

Arrêté du Gouvernement wallon relatif aux missions d'incontinence et de nutrition au sein des maisons de repos et de soins et des maisons de repos et portant modification de l'annexe 120 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé

Le Gouvernement wallon,

Vu la loi du 10 juillet 2008 coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins, l'article 170, §1er ;

Vu le code wallon de l'action sociale et de la santé, l'article 359 alinéa 1^{er} ;

Vu le Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la santé ;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le XXX ;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le XXX ;

Vu le rapport du XXXXXXXX établi conformément à l'article 4, 2°, du décret du 3 mars 2016 visant à la mise en œuvre des résolutions de la Conférence des Nations unies sur les femmes à Pékin de septembre 1995 et intégrant la dimension du genre dans l'ensemble des politiques régionales, pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution ;

Vu l'avis de l'Autorité de protection des données, donné le XXX ;

Vu l'avis de l'Organe de concertation intra-francophone, donné le XXX ;

Vu l'avis XX du Conseil d'Etat, donné le 11 janvier 2021, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973 ;

Considérant l'avis de la Commission wallonne des aînés, donné le XXX ;

Considérant que la gestion la **continence** représente une part importante des plaintes des résidents et des familles ;

Considérant que la gestion de la continence demande une formation théorique et pratique afin de pouvoir appliquer les meilleurs pratiques ;

Considérant tant le coût financier qu'humain que représente la gestion de la continence ;

Considérant que la gestion de la continence touche au respect et la bienveillance de la personne âgée ;

Considérant que la gestion de la continence fait partie intégrante de la prévention des contaminations et des infections ;

Considérant que la gestion de la continence joue sur le bien-être physique et psychique du résident ;

Considérant que la gestion de la prévention de la continence permet de préserver l'autonomie du résident ;

Commenté [LPK1]: Un certain nombre de « considérant » sont à supprimer dès lors qu'ils ne retrouvent à des articles normatifs qui les concernent.

Commenté [LPK2]: ??

Commenté [LPK3]: Copy-paste ?

Commenté [LPK4]: Incontinence au lieu de continence. La définition de la continence ; État d'un sphincter qui fonctionne normalement.

Commenté [LPK5]: Pas d'article relatif à la formation.

Considérant qu'une évaluation de la continence est nécessaire pour objectiver le problème et adapter les plans de soins individualisés ;

Considérant qu'il est régulièrement constaté que l'ensemble du personnel en maison de repos manque de connaissances en matière de diététique et nutrition des aînés ;

Considérant que plusieurs études ont démontré un manque de connaissances quant à la nutrition chez les soignants ;

Considérant que plusieurs études ont démontré qu'une connaissance approfondie et un intérêt réel pour les soins nutritionnels sont nécessaires pour améliorer l'état nutritionnel des résidents et pour éviter la survenue d'une dénutrition ;

~~Considérant que le secteur est réellement demandeur de formation sur cette matière au vu du succès important des formations nutritionnelles du PWNS de A proposées ces dernières ;~~

Considérant que les résidents en maisons de repos sont de plus en plus dépendants et nécessitent des soins nutritionnels et une alimentation particulière puisqu'ils ont des besoins nutritionnels différents vu leur âge et vu leurs problèmes de santé ;

~~Considérant que le diététicien est le seul professionnel de l'alimentation, de la nutrition et de la santé reconnu par l'INAMI et dont le titre est protégé par un Arrêté royal du 19/02/1977 dont l'exercice de la profession nécessite un agrément du fédéral ;~~

~~Considérant que pour que le diététicien soit pleinement efficient, remplisse ses missions dans une approche pluridisciplinaire et apporte une valeur ajoutée dans la prise en charge nutritionnelle globale et individuelle des résidents, il doit être présent dans chaque institution et sur chaque site ;~~

Sur la proposition de la Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Après délibération,

ARRETE :

Article 1^{er}. Le présent arrêté règle, en application de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de celle-ci.

~~**Art. 2.** Dans le point 3.1. de l'annexe 120 du code réglementaire de l'Action sociale et de la Santé modifiée par l'arrêté du Gouvernement wallon du 16 mai 2019, l'arrêté du Gouvernement wallon du 16 septembre 2021 et l'arrêté du gouvernement wallon du 28 octobre 2021, la phrase « Il sera conservé dans l'établissement au moins deux ans après la sortie du résident. » est remplacée par la phrase « L'établissement conserve le dossier administratif individuel dix ans après le départ du résident et le dossier médical individuel au minimum trente ans après son départ avec un maximum de cinquante ans. »~~

Art 3. Dans le point 3.1.5. de l'annexe 120 du code réglementaire de l'Action sociale et de la Santé modifiée par l'arrêté du Gouvernement wallon du 16 mai 2019, l'arrêté du Gouvernement wallon du 16 septembre 2021 et l'arrêté du gouvernement wallon du 28 octobre 2021, les modifications suivantes sont apportées :

Commenté [JMR6]: Quel est l'intérêt de prolonger l'archivage? Cela aura un coût. Si la durée d'archivage peut être prolongée, elle sort du cadre de la réforme alimentation-contenance. Ce devrait être envisagé dans le GT correctif.

Commenté [CD7R6]: Je partage que cela sort du contexte de travail alimentation-nutrition. J'ajoute que dans la circulaire sur les soins, le point est aussi abordé en ce sens. À tout le moins, la réglementation wallonne devra s'aligner sur la législation fédérale sur les droits du patient et le code de déontologie.

Commenté [LPK8R6]: Le Code de déontologie médicale prévoit en son article 46 que le médecin est tenu de conserver les dossiers médicaux pendant 30 ans après le dernier contact avec son patient. Le dossier médical doit soit être retourné au MT ou s'il doit être conservé dans l'institution s'est sous la responsabilité du MCC ou du médecin référent.

Commenté [LPK9R6]: Proposition de synthèse Fédés ; La question de l'archivage sort du contexte de travail nutrition-incontinence. Elle doit être renvoyée aux GT réforme générale des normes. D'autant plus que tout archivage du dossier individuel de soins est abrogé par l'article 8.1.4.

Commenté [CD10]: Les points 3.1.5. et 8.1.1. et suivants traitent du dossier de soins/dossier individualisé de soins. Tant qu'à apporter des modifications à ces textes, il convient alors de rassembler le tout au départ d'un seul point.

1° un alinéa rédigé comme suit est inséré entre l'alinéa 1^{er} et 2 :

« La diffusion et le contenu du dossier administratif et de soins respectent la Loi relative aux droits du patient » ;

2° dans la phrase liminaire de l'alinéa 2, les mots « au moins » sont abrogés ;

3° dans l'alinéa 2, le 1° est remplacé par ce qui suit : « 1° l'identification du patient par son numéro d'identification à la sécurité sociale (NISS), son nom, son sexe, sa date de naissance, son adresse, ses numéros de téléphone et le cas échéant ses adresses électroniques » ;

4° dans la phrase liminaire de l'alinéa 3, les mots « au moins » sont abrogés ;

5° dans l'alinéa 3, le 1° est remplacé par ce qui suit « 1° les données médicales communiquées par le médecin traitant, à l'entrée et leurs mises à jour ; » ;

6° dans l'alinéa 3, 2°, les mots « mise à jour » sont insérés entre le mot « liaison » et le mot « reprenant » ;

7° la phrase liminaire de l'alinéa 3, 3° est complétée par les mots « par les professionnels de santé qui sont en contact avec les résidents » ;

8° dans la deuxième phrase de l'alinéa 3, 3°, le mot « notamment » est abrogé ;

9° dans l'alinéa 3, 3°, c), le i. est remplacé par ce qui suit : « i. 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. » ;

10° l'alinéa 3, 3°, c) est complété par un point v. rédigé comme suit : « v. les directives paramédicales en diététique : la mesure de la taille, la pesée mensuelle avec report du poids sur un abaque de suivi de poids comprenant les alarmes IMC (23, 21, 18) et alarmes de perte de poids > 5% en 1 mois et > 10% en 6 mois, le suivi du MNA et 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 ; » ;

11° dans l'alinéa 3, 3°, d), le mot « futurs » est remplacé par les mots « et de fin de vie » ;

12° l'alinéa 3, 3° est complété par un point e) rédigé comme suit : « e) les procédures pour le suivi de l'état bucco-dentaire du résident dont un diagnostic dentaire et de détartrage relatif aux dents et aux appareils minimum une fois par an.

Art. 4. Dans l'annexe 120 du même code, le point 7 est remplacé par ce qui suit :
« 7. De la nourriture

7.1. Les résidents reçoivent au moins trois repas par jour dont au moins un repas chaud complet.

La nourriture est saine et variée ; elle est adaptée aux besoins nutritionnels qualitatifs et quantitatifs et à l'état de santé de la personne âgée. Elle respecte les règles de qualité relatives à la nutrition des personnes âgées. Les régimes diététiques prescrits par le médecin traitant sont observés.

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 validés par un diététicien différent de celui de la société de catering et 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.

Il est tenu un registre reprenant au moins la liste des menus du mois écoulé. Ce registre doit être accessible en permanence aux agents de l'Agence chargés du contrôle.

7.3. Le repas du matin ne peut être servi avant 7 heures, celui du midi avant 12 heures et celui du soir avant 18h30 heures. 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.

Commenté [JMR11]: Un résidant n'a pas nécessairement d'adresse électronique.

Commenté [LPK12R11]: OK Femarbel : OK Catherine ?

Commenté [CD13R11]: ok

Commenté [CD14]: Plutôt complété?

Commenté [LPK15]: Qui fait ce diagnostic, interne, dentiste, ... Quid logistique (rendez-vous, transport, temps d'attente, personnel mobilisé, ...). Quid refus du résident avis/accord des familles, ... La mesure risque de générer des frais importants pour les résidents et poser le cas échéant question de l'acceptation de ceux-ci par les CPAS, administrateur provisoire, familles.

Commenté [JMR16]: Ok si financement. Il serait vraiment opportun de financer une diététicienne quand on voit les obligations en termes de goût, texture, valeur nutritive, nbr de repas et collation, etc....

Proposition : validé par un diététicien

Commenté [CD17R16]: Ok avec le commentaire de JM

Commenté [LPK18R16]: Dans la mesure où un diététicien interne n'est pas prévu, il n'y a pas lieu d'obliger la validation par un diététicien externe à la société de catering.

Commenté [CD19]: Quelle est la portée de cette phrase? Veut-on appuyer que les menus sont variés et que donc, sur une semaine, il faut varier les plaisirs des menus et collations ? Ou bien qu'il faut prévoir à chaque repas plusieurs choix et plusieurs collations au choix ? Si deuxième acception, pas possible. Quant à l'accès aux produits frais? Là encore, est-ce à prévoir à un certain rythme dans les menus ou en libre service ?

Commenté [JMR20]: Actuellement 17h30. 30 minutes en plus ne va pas changer radicalement la donne en terme de meilleure alimentation et de jeûne nocturne. Par contre il y a un impact organisationnel: conciliation vie privée / vie professionnelle avec du personnel féminin dans un contexte de pénurie; décalage des soins et mise au lit, ...

La possibilité d'une collation en soirée est plus importante.

Commenté [CD21R20]: Ok!

Commenté [LPK22R20]: OK aussi.

Une collation en soirée au-delà de 20 heures et sans coût supplémentaire doit être disponible. Elle est proposée, ~~distribuée et administrée~~ aux résidents à risque de dénutrition ou dénutris. Son administration doit être tracée.

Pour assurer la convivialité, éviter toute situation d'isolement social et respecter le projet de vie de l'établissement, les repas ~~doivent être~~ sont pris de préférence au restaurant. Néanmoins, si pour des raisons médicales ou à la suite de la demande justifiée du résident, les repas sont pris en chambre, ~~il convient de notifier ce fait au sein du dossier individuel de soins, d'en expliquer la raison et d'évaluer le fait sera consigné dans les DIS et la situation évaluée de manière régulière.~~

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

7.5. La maison de repos, maison de repos et de soins est tenue de fournir l'aide nécessaire aux personnes qui éprouvent des difficultés pour manger ou boire seules.

~~Au niveau de l'aide humaine, il faut la présence de personnel suffisant à chaque repas pour aider les aînés qui en ont besoin à manger.~~ Le dossier individuel de soins doit mentionner si le résident a besoin d'une aide au moment du repas et de quelle nature est cette aide. ~~Tout le personnel soignant est présent aux lieux des repas.~~ Au restaurant ou dans les espaces de repas communs au minimum un soignant- membre du personnel de soins et de réactivation est présent pour apporter l'aide adéquate lors du repas à 5 résidents qui en ont besoin. Dans toute la mesure du possible, le personnel soignant est présent aux lieux des repas.

Au niveau des aides techniques, ~~il faut la présence~~ du matériel approprié est à disposition pour aider les personnes âgées résidents qui le nécessitent à manger et à boire. Une liste tenue à jour et recensant les besoins en aides techniques des résidents est présente sur les lieux des repas.

7.6. Chaque résident possède une fiche de goûts où l'on retrouve sont renseignées ses préférences et ses habitudes alimentaires.

7.7. Conformément au Guide pour l'élaboration de menus équilibrés variés et adaptés à destination des MR-MRS du PWNS-be-A ~~disponible sur le portail de l'Agence~~, la confection des repas répond à une norme de portions minimales pour tous les résidents sauf pour les résidents qui bénéficient d'un plan individuel de soins nutritionnel présent dans le dossier individuel de soins.

7.8. Les rations alimentaires et leurs textures ~~seront~~ sont adaptées aux besoins nutritionnels et, dans toute la mesure du possible, aux goûts du résident afin que chaque aîné puisse bénéficier d'un apport adéquat personnalisé à son état de santé.

7.9. Un Comité de liaison alimentation et nutrition (Clan) constitué de professionnels impliqués dans l'alimentation des résidents. Il comprend au moins le directeur, l'infirmier-chef, le chef de cuisine et le cas échéant, le diététicien. Le médecin coordinateur et conseiller y est invité. Ce Comité est le lieu de concertation pour toutes les questions relatives à l'alimentation dans la maison de repos. Il promeut une alimentation qui concilie hygiène, besoins alimentaires, diététique et plaisir de manger. Il veillera notamment :

- 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'action pour les résidents dénutris ;

- à la prise de suppléments nutritifs oraux en cas d'apports en énergie ou protéines insuffisants

Art. 5. Dans le point 8. de l'annexe 120 du même code, les modifications suivantes sont apportées :

1° dans la phrase liminaire du point 8.1., le mot « ||| » est remplacé par les mots « L'infirmier-chef » ;

Commenté [JMR23]: On n'administre pas une collation. Si une personne dort, on ne va pas la réveiller.

Commenté [LPK24R23]: OK

Commenté [JMR25]: Difficile à envisager sans informatisation des soins.

Commenté [CD26]: À supprimer. Qui est-on pour juger que la demande d'un résident est justifiée? Chacun garde son libre arbitre.

Commenté [LPK27R26]: Supprimer la mention dans le DIS, le résident est libre de changer d'avis tous les jours.

Commenté [JMR28]: Retour en arrière, qui nécessite un travail administratif et qui ne semble pas vraiment respecter le choix du résident, dès lors que l'équipe de soins doit « évaluer la situation de manière régulière

Commenté [CD29]: Cette phrase n'apporte rien aux développements d'après. À supprimer.

Commenté [CD30]: Ça ne sera pas toujours possible s'il y a encore des soins en cours ou autres... La phrase suivante est suffisamment éclairante.

Commenté [LPK31R30]: Sur quelle base on s'appuie sur un soignant pour 5 résidents. L'aide peut varier de la simple ouverture du pot de yaourt jusqu'à l'aide à l'alimentation totale. Cela peut varier aussi en fonction du menu.

Commenté [JMR32]: Il existe trois catégories de personnel: le personnel de direction et d'administration, le personnel d'hôtellerie et le personnel de soins et de réactivation dans le règlementation.

Commenté [LPK33]: Obligation administrative trop lourde. Qui de plus, la situation peut varier de jour en jour en fonction du nombre de résidents présents au restaurant.

Commenté [LPK34]: Proposition Femarbel :

Les portions minimales pour tous les résidents suivent les recommandations du guide PWNS-be-A, sauf pour les résidents qui bénéficient d'un plan individuel de soins nutritionnels présent dans le dossier individuel de soins.

Commenté [JMR35]: Suggestion d'ajout

Commenté [LPK36]: Pas d'accord. De plus, il n'y a pas d'infirmerie en MRPA. Trop lourd administrativement et déjà assez de comités au sein des maisons.

Commenté [JMR37]: Je ne vois pas phrase liminaire au point 8.1.

Commenté [CD38R37]: Il n'y a pas d'infirmier chef dans les MRPA.

2° la deuxième phrase du point 8.1. est complétée par les mots « auprès de l'infirmier chef » ;
 3° le point 8.1.1. est complété par un alinéa 2 rédigé comme suit : « Des échelles d'évaluation sont établies à l'admission du résident dans l'établissement et tenues à jour pour évaluer la continence, la nutrition, le risque de chute et le risque d'escarre. Elles figurent dans le dossier individualisé de soins afin de permettre d'évaluer l'évolution de la santé du résident et de planifier des actions en vue d'améliorer la qualité de vie de celui-ci, selon la périodicité suivante :

Pour la continence :

- a) A l'admission
- b) Au moins tous les 6 mois
- c) Sur ordonnance médicale
- d) A chaque changement d'état nécessitant une réévaluation (symptôme d'incontinence urinaire ou fécale)

Pour la nutrition :

- a) à l'admission ;
- b) au moins tous les 6 mois ;
- c) en cas de perte de poids de >5% en un mois, de >10% en six mois ;
- d) sur ordonnance médicale ;
- e) au retour d'une sortie hors de la MR (ex. hospitalisation) d'au moins 1 semaine).

Pour les chutes :

- a) A l'admission
- b) Au moins tous les 6 mois
- c) Sur ordonnance médicale
- d) S'il a été hospitalisé pour une chute ou a chuté pendant son hospitalisation

Pour le risque d'escarre :

- a) A l'admission
- b) Au moins toutes les semaines
- c) Sur ordonnance médicale
- d) Si l'état du résident se dégrade et présente des facteurs de risque. » ;

4° le point 8.1.4. est abrogé.

Art. 6. Le point 9.2. de l'annexe 120 du même code est complété par deux alinéas rédigés comme suit : « Le chef cuisinier de la maison de repos et de soins doit disposer de l'accès à la profession.

Si un chef de cuisine déjà en place n'a pas d'accès à la profession, il peut rester en poste à condition de pouvoir faire valoir une expérience de 5 ans dans cette fonction et suivre un recyclage en rapport avec la restauration de collectivité pour aînés. ».

Art. 7. Dans la deuxième phrase du point 9.3.8. de l'annexe 120 du même code, les mots « rencontrées sur le terrain » sont remplacés par les mots « identifiées par les registres dont l'hygiène, la prévention et le contrôle des infections, la nutrition et la gestion de la continence. ».

Art. 8. Le point 9.3.9. de l'annexe 120 du même code est complété par un 6° rédigé comme suit : « 6° au moins 0,2 équivalents temps plein graduat ou baccalauréat en diététique. Le diététicien fait partie intégrante du personnel de soins et de l'équipe pluridisciplinaire de la maison de repos.

En concertation avec le ou les infirmiers en chef, il assume les tâches suivantes :

- a) veiller avec le cuisinier à la qualité et la quantité de l'alimentation et des repas ;
- b) participer avec le cuisinier aux achats des aliments et suppléments alimentaires ;
- c) participer avec le cuisinier au planning des menus et repas ;
- d) veiller avec le cuisinier et le médecin coordinateur à l'hygiène alimentaire ;
- e) est chargé du suivi nutritionnel individuel de chaque résident en collaboration avec le médecin traitant ou le médecin coordinateur et l'équipe soignante (approche multidisciplinaire) ».

Commenté [CD39]: Ajout inutile - parce qu'il n'y a pas d'infir chef partout, parce que les infis doivent être privilégiés dans les soins. Soit la formulation actuelle suffit (pose-t-elle problème)? Soit il faut identifier une autre personne ou catégorie de personnel si derrière la proposition il y a une question de sécurité

Commenté [LPK40R39]: Cette adaptation telle que formulée ne veut rien dire. Quid des MRPA pures sans INF chef ? Donc pas de dossier de soin ! Voir remarque plus haut. Le personnel administratif/direction ne peut pas donner de copie ?

Commenté [CD41]: Cf mon commentaire pour rassembler en une disposition tout ce qui touche au dossier de soins et DIS

Commenté [CD42]: Dans les 15 jours au maximum de l'admission (débat à la CWA) - le résident qui arrive dans un tout autre milieu de vie ne sera peut-être pas enclin à se voir passer un batterie de test (cf les autres sujets infra et idem pour ces autres sujets).

Commenté [LPK43R42]: Uniformiser le délai à 7 jours (cf. délai envoi échelle de Katz).

Commenté [JMR44]: Pas de sens de faire une évaluation après chaque sortie (ex. week-end en famille). Il faut une évaluation si la sortie dort plus d'une semaine

Commenté [LPK45R44]: OK pour nous.

Commenté [CD46R44]: ok

Commenté [CD47]: Et rien lors de chutes dans la MR/S?

Commenté [JMR48]: L'évaluation du risque d'escarre chez l'ensemble des résidents toutes les semaines demande un travail administratif énorme pour les infirmières référentes en plaie.

Commenté [LPK49]: Sans mettre un doute de la pertinence de ce type d'évaluation, nous sommes dans un AM relatif à la continence et la nutrition.

Commenté [LPK50]: Donc plus d'archivage du dossier de soins. (cf remarque Art.2. supra)

Commenté [JMR51]: C'est vague.

Commenté [CD52]: L'avis de la CWA a été très clair sur ce point - les participants - autres que l'AVIQ- n'ont pas retenu cette proposition.

Commenté [LPK53]: Inacceptable. L'accès à la profession est réglementé. Il s'agit de l'Arrêté royal du 13/06/1984 instaurant des conditions d'exercice de l'activité professionnelle de restaurateur ou de traiteur-organisateur de banquets dans les petites et moyennes entreprises du commerce et de l'artisanat. ... [1]

Commenté [JMR54]: Le point 9.3.8. vise la formation permanente. Une maison de repos est un lieu de vie av... [2]

Commenté [JMR55]: La Commission dépendance a demandé 0,1 par 30 résidents dans les normes financées.

Commenté [LPK56]: Avis favorable sur la suppression des normes d'agrément. Accord sur une norme de financement.

Art. 9. L'alinéa 2 du point 20.3. de l'annexe 120 du même Code 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 doivent contenir :

- a) le nom du résident ;
- b) une référence à une procédure ;
- c) la date initiale de l'évènement et de chaque changement.

Les enregistrements précédents font l'objet d'une analyse permettant d'évaluer de manière systématique la qualité des soins administrés. En sont extraits des indicateurs qualités pour l'ensemble de l'établissement, afin de définir les points forts mais aussi les points à améliorer et les lignes de conduite à définir.

Ces lignes de conduite alimentent le plan qualité de l'établissement.

Les indicateurs qualité de l'établissement sont examinés lors de chaque visite d'inspection. ».

Art. 10. Le point 20.4 de l'annexe 120 du même code est complété par un alinéa rédigé comme suit : « Toute maison de repos et toute maison de repos et de soins disposent 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. ».

Art. 11. Le présent arrêté entre en vigueur le ~~1^{er} janvier 2023~~.

Art. 12. Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins disposent d'un délai de **six mois à dater** de l'entrée en vigueur du présent arrêté pour mettre en place les missions relatives à l'incontinence visées aux articles 3 9°, 5 3°, 7, 9 et 10 et à la nutrition visées aux articles 3 10° et 12°, 4, 6 et 8.

Art. 13. Le Ministre qui a la santé et l'action sociale dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté

Namur, le

Le Ministre-Président

Elio DI RUPO

La Ministre de la Santé et de l'Action sociale

Commenté [CD57]: Pourquoi remplacer "l'efficacité" du texte actuel par "la qualité"?

Commenté [LPK58]: Délai à postposer au 1^{er} juillet 2023. Nouvelle période de référence.

Christie MORREALE

Inacceptable.

L'accès à la profession est réglementé. Il s'agit de l'Arrêté royal du 13/06/1984 instaurant des conditions d'exercice de l'activité professionnelle de restaurateur ou de traiteur-organisateur de banquets dans les petites et moyennes entreprises du commerce et de l'artisanat.

L'accès à la profession de restaurateur ou traiteur-organisateur de banquets s'adresse aux personnes qui souhaitent apporter la compétence professionnelle de restaurateur ou traiteur-organisateur de banquets à une petite ou moyenne entreprise exerçant cette activité réglementée.

En Wallonie, la liste des activités nécessitant l'accès à la profession sont au nombre de 26 (SPF Eco, ..., loi du 24/12/58 remplacée par la loi du 15/12/70 et la loi-programme du 10/02/98) :

- Installateur-frigoriste
- Restaurateur ou traiteur-organisateur de banquets
- Boulanger-pâtissier
- Vente et réparation de vélos
- Vente de véhicules à moteur d'occasion et carrosserie
- Réparateur des véhicules à moteur jusqu'à 3,5 tonnes
- Réparateur des véhicules à moteur supérieurs à 3,5 tonnes
- Activités de gros-œuvre
- Activités du plafonnage, cimentage, pose de chapes
- Activités du carrelage, marbre, pierre naturelle
- Activités de la toiture, étanchéité
- Activités de menuiserie (placement/réparation) et vitrerie
- Activités de menuiserie générale
- Activités de la finition
- Installation de chauffage, sanitaire, climatisation, gaz
- Activités de l'électrotechnique
- Activités de l'entreprise générale
- Coiffeur/coiffeuse
- Esthéticien(ne)
- Opticien(ne)
- Entrepreneur de pompes funèbres

Les cuisines de collectivités et les hôtels ne sont pas concernés puisque d'autres obligations en termes d'agrément sont exigées. Les maisons de repos sont des cuisines de collectivités. Même chose pour les cantines scolaires.

Quid des établissements qui sous-traite à l'extérieur le catering et font de la régénération par du personnel logistique. Même chose pour une institution d'un CPAS qui est livré par la cuisine du CPAS.

A abroger

Page 5 : [2] Commenté [JMR54] Rombeaux Jean-Marc 01-07-22 13:26:00

Le point 9.3.8. vise la formation permanente. Une maison de repos est un lieu de vie avec des soins. Les difficultés rencontrées ne concernent pas que les soins.