financement de la fonction palliative

---

Intervention destinée à la sensibilisation du personnel aux soins palliatifs  
Soumise à conditions (MRS ou 25 Cas lourds ET 40 % des lits agréés en cas lourds pour la PR)  
Sert à financer la formation du personnel (heures de travail) - (0,27 € - pour B et C)  
Heures totales de formation : nombre de cas lourds au 30 juin.  
Formation du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août de l'année suivante.  
Dispensée par des personnes hautement qualifiées dans le domaine.

Conditions :

- déclaration d'intention (politique de l'institution en matière de SP)
- désigner un responsable de l'organisation des soins palliatifs  
(MRS : Méd. Coordinateur ou Inf. chef - MRPA : praticiens art infirmier ou autre avec expérience)

### Partie E3 : financement d'un référent dément

---

Soumis à condition : au moins 25 Cd en moyenne PR  
Conditions du référent : formation spécifique (60h)  
Personnel référent pour la démence  
Rôle : avis, conseils, érudit législatif, politique de qualité...

Mission complémentaire : Création d'un réseau  
(Centre d'expertise démence, hôpital de jour gériatrique, personnes référentes démence...)  
Assurer une fonction de liaison avec ces réseaux et le médecin coordinateur

### Partie F : Financement du médecin coordinateur

---

$[(0,57 \text{ euro} \times \text{nombre de bénéficiaires en MRS}) / \text{nombre total de bénéficiaires}]$

Lié à l'institution par contrat d'entreprise. (Transmis à l'INAMI)  
Prestations : 2h20' par semaine pour 30 bénéficiaires (MRS).

### Partie H : Financement de la formation démence

---

Intervention destinée à la sensibilisation du personnel à la démence.  
Soumise à conditions (MRS ou 15 Cd en moyenne PR)  
Sert à financer la formation du personnel (heures de travail) - (0,27 € - pour Cd)  
Heures totales de formation : nombre de Cd au 30 juin.  
Formation du 1<sup>er</sup> juillet au 31 août de l'année suivante.  
Dispensée par des personnes hautement qualifiées dans le domaine.

Conditions :

- déclaration d'intention (politique de l'institution en matière de démence)
- désigner un responsable de la problématique de la démence (MRS : Méd. Coord. Ou Inf. chef et dans les MRPA : praticiens art infirmier ou autre avec expérience)

#### **4. Conclusions : Le MCC est-il rémunéré à sa juste valeur ?**

Les missions et rôles du Médecin Coordinateur sont multiples. Est-il bien payé ?

En macro-économie...

Pour 30 résidents MRS, le médecin coordinateur est tenu de prester 2h20 par semaine.

Pour les 55.039 lits actuels, cela représente 4280 heures par semaine de travail (soit, 112,65 ETP pour toute la Belgique).

Pour 1 résident MRS, le médecin coordinateur est payé 0,57 € par jour.

Pour 55.039 résidents, cela représente 31.372,23 € par jour et 954.343, 24 € par mois.

1 ETP est donc payé, en moyenne, 8.471,75 € par mois.

A vous de juger...

Merci pour votre attention.