



Union des Villes et
Communes de Wallonie
asbl



Fédération des CPAS

Vos réf. :

Nos réf. : LV/JMR/cb/2016-069

Votre correspond. : Jean-Marc Rombeaux
081 24 06 54
jmr@uvcw.be

Monsieur Maxime Prévot
Vice-Président et Ministre des Travaux
publics, de la Santé, de l'Action sociale et
du Patrimoine
Rue des Célestines, 1
5000 Namur

Annexe(s) : 1

Namur, le 2 août 2016

Monsieur le Vice-Président,
Monsieur le Ministre,

**Concerne: Normes MRS - Amendements du secteur privé
Point de vue de la Fédération des CPAS**

La Fédération des CPAS vous a communiqué en 2015 des propositions d'améliorations des normes MRS. En mars 2016, trois Fédérations privées vous ont transmis par courrier des amendements qu'elles souhaiteraient voir intégrer dans ces normes.

Vous trouverez ci-joint l'avis de la Fédération sur ces propositions. Si nous pouvons les suivre en majorité, nous avons des nuances à exprimer.

Restant à votre disposition pour tout renseignement complémentaire, nous vous prions d'agréer, Monsieur le Vice-Président, Monsieur le Ministre, l'assurance de notre considération très distinguée.

Luc Vandormael
Président

LE CPAS



l'avenir depuis 40 ans

www.cpasavenir.be

Rue de l'Etoile, 14 - B-5000 Namur
Tél. 081 24 06 11 - Fax 081 24 06 10
E-mail: federation.cpas@uvcw.be

Belfius: BE09 0910 1158 4657
BIC: GKCCBEBB
TVA: BE 0451 461 655

www.uvcw.be



Proposition de modification de l'Arrêté royal du 9 mars 2014 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

Légende :

Texte en noir : texte de base

Texte en rouge : propositions des fédérations privées (Femarbel-FNAMS et FIH)

Texte en surligné jaune : modifications de la Fédération des CPAS sur l'avis des autres Fédérations.

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, § 1er,, 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^{er}. Pour l'application du présent arrêté, il faut entendre par :

- 1° « maison de repos » : une maison de repos agréée pour personnes âgées, au sens de l'article 170, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008 ;
- 2° « service résidentiel converti » : un service créé à la suite de la conversion d'un hôpital ou d'un service hospitalier au sens de l'article 170, § 1^{er}, alinéa 2, de la même loi;
- 3° « gestionnaire » : l'organe d'une institution qui est chargé de la gestion de cette institution en vertu du statut juridique de celle-ci;
- 4° « directeur » : la personne désignée par le gestionnaire et dûment mandatée par celui-ci en vue de la gestion journalière de l'établissement;
- 5° « résident » : la personne nécessitant des soins, visée à l'annexe 1^{re}, point A1, du présent arrêté »;
- 6° « représentant » :
 - a) le représentant légal ou judiciaire du résident;
 - b) le mandataire désigné par le résident à l'exception de toute personne qui exerce une activité dans l'institution concernée ou qui prend part à sa gestion, ou qui est soumise à l'autorité du gestionnaire. Cette restriction ne s'applique pas au parent ou allié jusqu'au quatrième degré inclus.
 - c) à défaut des personnes visées aux a) et b), un membre du personnel du C.P.A.S. compétent, à l'exception de toute personne qui exerce une activité dans l'institution concernée ou qui prend part à sa gestion.
- 7° « praticien de l'art infirmier » : le praticien visé à l'article 21quater de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé.

Art. 2. Un agrément spécial comme maison de repos et de soins peut être accordé aux institutions qui proposent une structure de soins de santé qui prend en charge des personnes fortement dépendantes et nécessitant des soins.



Sont susceptibles d'obtenir l'agrément spécial comme maison de repos de soins :

- 1° les maisons de repos;
- 2° les services résidentiels convertis.

Art. 2bis. Un agrément spécial comme centre de soins de jour peut être accordé :

- 1° soit pour l'accueil de personnes âgées dépendantes telles que visées à l'article 148bis, alinéa 1er, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;
- 2° soit pour l'accueil de personnes souffrant d'une maladie grave, telles que visées à l'article 148bis, alinéa 2, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 précité, à savoir les personnes qui, quel que soit leur âge, soit répondent à tous les critères mentionnés aux points 1° à 5°, soit répondent aux conditions visées à l'article 3 de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l'article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 3. Un agrément spécial comme centre de soins de jour pour personnes âgées dépendantes telles que visées à l'article 2bis, 1° peut être accordé aux institutions offrant une structure de soins de santé qui prend en charge pendant la journée des personnes fortement dépendantes nécessitant des soins et qui apporte le soutien nécessaire au maintien de ces personnes à domicile.

Un agrément spécial comme centre de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave telles que visées à l'article 2bis, 2°, peut être accordé aux établissements offrant une structure de soins qui accueillent en journée des personnes souffrant d'une maladie grave nécessitant des soins adaptés et qui apportent le soutien nécessaire au maintien de ces personnes à domicile.

Sont pris en considération pour l'agrément spécial comme centre de soins de jour comme visés aux alinéas 1^{er} et 2

- 1° les maisons de repos agréées ou non comme maison de repos et de soins;
- 2° les services résidentiels convertis, agréés comme maison de repos et de soins.

Art. 3.bis. Un agrément spécial comme centre pour lésions cérébrales acquises peut être accordé aux établissements offrant une structure de soins de santé qui prend en charge des personnes fortement dépendantes de soins, atteintes d'une lésion cérébrale acquise.

Sont susceptibles d'obtenir l'agrément spécial comme centre pour lésions cérébrales acquises :

- 1° les maisons de repos agréées comme maison de repos et de soins;
- 2° les services résidentiels convertis, agréés comme maison de repos et de soins.

Art. 4. L'agrément spécial comme maison de repos et de soins peut porter :

- a) soit sur l'ensemble des lits d'un établissement visé à l'article 2;
- b) soit sur une partie de ceux-ci.

Art. 4bis. L'agrément spécial comme centre pour lésions cérébrales acquises peut porter sur une partie des établissements visés à l'article 3bis, alinéa 2.

Art. 5. Les normes auxquelles il faut satisfaire pour obtenir et conserver l'agrément spécial comme maison de repos et de soins, sont fixées dans l'annexe 1 du présent arrêté.

Art. 6. Les normes auxquelles il faut satisfaire pour obtenir et conserver l'agrément spécial comme centre de soins de jour sont fixées à l'annexe 2. Un agrément spécial comme centre de soins de jour pour personnes âgées dépendantes est accordé et conservé pour autant qu'il soit satisfait aux normes définies à l'annexe 2, partie 1. Un agrément spécial comme centre de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave est accordé et conservé pour autant qu'il soit satisfait aux normes définies à l'annexe 2, partie 2.

L'agrément spécial comme centre de soins de jour est distinct de l'agrément comme maison de repos ou de l'agrément spécial comme maison de repos et de soins.

Le nombre de places agréées d'un centre de soins de jour est mentionné dans la décision d'agrément qui précise également s'il s'agit d'un agrément comme centre de soins de jour pour personnes âgées dépendantes ou d'un agrément comme centre de soins de jour pour personnes souffrant d'une maladie grave.

Art. 6bis. Les normes complémentaires auxquelles doit satisfaire une maison de repos et de soins pour obtenir et conserver l'agrément spécial comme centre pour lésions cérébrales acquises, sont fixées dans l'annexe 3 du présent arrêté.

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).

L'agrément spécial comme centre pour lésions cérébrales acquises est distinct de l'agrément comme maison de repos ou de l'agrément spécial comme maison de repos et de soins.

Le nombre de lits agréés d'un centre pour lésions cérébrales acquises est mentionné dans l'arrêté d'agrément.

Art. 7. L'arrêté royal du 2 décembre 1982 fixant les normes pour l'agrément spécial des maisons de repos et de soins, modifié par les arrêtés royaux des 30 juillet 1986, 8 décembre 1986, 21 avril 1987, 5 juin 1990, 12 juillet 1991, 17 décembre 1992, 12 octobre 1993, 29 décembre 1994 et 15 juillet 1997, est abrogé.

Art. 8. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui au cours duquel il aura été publié au Moniteur belge à l'exception de l'article 3 qui produit ses effets le 1er janvier 2000.

Art. 9. Notre Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Annexe 1re. - Maisons de repos et de soins

A. Normes générales

1. La maison de repos et de soins est destinée aux personnes nécessitant des soins et dont l'autonomie est réduite en raison d'une maladie de longue durée, étant entendu toutefois :

- a) que ces personnes ont dû subir, ~~après une évaluation diagnostique pluridisciplinaire~~, l'ensemble des traitements actifs et réactivant sans qu'ils se soient soldés par le rétablissement complet des fonctions nécessaires à la vie quotidienne et sans qu'une surveillance médicale journalière et un traitement médical spécialisé permanent ne s'imposent;
- 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;~~
- b) que l'état de santé général de ces personnes exige, outre les soins du médecin généraliste et les soins infirmiers, des soins paramédicaux et/ou kinésithérapeutiques ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne;
- c) qu'elles doivent être fortement tributaires de l'aide de tiers pour pouvoir accomplir les actes de la vie journalière et doivent, en outre, satisfaire à un des critères de dépendance tels que stipulés à l'article 148, 3°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

2. A partir du 1er janvier 2010, chaque maison de repos et de soins doit disposer, au minimum, de 25 places.

B. Normes spécifiques

1. Normes architecturales :

- a) La maison de repos et de soins doit être implantée de telle sorte que toutes les conditions permettant d'assurer le bien-être psychique et physique des résidents soient satisfaites.
- b) Tous les mesures de prévention des incendies doivent être prises dans la maison de repos et de soins. Les établissements visés à l'article 2, alinéa 2, 1°, doivent plus particulièrement appliquer la réglementation sur la protection contre l'incendie pour les maisons de repos et ceux visés à l'article 2, alinéa 2, 2°, doivent appliquer la réglementation sur la protection contre l'incendie pour les hôpitaux.
- c) Les espaces communs suivants doivent être prévus dans chaque maison de repos et de soins :
- au moins une salle à manger ainsi qu'une salle de séjour, de préférence séparées l'une de l'autre et aménagées de façon aussi agréable et confortable que possible, selon la taille de l'établissement, ces locaux sont en nombre suffisant pour garantir le caractère de lieu de vie;
 - si l'établissement est organisé sur la base de groupes de vie distincts, il y a lieu de prévoir des locaux en nombre suffisant, de sorte que l'intégration dans le cadre de vie habituel continue à être garantie;
 - au moins une salle équipée pour la pratique collective tant de la kinésithérapie que de l'ergothérapie ainsi que et de l'animation.
- d) Les résidents doivent, lors de leurs déplacement dans le bâtiment, pouvoir s'aider de rampes et de poignées, lesquelles doivent également être installées dans les locaux sanitaires. Les couloirs doivent être aménagés afin de permettre aux résidents de se reposer.
- e) Dans tous les locaux de la maison de repos et de soins accessibles aux résidents, toutes les inégalités de sol telles que marches, escaliers et autres obstacles doivent être évitées.
En outre, on doit prévenir tout risque de chute. Si ces inégalités de sol ne peuvent être évitées, il y a lieu de les signaler clairement.
- f) Les locaux des établissements visés à l'article 2, alinéa 2, 2°, du présent arrêté et destinés à la maison de repos et de soins doivent constituer une entité complètement séparée de tout autre service hospitalier; les locaux logistiques et les voies de circulation internes peuvent toutefois être communs à un service hospitalier agréé.
- g) Tous les locaux de la maison de repos et de soins accessibles aux résidents doivent être suffisamment spacieux afin de permettre à une personne en chaise roulante de se déplacer facilement.
- h) ~~Dans les maisons de repos de soins, il ne peut en aucun cas y avoir plus de 4 lits par chambre. A partir du 1er janvier 2010, La moitié au moins de la capacité d'admission doit se composer de chambres individuelles, la capacité restante pouvant être occupée par des chambres à 2 lits. Les nouveaux bâtiments doivent, dès leur occupation, satisfaire à cette condition.~~
- i) ~~A partir du 1er janvier 2010, Toutes les chambres doivent disposer d'un espace sanitaire distinct comprenant au moins un lavabo et une toilette. Dans le cas d'une nouvelle construction, les chambres doivent, dès leur occupation, satisfaire à cette condition.~~
- j) ~~A partir du 1er janvier 2010, La surface nette par chambre à un lit doit au moins s'élever à 12 m², les sanitaires non compris. La surface est portée à 18 m² pour les chambres à deux lits. Les nouvelles constructions doivent dès leur occupation répondre à cette condition.~~
- ~~j/1) La date du 1er janvier 2010 mentionnée aux h), i) et j) peut être reportée, au plus tard au 1er janvier 2015, par l'autorité compétente qui a l'agrément dans ses attributions; à condition que les institutions concernées~~

introduisent auprès de celle-ci une demande dûment motivée accompagnée d'un échéancier détaillé des travaux à réaliser.

j/1) A titre transitoire et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2017, les établissements pour lesquels des travaux de mise en conformité à la norme précitée aux points h, i et j sont en cours ou qui, au 31 décembre 2014, disposent d'un bon de commande signé et réceptionné par l'entrepreneur pour des travaux de mise en conformité à la norme précitée ou qui ont obtenu un accord ministériel sur avant-projet ou un accord ministériel pour une acquisition différée pour des travaux de mise en conformité à la norme précitée, peuvent continuer à exploiter ces chambres. »;

k) Chaque chambre doit disposer d'eau courante chaude et froide.

l) Chaque chambre doit disposer d'un éclairage artificiel suffisant, accessible du lit par le résident et adapté aux conditions locales. La nuit, les chambres et les couloirs doivent être suffisamment éclairés afin d'assurer la sécurité des déplacements des résidents. Les locaux accessibles aux résidents doivent être en permanence éclairés de manière à assurer le confort des résidents.

m) Dans toutes les circonstances météorologiques normales, une température minimum de 22 °C doit pouvoir être atteinte dans les chambres. Dans les établissements pour lesquels des travaux de reconstruction ou de transformation sont réalisés ainsi que dans les nouveaux bâtiments agréés dès 2015, toutes les dispositions utiles doivent être prises pour maintenir, dans des circonstances météorologiques normales, la température en dessous de 27 °C.

m/1) En cas de canicule, un des lieux de vie doit être climatisé ou maintenu à une température en dessous de 27°C et être de dimension suffisante afin de pouvoir accueillir les résidents.

m/2) Tous les locaux accessibles aux résidents doivent être pourvus d'un système intérieur ou extérieur permettant aux résidents d'être protégés des rayons du soleil.

m/3) Tous les résidents doivent, en position assise, avoir une vue dégagée sur le monde extérieur.

n) Les installations sanitaires des résidents doivent être en nombre suffisant et aménagées aussi près que possible des chambres, ainsi qu'à proximité immédiate des lieux de vie en commun.

De plus, ces installations doivent être spacieuses et une au moins par étage doit permettre l'accès à un fauteuil roulant ainsi qu'à une personne qui assiste éventuellement le résident. Elles doivent également disposer d'un lavabo.

o) La maison de repos et de soins, dont les locaux sont situés à l'étage ou disposés sur plusieurs étages, doit disposer d'au moins un ascenseur adapté permettant le transport d'un résident ainsi que la personne l'accompagnant.

p) Dans tous les locaux accessibles aux résidents, un système d'appel efficace et facilement accessible doit être prévu.

q) Tous les locaux doivent être suffisamment aérés.

r) La maison de repos et de soins doit disposer au minimum d'un local infirmier, d'un local de soins et d'examen ainsi que d'un local réservé à l'accueil de la famille des résidents.

s) Dans chaque chambre, il doit être possible de brancher une radio, une télévision, un téléphone. **A partir du 1^{er} janvier 2020, une accessibilité à Internet doit être prévue dans chaque chambre.**

t) le médecin coordonnateur et conseiller et le ou les infirmier(s)/ère(s) en chef doivent disposer d'un lieu de travail et de l'équipement ICT dont ils ont besoin pour exercer correctement leur fonction.

Commenté [A1]: Cette disposition ne nous pose pas problème. Souvent, c'est le même local que l'infirmier-chef. Nous pensons que la suppression de ce point risque de crispier les MCC sans apporter de plus-value.

2. Normes fonctionnelles

- a) La maison de repos et de soins doit disposer des moyens nécessaires en vue d'assurer, outre une atmosphère familiale, les soins, la surveillance, le maintien en activité et les loisirs des résidents.
- b) Les chambres doivent, par résident, comprendre au moins un lit, une garde-robe pour le rangement des effets personnels, un fauteuil adapté au résident, une table et une chaise.
- c) Le résident doit, dans sa chambre, avoir la possibilité de disposer de biens et de meubles personnels pour autant que ceux-ci ne viennent pas entraver le bon déroulement des soins.
- d) ~~Au moins la moitié des lits de la maison de repos et de soins doit être réglable en hauteur et adapté aux besoins du résident. Un an après l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 7 juin 2009 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,~~ La totalité des lits doit être réglable en hauteur et adaptée aux besoins du résident.
- e) La maison de repos et de soins doit disposer :
- de chaises roulantes pour les personnes qui ont des difficultés à se déplacer de manière autonome;
 - du matériel requis en vue de la prévention des escarres;
 - des moyens nécessaires permettant d'isoler chaque lit d'une chambre commune pendant les soins.
- f) Chaque maison de repos et de soins doit disposer d'au moins une baignoire adaptée; au-delà des 30 premiers résidents, une baignoire adaptée supplémentaire est obligatoire lorsque l'institution dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de 30 résidents. ~~Pour ces baignoires adaptées supplémentaires, il appartient au Ministre de dresser la liste de matériels assimilés.~~

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 fonctions 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 cas échéant,~~ la mention que le résident fait appel à un pharmacien ~~de son choix~~ 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 ~~les éléments suivants fréquemment mis à jour :~~
- l'anamnèse et l'historique de vie du résident;
 - ~~l'examen clinique à l'admission et au cours du séjour;~~
 - le diagnostic;

Commenté [A2]: Que veut dire « fréquemment » ?

- 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 **transfert** d'un résident d'un service hospitalier vers une maison de repos et de soins et vice-versa, **ou entre maisons de repos et de soins, une fiche de liaison devra être établie une procédure écrite sera définie** entre l'hôpital concerné et la maison de repos et de soins, **ou entre maisons 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 1er 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) d) 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;

Commenté [A3]: En pratique, cela existe. Il y a une « primus inter pares ». Si ce n'est pas le cas, on risque d'avoir des organisations très différentes suivant un étage ou une unité parce que chaque infirmier-chef a sa manière de faire.

— en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller et le cas échéant le diététicien, veiller à évaluer l'état nutritionnel du résident et formuler des conseils nutritionnels, 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.

h) e) Un praticien de l'art infirmier est présent dans l'établissement de jour comme de nuit.

g) f) Le ou les infirmier(s) en chef ou l'infirmier en chef coordinateur veille(nt) 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) g)

(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 trois 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 trois ans, et qui a été agréé par l'AVIQ.

Ce cycle de formation comprend au minimum les éléments suivants:

- réglementations fédérales relatives aux établissements d'hébergement pour les personnes âgées, dont les 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.
- soins palliatifs et accompagnement en fin de vie

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 à intervalles réguliers; 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 la gestion des soins ainsi que l'établissement et l'actualisation du formulaire médico-pharmaceutique, en concertation avec les médecins traitants
- coordonner l'activité médicale en cas de risque pour la santé des résidents et du personnel, en concertation avec les médecins traitants;

Commenté [A4]:

Tout le monde n'a pas une diététicienne. L'évaluation de l'état nutritionnel est la base d'une action au niveau de la nutrition (cf plan wallon). L'intervention de l'infirmier-chef pour l'évaluation et le conseil nutritionnel est une pratique en secteur public.

Commenté [A5]: Il n'y a pas partout une personne de référence. Chez nous on pense que cela peut contribuer à faire travailler ensemble l'infirmier-chef et la personne de référence.

- 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;
- coordonner ~~et organiser~~ la continuité des soins médicaux
- coordonner la composition et la mise en jour des dossiers médicaux

Commenté [A6]: Le MCC n'ayant pas d'autorité sur ses confrères, on ne voit pas comment il peut organiser la continuité des soins médicaux.

(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 se situe

Commenté [A7]: C'est la pratique. En tant que pair, le médecin coordinateur et conseiller a plus de « poids » que le Directeur dans les relations avec les médecins traitants.

(4) (3) 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) (b) 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) (4) Si le médecin coordinateur et conseiller est absent plus 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 il doit en concertation avec la direction de la maison de repos, prévoir son remplacement afin de garantir la continuité de sa fonction.~~

(6) (5) 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

Commenté [A8]: On ne voit pas pourquoi il faut supprimer cette formation continuée.

(h) 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.~~

§) i) 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.

§) j) 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.

4. Règlement d'ordre intérieur

- a) Chaque maison de repos et de soins doit établir un règlement d'ordre intérieur, dénommé ci-après le règlement. Une copie de ce règlement ainsi que toutes ses modifications ultérieures sont soumises pour approbation au service compétent pour l'agrément.
- b) Un exemplaire de ce règlement daté et signé par le directeur est délivré contre récépissé signé valant accord à chaque résident ou son représentant lors de l'admission de ce résident en maison de repos et de soins.
- c) Le règlement mentionne le nom du directeur ainsi que le numéro d'agrément de la maison de repos et de soins.
- d) Le règlement définit les droits et devoirs des résidents et du gestionnaire compte tenu des règles suivantes :
 - le respect de la vie privée des résidents;
 - la plus grande liberté possible laissée aux résidents, pour autant qu'elle soit compatible avec les impératifs de la vie communautaire;
 - le libre choix du médecin et son accès à l'établissement selon les dispositions du règlement d'ordre intérieur de l'activité médicale;



- le libre accès de la famille et des amis, celui-ci étant particulièrement garanti pour une assistance à une personne mourante.
- e) Le règlement d'ordre intérieur garantit, à chaque résident, le respect de ses droits personnels, en ce compris ses convictions idéologiques, philosophiques et religieuses.
- f) Le règlement mentionne le nom de la personne à laquelle peuvent être communiquées les observations, réclamations ou plaintes des résidents, de leur famille, de leur représentant ou de visiteurs.
- g) Le règlement explique comment le résident peut participer à la vie de la maison de repos et de soins, notamment dans le cadre du conseil des résidents, visé au point 5.

5. Participation et examen des suggestions et plaintes des résidents

- a) Dans chaque maison de repos et de soins est créé un conseil des résidents qui se réunit au moins une fois par trimestre. Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce conseil, celui-ci reçoit le soutien du personnel de la maison de repos et de soins.
- b) Ce conseil se compose de résidents de la maison de repos et de soins et/ou de membres de leurs familles. Le directeur ou son représentant peut assister aux réunions du conseil des résidents. La Liste nominative actualisée des membres du conseil des résidents doit être affichée à un endroit visible.
- c) ledit conseil peut émettre un avis, soit de sa propre initiative, soit à la demande du directeur, et ce, au sujet de toutes les questions relatives au fonctionnement général de la maison de repos et de soins. Un rapport relatif aux réunions est rédigé et peut être consulté par les résidents ou les membres de leurs familles et leurs représentants.
- d) Les fonctionnaires chargés de l'inspection des maisons de repos et de soins peuvent à tout moment consulter ces rapports.
- e) Des suggestions, des remarques ou des plaintes peuvent être consignées par le résident, son représentant ou sa famille dans un registre. Le plaignant doit être informé de la suite qui a été donnée à sa plainte. Le registre susvisé doit être présenté, une fois par trimestre, sur simple requête au conseil des résidents.

6. Convention entre le gestionnaire et le résident

- a) Une convention en double exemplaire, dont le libellé est compréhensible et lisible, est signée entre le gestionnaire, représenté par le directeur et le résident ou son représentant. Toutes les conventions sont établies conformément au modèle qui est soumis pour approbation au service compétent pour l'agrément.
- b) Cette convention reprise au point a) doit au moins régler les points suivants :
 - les conditions générales et particulières d'hébergement dans la maison de repos et de soins;
 - le prix journalier d'hébergement, les services qu'il couvre, l'énumération détaillée et la définition exhaustive de tous les suppléments éventuels avec leur prix ainsi que la mention de l'interdiction de facturer des suppléments non énumérés dans la convention;
 - le montant de la garantie éventuelle déposée et son affectation : ce montant ne peut être supérieur au prix mensuel d'hébergement;
 - les modalités de mise en dépôt des biens et des valeurs que le résident confie à l'établissement, leurs modalités de gestion ainsi que la preuve de la désignation de la personne/des personnes chargée(s) de ladite gestion;
 - le numéro de la chambre attribuée au résident avec mention du nombre maximum de résidents admissibles dans cette chambre;
 - les conditions de résiliation de la convention;

- les charges financières à supporter par le résident en cas d'absence ou d'hospitalisation.

c) Le résident ne peut, en aucun cas, se voir obligé de confier la gestion et la conservation de ses ressources et/ou biens à la maison de repos et de soins ou à un gestionnaire, au directeur ou à un membre du personnel de l'établissement. La gestion ou la conservation des ressources et/ou biens du résident peut être confiée exclusivement au directeur de l'établissement à la condition expresse que le résident ait marqué son accord écrit et pour autant qu'une commission de supervision présidée par un magistrat, un notaire ou un réviseur d'entreprise soit instaurée. Les membres de cette commission sont tenus au secret. Les coûts éventuels relatifs à cette supervision ne doivent, en aucun cas, être supportés à titre individuel par le résident. Ils peuvent, le cas échéant, être inclus dans le prix d'hébergement.

7. Structures mixtes maison de repos-maison de repos et de soins

Lorsqu'il s'agit d'une structure mixte de maison de repos - maison de repos et de soins, il n'est pas nécessaire d'établir une convention, un règlement d'ordre intérieur, un registre des plaintes ou un conseil de résidents distincts pour la maison de repos et de soins. A la condition de satisfaire à l'ensemble des normes en vigueur en fonction du présent arrêté, les documents visés peuvent être établis pour l'ensemble de la structure mixte.

8. La comptabilité

a) L'établissement rédige pour chaque résident une fiche individuelle de dépenses. Le résident ou son représentant doit, à tout moment, pouvoir consulter cette fiche. Une facture mensuelle détaillée établit la situation des sommes dues et des recettes. Elle est remise accompagnée de toutes les pièces justificatives au résident ou à son représentant.

b) 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.

c) La comptabilité de la maison de repos et de soins doit être organisée de manière distincte et sur la base d'un plan comptable normalisé; elle fera l'objet d'un contrôle par un réviseur d'entreprise ou un contrôle externe indépendant, tel qu'il sera précisé par Nous. Lorsque la maison de repos et de soins est intégrée dans un hôpital ou s'il s'agit d'une structure mixte « maison de repos - maison de repos et de soins » un centre de frais particulier doit assurer la gestion distincte de celle-ci.

Des règles précisant comment les maisons de repos et de soins doivent satisfaire à la présente disposition peuvent être déterminées par Nous.

~~9. Données statistiques.~~

~~Les maisons de repos et de soins sont tenues de communiquer au Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dans les délais fixés et selon les modalités prévues, tous renseignements statistiques se rapportant à son établissement.~~

10. 9. 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.

la fourniture, la conservation et la distribution de médicaments en concertation avec les pharmaciens.

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 **contenant au minimum les éléments repris dans le point c) ci-dessous est rédigé par le médecin coordinateur et conseiller et par le ou les infirmiers en chef en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller** et 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, **dans le but de garantir la sécurité des résidents qui présentent un danger pour eux-mêmes et/ou pour les autres résidents, dans le respect de leur droit fondamental à une liberté de mouvement exclusivement en vue de la protection du résident ou d'autres résidents et uniquement sur indication médicale précise.** Cette procédure précisera au moins la manière dont la décision d'appliquer une mesure de contention ou d'isolement est prise par l'équipe de soins, en ce compris le médecin traitant du résident, la durée de la contention qui ne peut dépasser une semaine, sa prolongation éventuelle par l'équipe de soins avec information au médecin traitant du résident et les règles spécifiques de surveillance.

Sauf cas de force majeure, l'éventuelle mesure de contention et/ou d'isolement sera précédée d'une information à la famille et/ou au représentant du résident.

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 psychogériatriques (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-une** 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.

Commenté [A9]: Reprise d'éléments pertinents aujourd'hui attribués au médecin coordinateur et conseiller.

Commenté [A10]: Par définition, en MRS, le ou les infirmier(s) en chef do(i)ven)t 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;

A ce titre, il nous semble le mieux placé pour rédiger le rapport d'évaluation.

Commenté [A11]: Il est important de garder une trace écrite.

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. À 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 " Normes spécifiques par spécialité", point B "Normes spécifiques au service Sp soins palliatifs", 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 avec au moins un médecin hygiéniste hospitalier 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.