

## Recommandations concernant la continuité des soins

Principes généraux
La continuité est l'organisation des soins permettant de prendre en charge les besoins du patient depuis le moment où ce besoin est adressé au système de santé jusqu'à sa résolution. Elle comprend trois dimensions : informationnelle, relationnelle et de gestion. Elle est évidemment essentielle pour les soins chroniques mais concerne aussi les soins aigus et la prévention. Elle doit pouvoir répondre aux changements de besoins des patients et notamment dans des situations particulières comme les soins palliatifs.
La permanence est une composante de la continuité et concerne spécifiquement la capacité des soignants de répondre à un nouveau besoin d'un membre de la population dans un délai qui est pertinent avec la nature du problème et donc dans certains cas en « urgence ». Si elle est implicite pendant les heures d'ouverture de la structure, elle nécessite une approche spécifique et formalisée en dehors des heures d'ouverture de la structure. L'obligation de garde exprimée dans l'AR 78 de 1967 est le versant légal de cette permanence et ne concerne, pour les soins ambulatoires, que les médecins et les pharmaciens. Ce faisant, le législateur considère implicitement que la permanence des soins infirmiers et kinés ne doit pas être de 24h/24 et 7j/7, parce qu'il n'y a pas de réelle urgence dans ces domaines ou qu'elles sont trop rares pour justifier l'organisation d'un rôle de garde. Se faisant il confie au médecin prescripteur la responsabilité de l'instauration de ces soins en dehors des heures d'ouverture des structures de soins de premières lignes. Ces dernières considérations ne sont pas valables en cas de soins palliatifs pour lesquels une permanence des soins infirmiers doit être organisée sans discontinuité.
L'externalisation ou « outsourcing » et les normes d'encadrement minimum sont des moyens d'assurer continuité et permanence. Ces sujets ne sont pas abordés ici, ils ont déjà fait l'objet de propositions qui seront affinées ultérieurement.
Accueil et heures d'ouverture
La MM est ouverte pendant une moyenne de minimum 8h/j les jours ouvrables (4h/j pour les MM non-matures) ; pendant ces heures une présence est assurée à l'accueil pour recevoir les patients qui se présentent ou qui téléphonent à la MM. L'accueillant doit pouvoir offrir une réponse adéquate aux demandes de soins qui lui sont adressées, notamment en tenant compte du degré d'urgence de ces demandes. En dehors des heures d'ouverture de l'accueil, le patient peut être connecté directement par téléphone avec un membre de l'équipe ou doit trouver sur le répondeur de la MM les informations lui permettant soit de contacter un médecin de la MM en cas de problème perçu par lui comme urgent, soit de contacter la garde-population pendant les heures de fonctionnement de celle-ci.
Continuité des soins médecine générale
Un médecin généraliste doit être contactable à tous moments pour les patients de la MM, dans les heures non couvertes par la garde-population, afin de prendre en charge une éventuelle urgence qui serait du ressort de la médecine générale. Tous les jours ouvrables, des soins médicaux doivent pouvoir être sollicités par le patient et délivrés par les médecins de la MM, selon les besoins des patients, sous forme de consultations (minimum 1 plage en matinée et une l'après-midi) et de visites à domicile. Les patients de la MM doivent pouvoir être vu par un médecin dans un délai de 2 jours ouvrables maximum. Les horaires des consultations médicales doivent être accessibles à la patientèle. Les médecins de la MM participent à la garde-population, selon le schéma établi au sein du cercle responsable.
Continuité des soins kinésithérapie
Sur base d'une prescription médicale, des soins kiné doivent pouvoir être sollicités tous les jours ouvrables, via l'accueil et délivrés selon les besoins des patients, sous forme de consultations et de visites à domicile. Les week-ends et jours fériés, la MM doit organiser la délivrance des soins kinés en cours qui nécessitent une prise en charge quotidienne.
Continuité des soins infirmiers
Sur base d'une prescription médicale, des soins infirmiers doivent pouvoir être fournis en journée (normalement 8h00 à 19h00), 7j/7, si nécessaire plusieurs fois par jour, au domicile du patient et éventuellement à la MM. Une solution concertée avec le patient sera proposée en cas de demande prévisible et légitime de soins après 19h00. Le patient doit pouvoir solliciter quotidiennement un nouveau soin, soit via l'accueil, soit via un « GSM infirmier » ou un autre moyen de contact (e-mail,...), les renseignements utiles étant accessibles à tous les patients via le support jugé le plus adéquat par la MM. Toute nouvelle demande de soins doit pouvoir être prise en charge dans les 24h. Les soins infirmiers délivrés en dehors des heures d'ouverture sont à charge de la MM.
Aspects spécifiques de la continuité des soins
La continuité informationnelle peut être garantie de la façon suivante: par une lettre de référence, et un rapport du prestataire de soins qui a réalisé l'intervention ; par l'accès en temps direct du prestataire qui fait l'intervention au dossier médical informatisé du patient (en utilisant les mesures de respect de la vie privée nécessaire) ; en utilisant un "dossier" (papier ou électronique) accessible au chevet du patient (à domicile) ; par l'accès au SUMEHR, dans le cadre d'un poste de garde de médecine générale, et un rapport électronique au médecin généraliste traitant.
La continuité relationnelle doit être garantie par l'attribution à chaque patient d'un « médecin traitant » au sein de l'équipe médicale. Médecin traitant avec qui le patient pourra développer une relation privilégiée (mais non exclusive) et qui sera responsable de la bonne tenue du Dossier Médical Global.

Externalisation et encadrement				
	Maisons médicales matures		Maisons médicales non matures	
	Externalisation maximale	Encadrement minimal*	Externalisation maximale	Encadrement minimal
<b>Médecins</b>	0 % du budget	1 ETP pour 2000 patients : 1-2000 patients : 1 ETP ; 2001-4000 patients : 2 ETP ; 4001-6000 patients : 3 ETP ; ...	/	1,0 ETP
<b>Kinésithérapeutes</b>	< 1.000 patients : 50 % du budget	1 ETP pour 2000 patients : 1-2000 patients : 1 ETP ; 2001-4000 patients : 2 ETP ; 4001-6000 patients : 3 ETP ; ...	/	0,3 ETP
	1000-1999 patients : 40 % du budget			
	2000-2999 patients : 30 % du budget			
	3000-3999 patients : 20 % du budget			
	> 4000 patients : 10 % du budget			
<b>Praticiens de l'art infirmier</b>	30 % du budget	1 ETP pour 2000 patients : 1-2000 patients : 1 ETP ; 2001-4000 patients : 2 ETP ; 4001-6000 patients : 3 ETP ; ...	/	0,3 ETP

\* En ce qui concerne les maisons médicales matures, les propositions émanant de la Commission sont communiquées dans la phase actuelle à titre d'information. La Commission les utilisera toutefois comme cadre de référence pour l'évaluation des données qui seront communiquées par les maisons médicales. Sur base de cette évaluation, la Commission pourra faire de recommandations pour les maisons médicales matures à partir du 1er janvier 2018.