

SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE, SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE ET ENVIRONNEMENT [C - 2014/24114]

**9 MARS 2014. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 21 septembre 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**

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et d'autres établissements de soins, l'article 170 ;

Vu l'arrêté royal du 21 septembre 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 ;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, donné le 9 février 2012 ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 9 décembre 2013 ;

Vu l'accord du Ministre du Budget donné le 20 décembre 2013 ;

Vu l'avis 55.015/2 du Conseil d'Etat, donné le 5 février 2014, en application de l'article 84, § 1<sup>er</sup>, alinéa premier, 2° sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973,

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Nous avons arrêté et arrêtons :

**Article 1<sup>er</sup>.** Dans l'article 6*bis* de l'arrêté royal du 21 septembre 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, inséré par l'arrêté royal du 4 juin 2008, la deuxième phrase du premier alinéa est remplacée comme suit : "Pour la partie de l'établissement concernée par l'agrément spécial visé, la maison de repos et de soins doit satisfaire aux normes visées à l'annexe 1, à l'exception des normes fixées aux points A, 1 et 2, B, 1, j), B, 2, d), B, 3, a), (2) et B, 10, c)".

**Art. 2.** Dans l'article N1 - Annexe 1<sup>re</sup> 3Maisons de repos et de soins3, A. 3Normes générales3 du même arrêté, la disposition sous 1.*b*) est remplacée comme suit : "*b*) qu'une évaluation médico-sociale pluridisciplinaire, dont le contenu et les modalités sont définis par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, doit démontrer que toutes les possibilités de soins à domicile ont été explorées et que, par conséquent, l'admission dans une maison de repos et de soins est requise.

Un mois après l'admission dans la maison de repos et de soins, le médecin traitant et l'équipe pluridisciplinaire procèdent à l'actualisation de cette évaluation."

**Art. 3.** Dans l'article N1 - Annexe 1 3Maisons de repos et de soins3, B. 3Normes spécifiques3, 1. 3Normes architecturales3 du même arrêté, modifiée par l'arrêté royal du 7 juin 2009, une disposition est ajoutée sous *t*), libellée comme suit : "*t*) le médecin coordinateur et conseiller et le ou les infirmier(s)/ère(s) en chef d'un lieu de travail et de l'équipement ICT dont ils ont besoin pour exercer correctement leur fonction."

**Art. 4.** Dans l'article N1 - Annexe 1<sup>re</sup> 3Maisons de repos et de soins3, B. 3Normes spécifiques3 du même arrêté, le point 3. 3Normes d'organisation3, modifié par l'arrêté royal du 7 juin 2009, est remplacé par la disposition suivante :

"3. Normes d'organisation.

- a) Pour chaque résident, un dossier individuel est constitué lors de l'admission qui est conservé dans l'établissement. Le directeur établit une liste des personnes qui ont accès au dossier individuel des résidents dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée.

Le dossier individuel du résident comprend son dossier administratif et son dossier de soins.

(1) Le dossier administratif du résident contient au moins les données suivantes :

- (a) l'identité du résident ;
- (b) les informations relatives à sa situation de sécurité sociale ;
- (c) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne de contact et, le cas échéant, du représentant du résident ;
- (d) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant, ainsi que les dispositions à prendre en cas d'absence de celui-ci;
- (e) le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du pharmacien, si le résident fait appel à un pharmacien avec lequel l'établissement n'a conclu aucun contrat de collaboration.

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

(a) le dossier médical établi par le médecin traitant ;

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

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

– l'anamnèse et l'historique de vie du résident ;

– l'examen clinique à l'admission et au cours du séjour ;

– le diagnostic ;

– le plan de soins, incluant les médicaments prescrits, les soins requis, l'assistance pour les actes de la vie quotidienne et les éventuelles mesures de contention ou d'isolement ;

– l'évolution clinique et le diagnostic ;

– le cas échéant, les souhaits exprimés en matière de soins futurs, visés au point 10, g).

b) Pour organiser le mieux possible le transport d'un résident d'un service hospitalier vers une maison de repos et de soins et vice-versa, une procédure écrite sera définie entre les hôpitaux concernés et la maison de repos et de soins, afin que ceux-ci disposent sans tarder de toutes les informations nécessaires pour assurer la continuité des soins, en particulier la fiche de liaison visée au point (b).

c) La norme de personnel doit s'élever, par 30 résidents, à :

– au moins 5 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, dont un infirmier en chef ; au-delà des 30 premiers résidents, un infirmier en chef supplémentaire est obligatoire lorsque l'établissement dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de 30 résidents ;

– au moins 5 équivalents temps plein personnel soignant ou aides-soignants, dont au minimum 95 % d'aides-soignants ; à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2015, seuls les aides-soignants entrent en considération ;

– 1 équivalent temps plein kinésithérapeute et/ou ergothérapeute et/ou logopède, étant entendu que les deux premières disciplines sont dans tous les cas suffisamment représentées au sein de l'établissement et qu'il s'agit de personnel salarié ou nommé à titre définitif ; la logopédie est offerte en fonction des besoins des résidents ;

– 0.10 membre du personnel de réactivation compétent en matière de soins palliatifs pour le soutien aux soins des patients en phase terminale et disposant d'une des qualifications suivantes : graduat ou licence ou master en kinésithérapie, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie, graduat ou baccalauréat en ergothérapie, graduat ou baccalauréat en thérapie du travail, graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation, graduat ou baccalauréat en diététique, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie, graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité, licencié ou master en psychologie, graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés, graduat ou baccalauréat d'assistant social ou de « sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg » ou d'infirmier(ère) social(e) ou d'"infirmière spécialisée en santé communautaire", graduat ou baccalauréat en sciences familiales, licence ou master en gérontologie, graduat ou baccalauréat d'éducateur ;

– un équivalent temps plein praticien de l'art infirmier peut être remplacé, au prorata de maximum 1 équivalent temps plein par 30 résidents, et pour autant que la permanence visée au f) soit respectée, par une personne disposant de préférence d'une des qualifications suivantes : graduat ou baccalauréat ou licence ou master en kinésithérapie, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie, graduat ou baccalauréat en ergothérapie, graduat ou baccalauréat en thérapie du travail, graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation, graduat ou baccalauréat en diététique, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie, licence ou master en psychomotricité, licence ou master en psychologie, graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés, graduat ou baccalauréat d'assistant social, de « sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg », d'infirmier(ère) social(e) ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire, graduat ou baccalauréat en sciences familiales, licence ou master en gérontologie, graduat ou baccalauréat d'éducateur ou, à défaut, par du personnel soignant dont le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer le minimum de formation requis.

d) Lorsque la maison de repos et de soins compte plus de 75 lits, l'un des infirmiers en chef doit être délégué comme infirmier en chef coordinateur, dont la fonction et le minimum de formation requis sont fixés par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

e) Le ou les infirmier(s) en chef doit remplir les missions suivantes :

– assurer la gestion journalière du personnel infirmier et du personnel soignant ;

– coordonner le travail pluridisciplinaire du personnel infirmier et paramédical, du personnel de réactivation, des kinésithérapeutes et de aides-soignants ;

– organiser l'admission des nouveaux résidents, notamment par la collecte d'autant de données que possible sur leur état de santé et leur situation médico-sociale ;

– veiller à l'actualisation du dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial du résident ;

– en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions relatives à une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger ;

— en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions quant à la manière dont il convient de traiter les patients souffrant de démence dans la maison de repos et de soins, notamment en ce qui concerne l'approche non médicamenteuse, le cas échéant en collaboration avec la personne de référence « démence » ;  
— assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction.

- f) Un praticien de l'art infirmier est présent dans l'établissement de jour comme de nuit.
- g) Le ou les infirmier(s) en chef ou l'infirmier en chef coordinateur veillent à ce que les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et logopédie repris dans le plan de soins soient rencontrés aussi rapidement que possible, étant entendu qu'au moins une des disciplines susmentionnées est offerte dans l'établissement pendant les heures normales de travail.
- h) (1) Dans chaque maison de repos et de soins, le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller qui est un médecin généraliste et qui, au plus tard deux ans après sa désignation, est porteur d'un certificat obtenu après avoir suivi un cycle de formation spécifique donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller.

Le certificat donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller peut être obtenu après avoir suivi avec fruit un cycle de formation d'au moins 24 heures étalées sur un maximum de deux ans, et qui a été agréé par le SPF Santé publique.

Ce cycle de formation comprend au minimum les éléments suivants :

- réglementations fédérales relatives aux maisons de repos et de soins ;
- rôle des Régions et Communautés en matière de programmation et d'agrément ;
- spécificités de la médecine gériatrique ;
- prévention des infections et gestion de l'antibiothérapie ;
- techniques de communication.

Dans les maisons de repos et de soins établies sur plusieurs sites ou dont l'importance nécessite l'activité de plusieurs médecins coordinateurs et conseillers, l'un des médecins coordinateurs et conseillers est désigné comme médecin coordinateur et conseiller dirigeant. Le cas échéant, une concertation est organisée régulièrement entre les médecins coordinateurs et conseillers. La répartition des tâches entre les différents médecins coordinateurs et conseillers est fixée par écrit.

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

(a) Tâches liées aux soins :

- organiser la concertation pluridisciplinaire qui a lieu au moins tous les deux mois ; les prestataires de soins attachés à l'établissement y participent et les médecins traitants y sont invités ;
- mettre en place des politiques concernant la maîtrise des infections liées aux soins, la prévention des escarres et plaies chroniques, les soins bucco-dentaires, la problématique d'incontinence et les soins palliatifs ;
- définir les procédures en matière de contention et/ou d'isolement ;
- coordonner l'activité médicale en cas de risque pour la santé des résidents et du personnel ;
- organiser la prescription, la fourniture, la délivrance, la conservation et la distribution de médicaments en concertation avec les pharmaciens ;
- établir et actualiser chaque année le formulaire médico-pharmaceutique.

(b) Formation et formation permanente :

- participer à l'organisation des activités relatives à la formation et à la formation permanente dans le domaine des soins de santé pour le personnel de la maison de repos et de soins, et pour les médecins traitants concernés.

(3) Le médecin coordinateur et conseiller assiste, en collaboration avec le ou les infirmier(s) en chef, la direction de la maison de repos et de soins notamment dans les matières suivantes :

- adaptation des locaux, extension et diversification des activités et achat de matériel ;
- programme de qualité visé au point 10, b) ;
- relations avec les médecins traitants et avec le cercle de médecins généralistes du territoire où la maison de repos et de soins est établie.

(4) La désignation du médecin coordinateur et conseiller s'opère de la manière suivante :

(a) Lorsqu'une fonction de médecin coordinateur et conseiller est vacante, la direction de la maison de repos et de soins en avertit sans délai le cercle de médecins généralistes du territoire où la maison de repos et de soins est établie, de même que les médecins généralistes qui y soignent les résidents.

(b) Les candidats disposent d'un délai d'au moins trente jours pour introduire leur candidature.

(c) Dans les trente jours suivant la désignation par le gestionnaire, le directeur de la maison de repos et de soins en avertit le cercle de médecins généralistes concerné, les services d'inspection compétents, les résidents, les membres du personnel et le médecin en chef du ou des hôpitaux avec lesquels la maison de repos et de soins a un lien fonctionnel.

(d) Au moins 75 % des prestations du médecin coordinateur et conseiller doivent être accomplies au sein de la maison de repos et de soins. Pendant ses heures de prestations, il n'est pas autorisé à remplir la fonction de médecin traitant.

(5) Si le médecin coordinateur et conseiller est absent plus de trente jours, la direction de la maison de repos et de soins, après concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, engage un médecin généraliste en remplacement et en informe le cercle local de médecins généralistes.

(6) Pour conserver sa qualification de médecin coordinateur et conseiller, le médecin concerné doit suivre chaque année au moins 6 heures de formation permanente abordant au moins l'un des thèmes cités ci-après :

- la prescription de médicaments ;
- la maladie d'Alzheimer et les autres formes de démence ;
- la nutrition ;
- l'animation ;
- l'hygiène ;
- la prévention et le traitement des escarres ;
- les aspects éthiques de la fin de vie ;
- la continence ;
- l'évolution des réglementations.

i) Le libre choix par le résident du médecin traitant et de l'hôpital lorsque cela est nécessaire, doit être respecté et ne peut être influencé d'aucune façon. Lorsqu'un résident n'a pas de médecin généraliste au moment de son admission ou si son généraliste renonce à poursuivre les soins à son patient, une liste actualisée des médecins généralistes disponibles doit être remise au résident. La direction de la maison de repos et de soins établit également un règlement comprenant des règles applicables le cas échéant. Ce règlement est soumis pour approbation au(x) cercle(s) de médecins généralistes du territoire où la maison de repos et de soins est établie.

j) La maison de repos et de soins dispose d'un règlement général de l'activité médicale définissant les droits et obligations des médecins traitants qui y sont actifs. Ce règlement est remis à chaque médecin traitant qui, par sa signature, s'engage à collaborer aussi efficacement que possible à l'organisation médicale et aux soins médicaux de la maison de repos et de soins. Le règlement général de l'activité médicale définit au minimum les points suivants :

- l'engagement des médecins généralistes de participer à une politique médicale cohérente au sein de la maison de repos et de soins, notamment en matière de prescription de médicaments, de dispensation de soins de qualité, de concertation pluridisciplinaire et de concertation avec le médecin coordinateur et conseiller ;
- le respect des règles définies par le cercle de médecins généralistes compétent pour désigner un généraliste lorsque le résident n'en a pas ;
- les heures normales d'ouverture et de visite (sauf en cas d'urgence) ;
- les contacts avec la famille et les proches ;
- les réunions de concertation au sein de la maison de repos et de soins ;
- la tenue du dossier médical du résident ;
- l'utilisation du formulaire médico-pharmaceutique et notamment la prescription des médicaments les moins chers ainsi que le recours aux prescriptions électroniques ;
- les modalités de facturation des honoraires,
- le transfert d'informations en cas de maladies transmissibles.

k) Les ministres des cultes et délégués du Conseil central laïque demandés par les résidents ont librement accès à l'établissement ; ils y trouvent le climat et les facilités appropriés à l'accomplissement de leur mission. La liberté entière d'opinion philosophique, religieuse et politique est garantie à chacun.

**Art. 5.** Dans l'article N1 - Annexe 1<sup>re</sup> « Maisons de repos et de soins », B. « Normes spécifiques », point 8. « La comptabilité », b) est remplacé comme suit :

3b) L'ensemble de la comptabilité de l'établissement et des fiches individuelles de dépenses des résidents, de même que les justificatifs, doit être tenu à la disposition des services d'inspection compétents qui doivent pouvoir en prendre connaissance sans déplacer les documents.3.

**Art. 6.** Dans l'article N1 - Annexe 1<sup>re</sup> Maisons de repos et de soins », B. Normes spécifiques, le point 10. « Normes de qualité », modifié par l'arrêté royal du 7 juin 2009, est remplacé comme suit :

310. Normes de qualité

a) La maison de repos et de soins dispense, dans l'accomplissement de sa mission, des soins et des services appropriés à chaque résident. Dans ce cadre, elle doit développer une politique de qualité axée sur la planification, l'évaluation et l'amélioration systématiques de la qualité des soins et services prestés, ainsi que de son fonctionnement. Celle-ci porte au moins sur :

- la dispensation de soins et de services garantissant le respect de la dignité humaine, 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'accompagnement spécifique des personnes atteintes de démence ;
- l'efficacité et l'efficience des soins et services offerts ainsi que du fonctionnement ;
- la continuité des soins et services offerts.

b) La maison de repos et de soins dispose d'un programme de qualité qui, au minimum, précise la politique de qualité poursuivie visée au point a), de même que les modalités et la périodicité de l'évaluation de la qualité des soins.

Au moins une fois par an, un rapport est rédigé par le médecin coordinateur et conseiller et par le ou les infirmier(s) en chef concernant l'évaluation de la qualité des soins. Il est transmis au cercle de médecins généralistes compétent et aux médecins qui exercent leur activité dans la maison de repos et de soins. Ce rapport est tenu à la disposition du personnel.

c) La maison de repos et de soins tient au minimum un enregistrement des données suivantes :

- le nombre de cas d'escarres de décubitus ;
- le nombre d'infections nosocomiales ;
- le nombre de chutes ;
- le nombre de personnes incontinentes ;
- l'application de mesures de contention et/ou d'isolement.

d) La maison de repos et de soins doit disposer de procédures écrites concernant l'hygiène des mains et l'isolement de résidents souffrant d'une infection qui comporte un risque de contamination. Elle doit disposer des produits destinés à assurer une bonne hygiène des mains et du matériel nécessaire pour appliquer les procédures visées au premier alinéa.

e) La maison de repos et de soins dispose de procédures écrites à respecter en cas d'application de mesures de contention ou d'isolement. Les mesures de ce genre ne peuvent être appliquées qu'à titre exceptionnel, exclusivement en vue de la protection du résident ou d'autres résidents et uniquement sur indication médicale précise.

Ces mesures sont envisagées uniquement dans le cas où aucune autre mesure moins radicale n'est disponible pour atteindre le même objectif et pour autant qu'une pondération des intérêts de toutes les parties concernées ait eu lieu. Toute décision en matière de contention ou d'isolement est mentionnée dans le dossier de soins du résident. La nature, de même que la durée de la mesure, y sont renseignées, ainsi que la motivation de la décision. Toute dérogation aux procédures écrites visées dans l'alinéa premier nécessite une motivation distincte.

f) La maison de repos et de soins doit avoir un lien fonctionnel avec un service agréé de gériatrie (index G) ou un service agréé de traitement et de réadaptation fonctionnelle destiné aux patients atteints d'affections psycho-gériatriques (index Sp-psycho-gériatrie). Ce lien fonctionnel fait l'objet d'une convention écrite, laquelle stipule notamment que le service G et/ou Sp-psycho-gériatrie et la maison de repos et de soins organisent, au minimum, deux réunions par an ; les réunions prévues visent aussi bien la concertation que la formation permanente du personnel des deux partenaires. Les preuves de la concrétisation de ces conventions écrites doivent être fournies.

g) La maison de repos et de soins invite les résidents à faire connaître, dans un climat ouvert et sans contrainte, leurs souhaits éventuels quant aux soins et traitements futurs. A la demande du résident, ces souhaits sont également notés dans le dossier de soins, étant entendu que ceux-ci sont révocables à tout moment et que ceci ne décharge pas le prestataire de soins de son obligation de toujours chercher à découvrir la volonté réelle du patient.

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

- 1° de développer une culture des soins palliatifs et de sensibiliser le personnel à la nécessité de celle-ci ;
- 2° de formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'adresse du personnel infirmier, des aides-soignants et du personnel paramédical, du personnel de réactivation et des kinésithérapeutes ;
- 3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel visés au point 2° en matière de soins palliatifs ;

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

i) La maison de repos et de soins doit avoir un lien fonctionnel avec un service Sp soins palliatifs, visé à la rubrique IIIbis 3 Normes spécifiques par spécialité 3, point B 3 Normes spécifiques au service Sp soins palliatifs 3, des normes spéciales s'adressant au service spécialisé pour le traitement et la réadaptation, index Sp, figurant en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

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

k) Chaque maison de repos et de soins doit instaurer une politique de formation adaptée à chaque discipline.3.

**Art. 7.** Dans l'article N2 - Annexe 2 3Centres de soins de jour3, C.3Normes d'organisation3, au point 3° inséré par l'arrêté royal du 7 juin 2009, les mots 3graduat ou baccalauréat d'assistant social et assimilés3 sont remplacés par les mots "graduat ou baccalauréat d'assistant social », de « sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg », d'infirmier(ère) social(e) ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire.3.

**Art. 8.** Dans l'article N3 - Annexe 3 Centre pour lésions cérébrales acquises », D. Normes d'organisation » , a), inséré par l'arrêté royal du 4 juin 2008, le deuxième tiret est remplacé comme suit :

— 12 équivalents temps plein aide-soignant et personnel soignant, dont au minimum 95 % d'aides-soignants; à dater du 1<sup>er</sup> janvier 2015, seuls les aides-soignants entrent en considération;

**Art. 9.** Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 9 mars 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,

Mme L. ONKELINX

BELGISCH STAATSBLAD — 10.04.2014 — MONITEUR BELGE 30725