

MODIFICATION ANNEXE 120: NUTRITION ET INCONTINENCE

Marc Delwaide
Benoît Marot

Introduction



Dossier du résident

- 3.1.5. Le dossier individuel du résident comprend son dossier administratif et son dossier de soins.
- Le dossier administratif du résident contient **au moins** les données suivantes :

- **1° l'identité du résident;**

- **1° l'identification du résident par son numéro d'identification à la sécurité sociale, son nom, son sexe, sa date de naissance, son adresse, ses numéros de téléphone et, le cas échéant, ses adresses électroniques "**

2° les informations relatives à sa situation de sécurité sociale;

3° le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de la personne de contact et, le cas échéant, du représentant du résident;

4° 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;

5° 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.



Dossier de soins

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

1° le dossier médical établi par le médecin traitant; **les données médicales communiquées par le médecin traitant, à l'entrée et leurs mises à jour**

2° la fiche de liaison **mise à jour** reprenant les données médicales indispensables en cas d'urgence ou d'hospitalisation ;

3° le dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial est mis à jour mensuellement " **par les professionnels de santé qui sont en contact avec les résidents** ". Il contient **notamment** les éléments suivants :

a) l'anamnèse et l'historique de vie du résident;

b) le diagnostic ainsi que l'examen clinique à l'admission et au cours du séjour;

c) les directives médicales, soit : la date de visite du médecin, le traitement, le cas échéant, médicaments prescrits et posologie et le plan de soins, les examens demandés, le régime éventuel et les éventuelles mesures de contention et d'isolement ;

i. les directives infirmières : le plan d'actions et l'actualisation régulière de celui-ci entre autre, selon les directives médicales; **les directives infirmières : Le plan de soins, le plan d'actions avec les objectifs de santé et l'actualisation régulière de ceux-ci, selon les directives médicales; Le personnel soignant réalise des évaluations régulières comme détaillé dans le point 8.1.1.**

ii. les directives paramédicales en kinésithérapie : le bilan, les objectifs, le plan d'actions et l'actualisation régulière de celui-ci, entre autre, selon les directives médicales et l'évaluation des actions ;

iii. les directives paramédicales en ergothérapie : le bilan, les objectifs, le plan d'actions et l'actualisation régulière de celui-ci, entre autre, selon les directives médicales et l'évaluation des actions ;

iv. les directives paramédicales en logopédie : pour les actes de la vie quotidienne;

Au niveau du dossier de soins:

8.1.1. Le dossier individualisé de soins comprend **les directives** médicales, infirmières, **paramédicales** et de kinésithérapie et, quotidiennement, la mention de leur exécution, les remarques et observations du personnel qui a exécuté ces directives ainsi que tous les autres soins prestés. Il s'inspire des règles imposées par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.

8.1.1. est complété par les alinéas rédigés comme suit :

" Des **évaluations** **sont établies** par le personnel de soins **à l'admission** du résident dans l'établissement **et tenues à jour** afin d'assurer le suivi et la continuité des soins, à propos de la **continence au moyen d'outils spécifiques à la continence urinaire ou fécale, de l'état nutritionnel, des risques de chute et d'escarre.**

Les données et le résultat des évaluations sont enregistrées **dans le dossier individualisé de soins afin de suivre l'évolution de la santé du résident et de planifier des actions** en vue d'améliorer la qualité de vie de celui-ci.

Le choix de l'intervalle entre deux évaluations est déterminé sur une base individuelle mais une **réévaluation est effectuée** et notée dans le dossier du résident, **chaque fois que son état de santé le requiert et au moins une fois par an**, et dans tous les cas **à la suite d'une chute ou d'une hospitalisation.** »

Au niveau du dossier individuel de soins:

Le dossier de soins du résident contient les documents suivants :

1. ,2. ,3. , a), b), c) i, c) ii, c) iii, c) iv,

c) v. Pour les personnes identifiées comme étant **les plus à risque** par le médecin traitant, et au moins les personnes présentant un **trouble cognitif** ou évaluées **B ou C** sur l'échelle de Katz, **les directives paramédicales en diététique** sont :

- la mesure de **la taille**,
- **la pesée mensuelle** avec report du poids sur un **abaque de suivi de poids** comprenant **des alarmes** :
 - relatives aux **indices de masse corporelle 23, 21 et 18**
 - en cas de perte de poids **> 5% en un mois**
 - en cas de perte de poids **> 10% en six mois**
- le suivi de l'évaluation de la nutrition par l'échelle **Mini Nutritional Assessment (MNA)**
- le classement en fonction de son **statut nutritionnel**
- **le plan d'actions nutritionnel** et l'actualisation régulière de celui-ci, entre autres, selon les directives médicales et l'évaluation des actions";

Abaque informatisé de suivi de poids

Alarmes fixes :

- ✓ $IMC \geq 23$: état nutritionnel satisfaisant
- ✓ $IMC \leq 23$: risque de dénutrition
- ✓ $IMC < 21$: risque important de dénutrition
- ✓ $IMC < 18$: dénutrition réelle

Alarmes mobiles (varies dans le temps) :

- ✓ Perte de 5% du poids en 1 mois
- ✓ Perte de 10% du poids en 6 mois

> $IMC = 23$
< $IMC = 23$
< $IMC = 21$
perte 10% en 6 mois
perte 5% en 1 mois
< $IMC = 18$

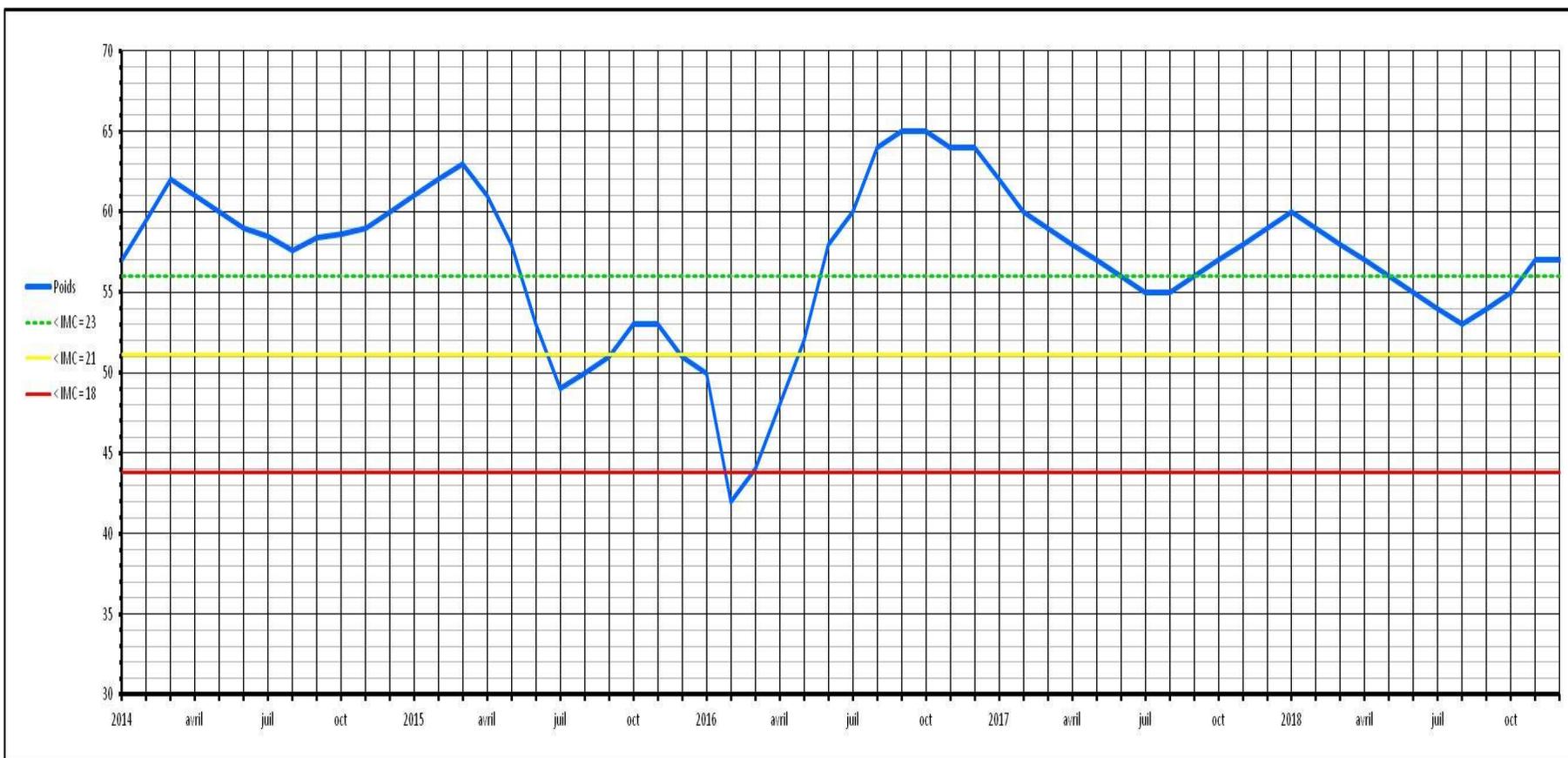
Abaque informatisé de suivi de poids

La zone d'encodage des poids :

	Jan	Fev	Mars	Avril	Mai
2014	57	59.5	62	61	60
2015	61	62	63	61	58
2016	50	42	44	48	52
2017	62	60	59	58	57
2018	60	59	58	57	56

Abaque informatisé de suivi de poids

Le graphique du suivi des poids :



Au niveau du dossier individuel de soins:

Dans l'annexe 120 : Actes relevant de la responsabilité du diététicien (actes propres au diététicien - AR) :

- **Le plan d'action nutritionnel** (point 3.1.5. Le dossier de soins 3°, c, v et point 7.10.) selon les directives médicales, découle de la démarche de **soin diététique et nutritionnel**
 - => Evaluation diététique et nutritionnelle (ingestas, besoins nutritionnels, ,,,)
 - => Intervention diététique et nutritionnelle => Plan de soins nutritionnel => Suivi et évaluation de l'intervention.

Un plan d'actions nutritionnel est présent pour les résidents identifiés à risque de dénutrition ou dénutris. Il est actualisé de façon régulière et les actions mises en place sont évaluées selon une concertation pluridisciplinaire en tenant compte de l'état général du résident et selon les directives médicales.
- **La nourriture est adaptée aux besoins nutritionnels qualitatifs et quantitatifs de la personne âgée. (7.1.)**
- **Les rations alimentaires et leurs textures sont adaptées aux besoins nutritionnels du résident afin que chaque résident puisse bénéficier au minimum d'un apport adéquat personnalisé à son état de santé physique et psychique. (7.9.) Voir Le plan d'actions nutritionnel.**
- **Les régimes diététiques prescrits par le médecin traitant sont observés (7.1.)**

Au niveau du dossier individuel de soins:

Le dossier de soins du résident contient les documents suivants :

*d) le cas échéant, les souhaits exprimés en matière de soins futurs « **et de fin de vie** »*

*e) la procédure pour le **suivi de l'état bucco-dentaire** du résident qui contient un examen visuel de l'état bucco-dentaire du résident lors d'une plainte de celui-ci, la périodicité de cet examen et **son enregistrement dans le dossier individuel de soins** »;*

Il existe plusieurs outils d'évaluations d'évaluation de l'hygiène buccodentaire qui sont : ROAG, OAG, OHAT, BOHSE, GOSO-PAD.

A la suite d'un groupe de travail composé d'experts et d'établissements pratiquant déjà l'évaluation de l'état buccodentaire, il ressort que l'outil préconisé est le ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL (OHAT) qui reprend 8 items qui sont : les lèvres, la langue, l'ensemble gencive-muqueuse, la salive, les dents naturelles, les prothèses, l'hygiène buccale et la douleur.

Au niveau du dossier individuel de soins:

Proposition de procédure :

- L'outil d'évaluation utilisé (OHAT)
- L'examen visuel de l'état buccodentaire
 - Entre 0 et 3 : la bouche est considérée comme saine, l'état est à maintenir par des soins habituels.
 - Entre 4 et 7 : la bouche est saine mais une surveillance est nécessaire.
 - Entre 8 et 9 : La bouche est dans un état préoccupant, des soins sont nécessaires et l'avis spécialisé du chirurgien-dentiste est fortement recommandé.
 - Entre 12 et 16 : la bouche est pathologique, des soins sont obligatoires, l'intervention du chirurgien-dentiste est nécessaire.
- La périodicité d'évaluation et d'examen de l'état buccodentaire :
 - A l'admission du résident
 - Chaque fois que son état de santé le requiert
 - Au moins une fois par an
- L'enregistrement de la conclusion de l'évaluation dans le dossier de soins du résident.
- Le plan d'actions résultant de cette évaluation.

Conformément au point 9.3.8 concernant la formation permanente du personnel de soins et de réactivation, il est conseillé d'aborder les formations relatives à l'hygiène buccodentaire dans les thèmes liés à la nutrition et à l'hygiène.

Au niveau de la nourriture :

7.1. Les résidents reçoivent des **repas complet et équilibrés** au moins trois fois par jour dont au moins un repas chaud ainsi qu'ils ont accès, à tout moment, à **l'eau potable**, de manière gratuite, et à **des collations et boissons saines sous la forme de fruits, de jus ou d'encas**.

La nourriture est adaptée aux **besoins nutritionnels qualitatifs et quantitatifs** de la personne âgée.

Les **régimes diététiques** prescrits par le médecin traitant sont observés.

La diversité culturelle et les habitudes des résidents sont prises en compte ;

7.1.1. La confection des repas et leur distribution sont faites selon les règles les plus strictes d'hygiène conformément aux exigences de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire.

7.1.2. L'établissement communique à l'administration une copie de l'autorisation de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire.

7.2. Les **menus des repas** sont communiqués aux résidents au moins une semaine à l'avance, ~~notamment~~ au moyen du tableau d'affichage.

Ils permettent d'offrir suffisamment de **choix aux repas et collations** et d'accorder un accès régulier aux **produits frais**.

L'établissement tient **un registre qui reprend la liste des menus du mois écoulé**. Ce registre doit être accessible en permanence aux agents de **l'Agence chargés du contrôle**.

Au niveau de la nourriture :

7.3. Chaque maison de repos et maison de repos et de soins **publie sur son site internet** l'ensemble des informations relatives à la restauration dont au moins : —

- a) L'information selon laquelle l'établissement **confectionne lui-même les repas, recourt à la cuisine centrale** de son gestionnaire **ou sous-traite** la confection à un tiers en identifiant ce tiers ;
- b) Si la conception des repas est réalisée par **un diététicien**, en précisant s'il est interne ou externe ;
- c) Si l'établissement est **labellisé dans le cadre du Plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés** et à quelle date ;

7.4. Le repas du matin ne peut être servi avant 7 heures, celui du midi avant 12 heures et celui du soir avant 17 h 30.

Les précautions nécessaires sont prises afin d'**éviter un jeûne nocturne de plus de 12 heures** principalement pour les résidents à risque de dénutrition ou dénutris.

Une **collation est disponible en soirée au-delà de 20h00** et sans coût supplémentaire. Elle est proposée aux résidents à risque de dénutrition ou dénutris.

Pour assurer la convivialité, éviter toute situation d'isolement social et respecter le projet de vie de l'établissement, **les repas sont pris de préférence au restaurant**. Néanmoins, pour des raisons médicales ou à la suite de la demande du résident, les repas peuvent être pris en chambre.

Au niveau de la nourriture :

7.5. Deux menus, au choix, **de même valeur nutritionnelle** sont prévus **au repas du soir**.

7.6. La maison de repos ou la maison de repos et de soins fournit **l'aide nécessaire** aux personnes qui éprouvent des difficultés **pour manger ou boire seules**.

Afin d'assurer la continuité et la qualité de l'accompagnement du résident, **le dossier individuel de soins** mentionne si le résident a besoin d'une aide au moment du repas et la nature de cette aide, ainsi que la date de début et, éventuellement la date de fin, si l'aide est temporaire.

L'information est conservée dans l'unique objectif d'accomplir cette aide.

Au restaurant ou dans les espaces de repas communs **au minimum un membre du personnel de soins** ou de réactivation **est présent pour apporter l'aide adéquate lors du repas** aux résidents qui en ont besoin.

Le personnel soignant est présent dans les lieux de repas.

Au niveau des aides techniques, du **matériel approprié** est à disposition pour aider les résidents, qui en ont besoin, **à manger et à boire**.

7.7. Chaque résident possède **une feuille de goût** où sont renseignées ses préférences et ses habitudes alimentaires que l'on tentera de satisfaire, ainsi que ses aversions et allergies.

Au niveau de la nourriture :

7.8. Afin d'assurer le suivi et la continuité des soins nutritionnels du résident **identifié à risques**, le **plan individuel de soins nutritionnels** est présent **dans le dossier individuel de soins** et comprend les données suivantes :

- La mesure de la **taille**, la **pesée mensuelle** avec report du poids sur **un abaque de suivi de poids** comprenant les alarmes (indice de masse corporelle et critère phénotypiques) ;
- Les résultats du dépistage de la dénutrition et de l'évaluation nutritionnelle du résident par **le Mini Nutritional Assesment (MNA)** ;
- **Le statut nutritionnel du résident** ;
- **Le plan d'action nutritionnel**, l'actualisation régulière de celui-ci et l'évaluation des actions selon une concertation pluridisciplinaire en tenant compte de l'état général du résident et selon les directives médicales.

7.9. **Les rations alimentaires et leurs textures sont adaptées aux besoins nutritionnels** et, dans toute la mesure du possible aux désirs et aux goûts du résident afin que chaque résident puisse bénéficier au minimum d'un **apport adéquat personnalisé à son état de santé physique et psychique**.

Au niveau de la nourriture :

7.10. L'établissement organise la **concertation pour toutes les questions relatives à l'alimentation** dans la maison de repos.

Il promeut une alimentation saine et durable qui concilie

- **hygiène,**
- **besoins alimentaires,**
- **Diététique**
- **et plaisir de manger,**

en veillant

- **à l'analyse et au suivi des graphiques reprenant les pesées,**
- **au suivi du dépistage systématique de la dénutrition,**
- **à la mise en œuvre d'un plan d'actions pour les résidents dénutris**
- **et à la prise d'alimentation enrichie ou de suppléments nutritifs oraux** en cas d'apports insuffisants en énergie ou protéines, **sur la base de l'avis du médecin traitant.**

Le médecin coordinateur et conseiller y est associé. ";

Au niveau des procédures que l'établissement doit posséder

Le dossier de soins:

e) « **la procédure pour le suivi de l'état bucco-dentaire** du résident qui contient un examen visuel de l'état bucco-dentaire du résident lors d'une plainte de celui-ci, la périodicité de cet examen et son enregistrement dans le dossier individuel de soins; »

Au niveau des procédures que l'établissement doit posséder

le 20.4 est complété par deux alinéas, rédigés comme suit :

«Toute maison de repos et toute maison de repos et de soins dispose de **procédures écrites concernant l'évaluation, la gestion de la continence et les moyens mis en œuvre pour la maintenir**. Elle dispose de matériel d'incontinence adapté en quantité et en qualité suffisante pour satisfaire aux besoins personnalisés du résident identifiés dans le dossier individualisé de soins du patient, à la suite de l'évaluation et de la mise à jour de celle-ci. Ce matériel est accessible à tout moment.

La collecte et le partage des données entre professionnels de santé suivent la procédure écrite définie par l'établissement pour l'accomplissement des soins apportés à la personne, selon les règles de l'art applicables aux professionnels de santé. »

La procédure comportera :

- Echelle de KATZ!
- Le rôle du « référent » continence de l'établissement si présent,
- Les outils utilisés pour évaluer les éventuelles incontinences:

- Calendrier mictionnel
- Calendrier suivis Selles

Belgian Screening Tools : BeST3_intropagina (ugent.be)

Instruments de mesures et guidelines pour les infirmiers : Instruments de mesure et guidelines pour les infirmiers | SPF Santé publique (belgium.be).

Incontinence urinaire	Incontinence fécale
Echelle de mesure du handicap urinaire	Score de Pescatori
L'International consultation incontinence questionnaire short form	Score de Vaizey
Contilife	Questionnaire de constipation (KESS)
Urinary symptom profile	

- Les moyens mis en œuvre pour maintenir la continence:
 - Kinésithérapie, exercice physique, mesures hygiéno diététique, adaptation de l'environnement, adaptation des vêtements, etc.
- Les modalités de mise à disposition d'aide à la continence et le cas échéant, du choix du matériel d'incontinence.
 - Logigramme décisionnel fourni par vos fournisseurs permettant de déterminer le type de protection le plus adapté au résident ! On privilégie les besoins individuels du résident.

Procédure Gestion incontinence: MRS Les Glycines

PLAN D'ACTION SUR L'INCONTINENCE

Procédure écrite pour la gestion de l'incontinence

Déterminer les référents incontinents au sein de l'équipe

3 membres du personnel soignants se sont proposés pour être référent, cela les engage à suivre une formation et au suivi des résidents incontinents ainsi que leurs évaluations.

Les 3 référents sont : - Braem Madison
- Renard Cindy
- Renaud Nathalie

A l'entrée d'un nouveau résident

Une anamnèse est faite auprès du résident / sa famille pour savoir s'il est incontinent ou non, depuis qd ? urinaire et / ou fécale ? ...En utilisant le questionnaire ICIQ (boîte à outils)

Si le résident est continent

Objectif : maintenir la continence

Comment :

- Observation sur la régularité des mictions
- Observer la propreté des vêtements et sous- vêtements
- Observer la protection mise en place si elle est suffisante ou non
- Analyser l'autonomie / mobilité physique pour se rendre au WC
- Favoriser les repères dans l'espace pour accéder au WC
- Vérifier les aménagements au WC, barre d'appui WC pour faciliter l'autonomie
- Respect des règles hygiéno-diététique comme la prise de repas équilibré (notamment en fibres) pour tout ce qui est constipation / diarrhée, éviter les liquides irritants pour la vessie en accord avec le résident, hydratation mais attention à trop d'hydratation le soir (nycturie)

Matériel proposé

- La panne peut être utilisé de jour comme de nuit pour les résidents qui présentent une difficulté à se mobiliser
- La chaise percée
- Le péniflow qui facilite le prélèvement urinaire
- L'urinal

Evaluation :

- Par les référents incontinents
- Par les soignants
- Par les ergothérapeutes lors des activités
- Par les kinés
- Les échanges pluridisciplinaires



32					
33	Incontinence	ok	Pas ok		
34	Procédure écrite pour évaluation, gestion de la continence		Pas ok	01/07/2025	
35	Matériel d'incontinence de qualité et en quantité accessible à tout moment	ok		3,5 changes / incontinent/ jour	
36	Enregistrement dans DIS	ok			
37	Rôle du référent continence	ok		2 référents formés (Limage, Deprester)	
38	Outils utilisé pour évaluation incontinence	ok		Logigramme TENA	
39	Calendrier mictionnel		Pas ok	01/01/2026	
40	Calendrier suivi des selles	ok			
41	Moyens mis en œuvre pour maintenir la continence (kiné, adaptation environnement, vêtement adapté)		Pas ok	01/01/2026	
42	Modalités de mise à dispositions d'aide pour la continence et choix du matériel d'incontinence adapté	ok		Logigramme TENA	
43					

Modification liée à la formation des professionnels

A l'article 9°, les modifications suivantes sont apportées :

Personnel d'hôtellerie:

a) au 9.2, l'alinéa 6 est complété par les mots suivants : " **et aborde au minimum les thèmes liés à la nutrition** ";

Personnel soignant et de réactivation

b) au 9.3.8, alinéa 2 est complété par les mots suivants " **et aborde au minimum les thèmes liés à la nutrition, l'hygiène et la gestion de l'incontinence** ";

Au niveau des registres

~~Les enregistrements précédents font l'objet d'une analyse permettant d'évaluer de manière systématique l'efficacité des soins administrés.~~

~~En effet, les registres sont analysés régulièrement afin d'en extraire des indicateurs qualités, de définir les points forts mais aussi les points à améliorer et les lignes de conduite à définir.~~

— au 20.3., l'alinéa 2 est remplacé par ce qui suit :

" Ces registres conservés au sein de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins contiennent :

1° le nom du résident;

2° la référence à la procédure correspondant aux soins;

3° la date de début de l'évènement et de chaque changement.

Les enregistrements font l'objet d'une analyse qui permet d'évaluer de manière systématique la qualité de la prise en charge.

Ces lignes de conduite alimentent le programme de qualité de l'établissement ».

Au niveau des registres

1. le nom du résident;
 - Doit permettre l'identification du résident
2. la référence à la procédure correspondant aux soins;
 - Procédure liée à qui fait, quoi, quand, comment, où, pourquoi, dans quel but, descriptif des éléments utile pour constituer le registre
3. la date de début de l'évènement et de chaque changement
 - Certains phénomènes sont transitoires (chutes, escarre, contention)

	A	B	C	D	E	F	G	H
1	<u>2e étage - Chutes (40 résidents)</u>							
2								
3		Nbre chutes	Circonstances	Lieu	Moment	Désorientation	Contention	Conséquences
4		1	en se levant	chambre	jour	non	non	Douleurs au fessier
5		1	en étant debout	chambre	jour	Oui	non	Plaie au coude gauche
6		1	en étant debout	chambre	nuit	Oui	non	Quelques hématomes

Date 17/03/2023 00:30:00 **Moment de soins** Minuit (24-04) **Espace** Chambre **Nature** Chute à partir de la station debout/à la marche **Présent lors de la chute** Personne **Blessure** Blessure de gravité 1
la contusion légère, douleur légère et/ou plaie avec peu ou pas de soins (p.ex.: blessure d'arrachement, plaie sans suture) **Cause probable** Malaise, troubles de l'équilibre, fatigue

- La famille a été avertie
- Le médecin est prévenu
- Le résident avait-il une contention lors de la chute ?

Remarques

retrouvé monsieur a terre a coté du frigo a l entrée de sa chambre ,petite égratignure au niveau du coude droit ,pansement mis
relevé avec le lève personne
demande un dafalgan pour des douleurs diffuses

Nom	Prénom	Chambre	Actif ?		Médecin traitant
		165 CL - B	Oui	True	MRS
		173 B	Oui	True	MRS
		177 B	Oui	True	MRS
		167 B	Oui	True	MRS
		176 B-T	Oui	True	MRS
		150 B	Oui	True	MRPA
		164 B	Oui	True	MRPA
		163 B	Oui	True	MRS
		157 B	Oui	True	MRS
		172 B-T	Oui	True	MRS
		170 B-T-CL	Oui	True	MRS
		174 B-T	Oui	True	MRS
		151 B	Oui	True	MRS

Avril 2023
Mars 2023

B: barreaux de lit
CL: ceinture au lit
T: tablette au fauteuil
CF: ceinture au fauteuil.

4° le nombre de personnes incontinentes;

Moment de la journée

- (jour/nuit jour et nuit/ occasionnel)

Type ?

- Urinaire ou fécale-/urinaire et fécale

Circonstances

- (effort, urgenturie/fonctionnel/mixte/ autre)

Matériel utilisé

- Panne/urinal/protection (quel type?)/WC/SV/peniflow

Résidents évalués ?

- échelle incontinence (ICIQ, outils des firmes ?)

Calendrier mictionnel

- Réalisé ou pas

Croisement avec registre chute/contention

Croisement avec registre d'infection notamment urinaire

Délai

Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins disposent d'un **délai d'un an débutant à la date de l'entrée en vigueur du présent arrêté** pour mettre en place les dispositions du présent arrêté et **déterminer leur plan d'actions dans une vision d'amélioration continue, sous la forme d'un document écrit, en vue de mettre en place les mesures relatives à la continence et à la nutrition** visées à l'article 2, 3°, à l'article 2, 4°, a), et à l'article 2, 4°, b).

Au terme de ce délai d'un an, les mesures sont à mettre en place, conformément aux échéances définies dans le plan d'actions.

L'inspection est chargée de contrôler la mise en application effectives des mesures du présent arrêté.

Délai

Au bout de cette période d'un an, soit **le 15 février 2025, les mesures devront avoir toutes été mises en place, sauf si le plan d'actions** prévoit d'autres délais qui ont été validés. Dans ce dernier cas, **ce sont les délais du plan d'actions qui seront à respecter.**

Le plan d'action:

- Les mesures concernées sont:
 - A. L'article 2, 4°, a), et à l'article 2, 4°, b): La formation du personnel de soins et de réactivation
 - B. L'article 8.1.1: Les mesures liées aux échelles/outils d'évaluation

En pratique:

- Rendre un document écrit permettant un phasage si nécessaire:
 - Dans les 3 mois on utilise tous les échelles spécifiques lié la nutrition, chutes, escarre;
 - Dans les 6 mois utilisation des outils pour la continence (vu qu'ils n'y sont pas habitués);
 - Dans les 9 mois on analyse les informations encodées dans le DIS portant sur l'évaluations pour en tirer des actions et améliorer les choses;
 - Formation continuée sur l'hygiène: 5 membres du personnel formés/ an donc l'ensemble du personnel devra être formé pour le XX 2025.

Délai

La DAI est donc susceptible d'ores et déjà :

- de vous demander le plan d'actions avec les échéances liées à la mise en place des mesures ;
- et à partir du 15 février 2025, l'effectivité de la mise en œuvre des mesures, en fonction des échéances que vous avez préalablement définies en portant l'attention sur
 - L'actualisation du modèle de dossier de soins,
 - La mise à jour régulière des dossiers de soins individualisés,
 - La réalité de la procédure écrite définie par l'établissement pour l'accomplissement des soins apportés à la personne selon les règles de l'art applicables aux professionnels de santé,
 - L'existence des registres conservés au sein de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins contiennent :
 - 1° le nom du résident ;
 - 2° la référence à la procédure correspondant aux soins ;
 - 3° la date de début de l'évènement et de chaque changement,
 - Les modalités mises en place pour effectuer l'analyse qui permet d'évaluer de manière systématique la qualité de la prise en charge en vue d'alimenter le programme de qualité de l'établissement,
 - La présence et l'accessibilité à tout moment du matériel d'incontinence adapté en quantité et en qualité suffisante,
 - La collecte et le partage des données entre professionnels de santé dans le respect de la procédure écrite définie par l'établissement pour l'accomplissement des soins.

Conclusion

La circulaire est retravaillée conformément aux réponses apportées aux remarques des fédérations et est bien une recommandation ou une explication, notamment par rapport à la chute ;

- La mention du diététicien figure dans l'AGW et il n'appartient pas à l'administration de la supprimer par voie de circulaire ;
- La synthèse des questions – réponses du webinaire sera mise en ligne sur le portail après concertation avec les fédérations ;
- La simplification administrative ne peut entrer en contradiction avec la réduction de la qualité des prestations mais la digitalisation des outils est un préalable à l'exploitation des données de manière globalisée ;
- Une période de 3 ans permettra au personnel de la DAI de faire l'évaluation globale de tous les établissements en incluant l'examen basé sur les nouvelles mesures précitées.

Des questions ?

Contactez:

Benoit.MAROT@aviq.be
(DIS/incontinence/échelles d'évaluation)

et / ou

Marc.DELWAIDE@aviq.be (Nutrition)

