

Interprétation des normes

Normes applicables aux maisons de repos, aux courts-séjours et aux maisons de repos et de soins

Art.129 à 237

Informations spécifiques :

- **Art. 225 à 227** : normes spécifiques relatives aux places de court-séjour
- **Art.228 à 237** : normes spécifiques relatives aux maisons de repos et de soins

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 129. § 1er. Sans préjudice des normes générales définies au Titre II, les maisons de repos doivent, quel que soit le type de places qu'elles offrent, satisfaire aux dispositions des Chapitres II à VII du présent Titre.</p> <p>§ 2. Aux fins de l'application des Chapitres Ier à VII du présent Titre, il faut entendre par ""établissement"", une maison de repos au sens de l'article 2, 4°, c), de l'ordonnance.</p>	<p>Article 2, 4°, c), de l'ordonnance : "<i>maison de repos : une ou plusieurs unités de vie, quelle qu'en soit la dénomination, constituant fonctionnellement une résidence collective procurant un hébergement ainsi que des aides ou des soins aux aînés qui y demeurent avec ou sans agrément spécial pour la prise en charge des aînés fortement dépendants et nécessitant des soins</i>".</p>	
<p>Art. 130. Un gestionnaire ne peut exploiter plus de 200 places par établissement.</p> <p>Le nombre de places visé par l'alinéa précédent vise les places de maison de repos, les places de court séjour et les places de maison de repos et de soins.</p>	<p>Une autorisation spéciale de mise en service et d'exploitation (ASMESE) ne peut pas dépasser plus de 200 lits.</p>	

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 131. § 1er. Sans préjudice de l'article 49, préalablement à l'admission, il est conclu entre l'établissement et l'habitant une convention stipulant obligatoirement :</p> <p>1° les conditions de réduction de l'intervention financière de l'habitant, en cas d'hospitalisation ou d'absence ininterrompue de plus de sept jours ;</p> <p>2° le fait que l'obligation de payer le prix journalier d'hébergement subsiste tant que la chambre n'est pas libérée, à l'expiration du délai de préavis prévu à l'article 134 ;</p> <p>3° le montant de la garantie éventuellement déposée, qui ne peut pas être supérieur au prix mensuel d'hébergement :</p> <p>a) lorsqu'elle est exigée, la garantie est placée par les parties sur un compte individualisé, ouvert au nom de l'habitant auprès d'un établissement financier, en mentionnant son affectation : "garantie pour toute créance résultant de l'inexécution totale ou partielle des obligations de l'habitant" ;</p> <p>b) les intérêts produits par la somme ainsi placée sont capitalisés. Au terme de la convention, la garantie capitalisée est remise à l'habitant ou à ses ayants-droits, déduction faite</p>	<p>Pour rappel, l'article 49 fixe les normes relatives à la convention conclue entre l'établissement et l'aîné.</p> <p>Si l'établissement a besoin d'aide pour élaborer une convention pour ses habitants, un exemple de convention est disponible sur le site web d'Iriscare (Iriscare).</p> <p>La convention doit contenir au moins les éléments décrits dans la norme et doit être soumise à l'approbation d'Iriscare. Chaque fois que des modifications sont apportées à la convention, une nouvelle version doit être soumise à l'approbation d'Iriscare.</p> <p>3° Lorsqu'une garantie est demandée, elle doit être versée sur un compte bancaire spécifique prévu à cet effet. Le capital et les intérêts ne peuvent donc être utilisés qu'à cette fin.</p> <p>La garantie n'est pas mentionnée sur les factures car elle est reprise sur un compte spécifique prévu pour celle-ci.</p> <p>Au terme de la convention, les intérêts engendrés par la somme bloquée dans le cadre de la garantie sont redistribués à l'habitant. Ce qui est dû à l'établissement est déduit. Cependant, s'il n'y a pas d'état des lieux, l'habitant percevra l'intégralité de celle-ci (montant et intérêts).</p> <p>A noter une particularité, à savoir qu'aucune garantie ne peut être demandée pour les courts-séjours.</p>	<p>La direction doit être en mesure de présenter les documents relatifs à la garantie.</p> <p>Lors de l'inspection, cette norme est vérifiée de plusieurs manières :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La convention est disponible en français et en néerlandais et c'est bien la convention qui a été approuvée par Iriscare ; - La convention est respectée dans la pratique ; - Les prix indiqués dans la convention correspondent aux prix figurant sur les factures ; <p>Dans le dossier de l'habitant, on doit trouver le document de la banque qui atteste qu'un compte "garantie" a été ouvert au nom de ce dernier. Le montant de celle-ci est également contrôlé.</p> <p>Vérification du montant demandé pour la garantie sur le document de la banque.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>de tous les frais et indemnités éventuellement dus en vertu de la convention ;</p> <p>c) en tout état de cause, il ne peut être disposé du compte de garantie, tant en principal qu'en intérêt, qu'au profit de l'une ou l'autre des parties et moyennant production soit d'un accord écrit conclu entre les parties, établi postérieurement à la conclusion de la convention, soit d'une copie conforme de l'expédition d'une décision judiciaire ;</p> <p>d) aucune garantie ne peut être exigée en cas d'hébergement en court séjour ;</p> <p>4° le numéro de la chambre occupée par l'habitant, avec mention du nombre maximum d'habitants admissibles dans cette chambre.</p> <p>§ 2. En cas d'admission urgente, la convention est conclue dans les sept jours ouvrables suivant l'admission de l'habitant.</p>	<p>§ 2 : On entend par "conclue" le fait que la convention doit être signée par les deux parties dans les 7 jours ouvrables.</p>	
<p>Art. 132. L'état des lieux du logement occupé par l'habitant est signé par celui-ci et par le directeur ou, le cas échéant, le gestionnaire, et est annexé à la convention.</p> <p>S'il n'a pas été établi d'état des lieux détaillé, l'habitant est présumé avoir reçu le logement dans le même état que celui où il se trouve à la fin de la convention, sauf preuve du contraire fournie par le gestionnaire."</p>	<p>L'état des lieux doit être signé par les deux parties à l'admission et figure dans le dossier confidentiel de l'habitant. Si l'état des lieux n'est pas signé par les deux parties, l'état des lieux est considéré comme nul et non avenu. Dans ce cas, on considère que l'état des lieux n'est pas existant.</p> <p>En l'absence d'un état des lieux, l'habitant aura toujours l'avantage en cas de litige.</p>	<p>Tijdens de inspectie wordt de aanwezigheid van een plaatsbeschrijving gecontroleerd in het vertrouwelijk dossier van de bewoners.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est considéré comme "conforme" : existence d'un état des lieux <u>et</u> signé par les deux parties. - Est considéré comme "non conforme" : la présence d'un état des lieux non signé dans le dossier de l'habitant. Dans

Articles	Interprétations	Contrôle
		<p>ce cas, celui-ci est considéré comme nul et non avvenu et doit donc être retiré du dossier.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est considéré comme "conforme" : absence d'un état des lieux.
<p>Art. 133. La convention est conclue pour une durée indéterminée ou déterminée ; le premier mois sert de période d'essai.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa 1er, en cas d'hébergement en court séjour, la convention est établie à durée déterminée.</p>		
<p>Art. 134. § 1er. Préalablement à l'admission, l'habitant peut résilier la convention sans frais, à condition d'en prévenir le directeur, par envoi recommandé ou par courrier électronique avec accusé de réception, dans un délai de sept jours à dater du lendemain de la signature du contrat.</p> <p>§ 2. Durant la période d'essai, les deux parties peuvent résilier la convention, moyennant un préavis de sept jours.</p> <p>§ 3. Au terme de la période d'essai, la convention peut être résiliée, à tout moment, moyennant un délai de préavis de deux mois, en cas de résiliation par le gestionnaire et d'un mois, en cas de résiliation par l'habitant.</p>	<p>Lorsqu'il est question de jours sans aucune précision particulière, il s'agit de jours de calendrier (par exemple, à l'article 131, §2, il est bien précisé "jours ouvrables").</p>	<p>Contrôle des éventuelles factures, les durées réelles des préavis, ...</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Par dérogation à l'alinéa 1er, le préavis est de six mois en cas de résiliation par le gestionnaire dans le cadre d'une fermeture volontaire de l'établissement.</p> <p>En cas de résiliation pour raison médicale, attestée par un médecin, le délai de préavis, dans le chef de l'habitant ne peut être supérieur à quatorze jours.</p> <p>En cas de décès de l'habitant, un délai de préavis de quinze jours commence à courir d'office le jour du décès.</p> <p>Dans les cas visés aux alinéas 2 et 3, les parties peuvent, toutefois, convenir de réduire le délai de préavis et de limiter l'obligation de payer le prix journalier à la période d'occupation réelle des locaux.</p> <p>§ 4. Si le médecin traitant estime que la condition physique ou mentale de l'habitant est telle que des soins particuliers sont définitivement requis dans un autre établissement plus adéquat, l'établissement s'engage à :</p> <p>1° prolonger le délai de préavis à raison du temps nécessaire pour trouver ce nouvel établissement, pour autant que la continuation de l'hébergement de l'habitant concerné ne présente pas, sur la base d'une attestation</p>		

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>établie par ce médecin, un danger grave pour lui-même ou pour les tiers ;</p> <p>2° raccourcir le délai de préavis si l'habitant peut être admis dans ce nouvel établissement à une date antérieure à l'échéance du délai de préavis applicable en vertu du paragraphe 3.</p> <p>§ 5. En cas d'hébergement en court séjour, la convention peut être résiliée moyennant un préavis de sept jours, quelle que soit la partie qui notifie cette résiliation.</p> <p>§ 6. La résiliation se fait par écrit, soit par envoi recommandé, soit par envoi recommandé avec accusé de réception, au plus tard deux jours ouvrables avant la prise de cours du délai de préavis.</p> <p>Le préavis donné par le gestionnaire est dûment motivé ; à défaut, le congé est censé ne pas avoir été donné.</p> <p>§ 7. Si l'habitant quitte l'établissement pendant la période de préavis donné par le gestionnaire, il n'est pas tenu de prester ce préavis jusqu'à son terme.</p> <p>§ 8. L'habitant qui résilie la convention sans observation du délai de préavis peut être tenu de payer une indemnité correspondant au prix journalier d'hébergement couvrant la durée du</p>		

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>préavis fixé, à l'exclusion des éventuels suppléments.</p>		
<p>Art. 135. Outre les mentions visées à l'article 14, le règlement d'ordre intérieur comporte obligatoirement les mentions suivantes :</p> <p>1° la précision, dans les conditions spéciales d'admission, notamment des personnes âgées de moins de soixante ans et des degrés de dépendance retenus pour l'admission des aînés dans l'établissement ;</p> <p>2° l'entière liberté de circulation et de sortie de l'établissement, sauf certificat du médecin traitant, joint au dossier médical, prescrivant le contraire ;</p> <p>3° les procédures écrites adoptées par l'établissement concernant les mesures d'isolements, de surveillance et de contention, visées à l'article 158 ;</p> <p>4° le droit de recevoir des visites tous les jours, de 11 heures à 20 heures au moins, y compris les dimanches et jours fériés, dans le respect d'autrui ;</p> <p>5° le droit de ne recevoir que les visiteurs de son choix ; chaque visiteur devant s'annoncer avant d'entrer dans la chambre ;</p>	<p>Il est attendu que le contenu du ROI corresponde à la réalité du terrain afin qu'il puisse être respecté par l'ensemble de l'institution.</p> <p>Il existe un modèle du ROI sur le site internet d'Iriscare (Formulaires Infos & documents pour le professionnel Professionnels Iriscare.)</p> <p>1° En ce qui concerne les habitants âgés de moins de soixante ans, il y a lieu de tenir compte de l'arrêté du 23 mai 2024 (Banque de données Justel (fgov.be)) exécutant l'article 12 §2 2° de l'arrêté normes, ainsi que de la circulaire du 1er juillet 2024 précisant la notion de "trouble perturbateur du comportement". Les informations sont résumées sur le site web : Admission de personnes âgées de moins de 60 ans Réforme du secteur des aînés Aînés Professionnels Iriscare.</p> <p>2° Nous entendons par cette partie de la norme que l'habitant ne peut pas faire l'objet d'une contention géographique, c'est-à-dire qu'il peut circuler librement dans l'établissement et hors de celui-ci, et qu'il a la possibilité d'occuper les lieux comme il le souhaite.</p> <p>Ainsi par exemple, toute porte, excepté celles ne donnant pas accès à des locaux destinés aux habitants, munie d'un code d'accès s'apparente, pour les habitants qui ne savent pas ou ne peuvent pas l'utiliser, à une limitation de l'entière liberté de circulation et de sortie. Dans ce cas, il est utile d'appliquer la méthode décrite ci-dessus (certificat médical ou fiche de contention).</p>	<p>La validation du règlement d'ordre intérieur est réalisée par le fonctionnaire en charge de la gestion administrative des dossiers, appelé au sein d'Iriscare, gestionnaire de dossier.</p> <p>Quant à l'application du règlement d'ordre intérieur sur le terrain, son contrôle est organisé par les agents d'Iriscare désignés par le Collège réuni pour le contrôle des établissements en vertu des articles 27 et 28 de l'ordonnance du 24 avril 2008. Ces fonctionnaires sont dénommés au sein d'Iriscare, contrôleurs et contrôleuses.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>6° chaque membre du personnel de l'établissement, doit veiller à respecter la vie privée de l'habitant, notamment en s'annonçant avant d'entrer dans la chambre ;</p> <p>7° le fait que le nom de l'habitant figure à l'extérieur de la chambre, sauf si ce dernier s'y oppose ;</p> <p>8° sauf prescription du médecin traitant, l'interdiction de changer un habitant de chambre sans son consentement écrit ;</p> <p>9° le libre choix du médecin traitant, du kinésithérapeute et du personnel paramédical, pour les soins supplémentaires à ceux dispensés par l'établissement, sous réserve, le cas échéant, et pour autant qu'il soit démontré que la sécurité tarifaire n'est pas respectée, des conditions auxquelles la prise en charge financière des soins peut être subordonnée par une décision du C.P.A.S. compétent ;</p> <p>10° le libre accès, à tout moment, auprès d'un habitant en fin de vie, en soins palliatifs ou présentant un syndrome de glissement, de son entourage et des ministres du culte ou conseillers laïcs ou représentants philosophiques demandés par cette personne ou, le cas échéant, son représentant ;</p>	<p>Si c'est possible, l'environnement peut être facilité par des aides externes pour permettre la libre circulation dans l'établissement à un plus grand nombre d'habitants.</p> <p>Quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> - <i>Installer des capteurs de mouvement dans les chambres et les couloirs pour alerter le personnel en cas de comportements inhabituels ou dangereux sans restreindre la liberté.</i> - <i>Créer des espaces de vie ouverts et sécurisés avec des jardins thérapeutiques clos où les habitants peuvent se promener librement et en toute sécurité.</i> - ... <p>Il est essentiel d'envisager toutes les alternatives avant de mettre en place une contention géographique et d'assurer une traçabilité de ces réflexions. En effet, un des principes fondamentaux de l'éthique dans les soins de santé consiste à veiller à ce que les interventions, les traitements et les décisions ne causent pas de tort aux habitants, tout en respectant l'obligation de prudence et de vigilance afin de ne pas se trouver en situation de défaut de prévoyance.</p> <p>Si l'habitant réside dans une unité type CANTOU, il est attendu qu'un certificat médical soit établi par le médecin traitant ou que la fiche de contention soit signée par ce dernier. En l'absence de certificat ou de fiche de contention signée, l'habitant doit être considéré comme étant libre de sortir de l'unité, voire de l'institution. Attention toutefois, il est essentiel de ne pas interpréter cette démarche comme une délégation exclusive de la décision au médecin ; le certificat médical ou la fiche de</p>	

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>11° les conditions d'admission d'un animal de compagnie."</p>	<p>contention signée vient simplement attester l'accord du médecin dans le cadre d'une décision collective.</p> <p>Si une prescription médicale impose que l'habitant reste confiné dans sa chambre, l'équipe de contrôle peut solliciter les médecins du Service accompagnement, contrôle et qualité d'Iriscare pour obtenir un avis complémentaire, permettant ainsi d'analyser la situation et de formuler une recommandation.</p>	
<p>Art. 136. Un dossier confidentiel est établi pour chaque habitant lors de son admission. La collecte des données y consignées, leur traitement et leur mise à jour se font conformément à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel et, s'il y a lieu, à l'article 458 du Code pénal.</p> <p>Ce dossier confidentiel comprend :</p> <p>1° une copie de la fiche individuelle ou un document qui reprend les informations contenues dans celle-ci ;</p> <p>2° le cas échéant, l'attestation écrite désignant le représentant ou une copie de la décision judiciaire rendue conformément au Titre XI du Livre 1er du Code civil ;</p>	<p>Chaque habitant dispose d'un dossier confidentiel reprenant les différents éléments énumérés par la législation.</p> <p>Le dossier confidentiel peut être sous format papier ou être informatisé.</p> <p>1° La copie de la fiche individuelle doit être tenue à jour. On parle ici d'une copie de la fiche individuelle ou d'un document reprenant les éléments qui doivent être repris dans celle-ci. La version originale doit être centralisée telle que décrite à l'article 15.</p>	<p>Tant les dossiers confidentiels d'habitants présents que les dossiers confidentiels d'habitants décédés sont susceptibles d'être contrôlés. En pratique, le contrôle se fera à partir d'un échantillon composé au minimum de 3 dossiers. Le contrôle et la consultation de ces dossiers ne peut se faire que sur place, sans déplacement de pièces.</p> <p>1° Copie de la fiche individuelle, dans les dossiers consultés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Non-conforme : inexistence d'une copie ; - Non-conforme : présence d'une copie non tenue à jour - Conforme : existence d'une copie tenue à jour. <p>Si le document est imprimé, celui-ci doit également être tenu à jour. Il est attendu que le document se trouve dans le dossier confidentiel.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>3° le cas échéant, le formulaire désignant la personne de confiance, au sens de loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, signé par l'habitant ;</p> <p>4° un exemplaire de la convention signée par le gestionnaire ou le directeur et l'habitant ;</p> <p>5° la mention concernant les modalités de soins de fin de vie à respecter conformément aux souhaits de l'habitant ;</p> <p>6° l'état des lieux et l'inventaire des biens lors de l'admission, signés par le gestionnaire ou le</p>	<p>3° Si l'ainé n'a pas de représentant ou de personne de confiance, cela doit être mentionné sur la fiche individuelle. Pour information, il existe un template pour la désignation d'un mandataire et d'une personne de confiance : Commission fédérale "Droits du patient" : (Microsoft Word - D\351signation mandataire version d\351f 19 12 05.doc) (belgique.be)formulaire designation personne de confiance 0.pdf (belgique.be) L'institution ne peut pas choisir le mandataire ou la personne de confiance de l'ainé.</p> <p>4° il s'agit de l'exemplaire de la convention signée ainsi que les éventuels avenants.</p> <p>5° : la pandémie du COVID nous a rappelé l'importance de connaître les souhaits de l'habitant en ce qui concerne ses modalités de fin de vie. En conséquence, une attention est portée sur le fait que l'institution aborde effectivement le sujet avec l'habitant. Compte tenu du Règlement général sur la protection des données et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, le résultat de l'échange doit figurer dans le dossier individuel de santé. S'il ne souhaite pas en parler, ce souhait de ne pas en parler doit être également consigné dans le dossier individuel de santé. Le dossier confidentiel devra uniquement mentionner que ces informations se trouvent dans le dossier individuel de santé. Dans tous les cas, l'information relative aux modalités de fin de vie doit être facilement accessible.</p> <p>6° S'il n'y a pas d'état lieux, le dossier confidentiel peut tout être même être complet vu qu'il n'est pas obligatoire. S'il y en a un</p>	<p>5° Si l'espace concernant "les modalités de fin de vie" est vide, cela est considéré comme "non-conforme". En effet, si l'habitant ne souhaite pas échanger à ce sujet, cela doit être indiqué à cet endroit. Dans tous les cas, une discussion à ce sujet doit être proposée. Si l'information est reprise dans le dossier de santé, cela doit être précisé dans le dossier confidentiel.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>directeur et l'habitant ou, le cas échéant, son représentant. L'inventaire des biens peut être mis à jour sur demande de l'habitant ou du directeur ;</p> <p>7° un exemplaire du règlement d'ordre intérieur signé par le gestionnaire ou le directeur et l'habitant ;</p> <p>8° les nom, adresse et numéro de téléphone du redevable du prix journalier et les renseignements relatifs au paiement.</p> <p>Sans préjudice du contrôle exercé par le service de contrôle et d'accompagnement, le dossier confidentiel, visé par l'habitant, ne peut être communiqué à des tiers. Il peut être consulté, à tout moment, par l'habitant.</p> <p>Le dossier confidentiel de chaque habitant est conservé par l'établissement pendant une période minimale de trois ans après son décès ou, le cas échéant, son départ.</p> <p>Les dossiers confidentiels sont centralisés au sein de l'établissement, de sorte à garantir leur confidentialité.</p>	<p>signé, il doit être présent dans le dossier confidentiel. Par contre, l'inventaire des biens, mis à la disposition de l'habitant, doit être présent.</p> <p>7° il s'agit du ROI signé à l'entrée de l'habitant. Lorsqu'il y a une modification, un récépissé doit être repris dans le dossier confidentiel.</p> <p>On entend par centraliser que toutes les fiches doivent être au même endroit, soit en format papier, soit digital. Ce qui importe le plus, c'est que ces fiches soient accessibles et à jour, quel que soit le système choisi.</p>	
<p>Art. 137. Sauf prescription médicale contraire, l'établissement assure à l'habitant au moins trois repas par jour, dont au moins un repas chaud par jour, le midi ou le soir.</p>		<p>Lors des inspections sur place, les contrôleurs d'Iriscare peuvent notamment vérifier les menus mais ils peuvent également assister à la prise des repas s'ils le jugent nécessaire.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 138. § 1er. L'établissement dispose du document de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne Alimentaire attestant que les denrées alimentaires sont conservées, préparées et distribuées selon les règles les plus strictes en matière de propreté et d'hygiène.</p> <p>§ 2. La nourriture est saine, variée, de qualité et adaptée aux besoins nutritionnels de l'habitant ; sa texture est adaptée à l'état de santé de l'habitant. Elle est préparée de manière à favoriser la prise de repas de façon indépendante par l'habitant.</p> <p>L'établissement est tenu d'assurer des repas diversifiés, équilibrés, et qui contribuent au plaisir de manger de l'habitant.</p> <p>L'établissement veille à utiliser des fruit et légumes frais ou de qualité nutritionnelle équivalente.</p> <p>L'établissement élabore ses repas en tenant compte autant que possible des suggestions et préférences des habitants. A cette fin, la composition et la fréquence des repas est soumise à discussion à chaque conseil participatif.</p>	<p>§ 1er Denrées périssables : l'AFSCA vérifie ce point et rédige un document qui atteste que c'est en ordre. En cas de problème, il sera demandé à l'établissement de mettre les denrées périmées sur le côté. Tout établissement doit avoir une autorisation de l'AFSCA.</p> <p>§ 2.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qualité nutritionnelle : assurer une alimentation qui couvre tous les groupes alimentaires essentiels, adaptée aux besoins diététiques des habitants. - Adaptation des repas : tenir compte des goûts, prévoir différentes textures de nourriture en fonction des capacités de chaque habitant. Le choix concernant la texture des menus doit se faire avec le médecin traitant ainsi que tout autre professionnel de santé disposant des compétences requises (ex : logopède). Pour les habitants qui ont des repas avec une texture adaptée, il est essentiel que le processus de réflexion et de décision soit retranscrit dans leur dossier. Un changement de texture doit être réévalué régulièrement. Certains changements peuvent être temporaires - Plaisir de manger : prêter attention à la présentation des repas, aux saveurs et à la qualité des ingrédients pour rendre les repas attrayants. La présence d'une belle table ou encore le choix des couverts (ex : pas de couverts en plastique) est également important. 	<p>Lors des inspections sur place, les contrôleurs d'Iriscare peuvent notamment vérifier les menus mais ils peuvent également assister à la prise des repas s'ils le jugent nécessaire.</p> <p>Un point d'attention est également accordé sur les points suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Document de l'AFSCA ; - PV des derniers conseils participatifs ; - Analyse des groupes thématiques : est-ce que l'un de ces groupes abordent les menus ? Est-ce que certaines demandes sont formulées ? Est-ce que des réponses y sont apportées ? - Analyse des menus selon la période demandée ; - Analyse de la politique de nutrition en regard des pratiques de terrain ; - Analyse du système permettant à la cuisine de connaître les régimes éventuels des habitants ; - Prise de connaissance de la manière dont sont élaborés les repas. - Analyse de la manière dont les décisions sont prises en ce qui concerne les régimes ainsi que les textures des repas. - Dossiers de quelques habitants : préférences et souhaits alimentaires. - Prise de connaissance des professionnels qui gravitent autour de l'élaboration des

Articles	Interprétations	Contrôle
		<p>repas ainsi que des moments de prise de repas.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des actions mises en place pour favoriser le plaisir de manger. - Analyse des actions mises en permettant de favoriser la prise de repas de façon indépendante ; - Dépistage précoce : regarder dans le dossier de l'habitant s'il y a eu un dépistage précoce à l'admission. Ce document doit être revu régulièrement. - Echanges avec les habitants: ont-ils la possibilité de mettre la table ? De s'entraider pendant les repas ? De donner leur avis sur les repas et les quantités ? - ...
<p>Art. 139. § 1er. L'établissement dispose d'une politique nutritionnelle écrite qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger et qui prévoit notamment des procédures ou protocoles documentés et appliqués pour :</p> <p>1° l'analyse et le suivi des graphiques reprenant au minimum le suivi du poids, de la taille et de l'indice de masse corporelle de chaque habitant au moins une fois par mois ;</p> <p>2° le dépistage précoce de la dénutrition et la déshydratation ainsi que le suivi de l'habitant dénutri et déshydraté ;</p>	<p>Des outils d'aide seront mis prochainement à la disposition des établissements.</p>	<p>Lors des contrôles, les aspects suivants sont vérifiés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Des questions peuvent être posées au ou aux responsables concernant le mode de fonctionnement ; - Les dossiers confidentiels des habitants sont consultés sur place ; - Les avis des habitants lors d'échanges avec eux ; - La partie du dossier individuel de santé des habitants qui concerne les souhaits, les habitudes et les goûts alimentaires de ceux-ci ;

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>3° la prise de suppléments nutritifs oraux en cas d'apports en énergie ou protéines insuffisants, notamment via un enrichissement naturel des menus. Ces suppléments ne sont prévus qu'après recours à tous les moyens d'alimentation classiques et sur avis médical.</p> <p>Le suivi nutritionnel des habitants doit tenir compte de leur goût et préférences alimentaires.</p> <p>La politique visée à l'alinéa 1er est élaborée par les professionnels impliqués dans l'alimentation des habitants, dont au moins le directeur, le coordinateur infirmier ou l'infirmier-chef et le chef de cuisine ou la personne responsable des commandes de repas ainsi que, le cas échéant, le logopède ou le diététicien de l'établissement. Le médecin référent ou, le cas échéant, le médecin coordinateur et conseiller, sont invités à donner leur avis.</p>	<p>§ 1^{er}, 3° : Pour les habitants concernés, il est attendu qu'une évaluation soit menée avec le médecin traitant et éventuellement, avec un diététicien. Cette évaluation et les décisions éventuelles qui en découlent doivent alors être retranscrites dans le dossier individuel de santé de l'habitant. En effet, la prise de compléments nutritifs sans avis médical préalable n'est pas sans risque, et peut mener à des interactions avec des médicaments ou à des surdosages. Les alternatives envisagées doivent être spécifiques et correspondre aux besoins de l'habitant.</p> <p>En outre, conformément à l'article 159, §3, 2°, d), la partie médicale du dossier individuel de santé doit indiquer les éventuelles allergies, intolérances et régimes particuliers et conformément au même article 159, §3, la partie relative à l'accompagnement de l'habitant et à l'administration des soins doit indiquer les souhaits, les habitudes et les goûts alimentaires de l'habitant (point 3°, d).</p> <p>En ce qui concerne la politique nutritionnelle écrite, il est demandé que les personnes qui ont participé à son élaboration soient identifiées ainsi que leur fonction.</p> <p>Dans le cas de maisons de repos faisant partie d'un groupe, si la politique est élaborée par le groupe, il est attendu que la maison de repos se l'approprie en la faisant sienne par le biais des personnes qui en sont en charge conformément au §1^{er}, alinéa 3. Elle doit en outre être adaptée à la réalité et aux spécificités de chaque maison de repos du groupe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observation de la confection des repas en cuisine notamment pour les préférences, régimes, textures... - Examen de la description de fonction et du rôle du coordinateur de la nutrition (ex : formation initiale, formations continuées, démarche, ...) - Observation de la façon dont la politique nutritionnelle est appliquée concrètement au sein de l'établissement ; - L'appréciation de la façon dont les tables sont dressées pour les repas : table appétissante, couleurs, absence de vaisselle en plastique, etc. Le visuel étant important pour le plaisir de manger. - Observation de la façon dont les repas sont servis et de la façon dont les habitants les apprécient ainsi que les éléments favorisant le plaisir de manger comme l'absence de bruit, les déplacements de personnes, etc. <p>Si la politique de nutrition existe mais qu'elle n'est pas en adéquation à ce qui est constaté sur place, la norme est considéré comme étant non respectée.</p> <p>Pour rappel, d'autres dispositions dans l'arrêté du Collège réuni du 18 janvier 2024 mentionne le plaisir de manger :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'article 22, §3, 3° sur le projet de vie de l'établissement devant agir sur les

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>L'établissement désigne un ou plusieurs membres du personnel compétent(s) en matière de nutrition, comme coordinateur(s) de la nutrition et du plaisir de manger. Ce(s) membre(s) du personnel est/sont responsable(s) de l'élaboration et du suivi d'une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger.</p> <p>La politique nutritionnelle est évaluée au moins une fois par an et, le cas échéant, adaptée.</p> <p>§ 2. Chaque établissement dispose du matériel nécessaire à la mesure du poids et de la taille quel que soit l'état de dépendance de l'habitant.</p> <p>§ 3. Les régimes diététiques faisant l'objet d'une prescription médicale sont respectés, sans occasionner de coûts supplémentaires.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa précédent, en cas d'alimentation par voie entérale faisant l'objet d'une prescription médicale, les produits alimentaires sont facturés à concurrence de la différence par rapport au prix de la nourriture normale.</p>	<p>L'évaluation consiste en un processus systématique de collecte et d'analyse d'informations afin de déterminer l'efficacité de la politique nutritionnelle. Elle doit être consignée dans un PV. En fonction du résultat de l'évaluation, la politique nutritionnelle doit pouvoir être adaptée.</p> <p>§ 2 Il est attendu que le matériel à disposition permette de peser et mesurer l'ensemble des habitants surtout si une institution accueille des habitants présentant un niveau élevé de dépendance.</p> <p>Dans le cas d'une alimentation exclusivement par voie entérale, la facture est établie en calculant la différence entre le prix de l'alimentation entérale et le prix du repas. Par contre, si un habitant combine alimentation normale et alimentation par voie entérale, la facture est établie en calculant la différence entre le prix de l'alimentation entérale et le prix de l'alimentation normale qu'il prend.</p>	<p>déterminants de la santé, dont l'alimentation et le plaisir de manger.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'article 138, §2, alinéa 2. <p>§ 3. Le contrôle se fait en consultant à la fois les dossiers confidentiels, les dossiers individuels de santé et les comptes individualisés, tant pour vérifier les mentions de régimes alimentaires particuliers (ex : sans sel, diabétique, sans gluten...) que leur facturation. Et il en va de même pour l'alimentation entérale.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 140. Pour l'élaboration des repas, l'établissement met en place une politique d'accommodements raisonnables qui tient compte des convictions philosophiques et religieuses individuelles des habitants.</p>	<p>La recherche d'un accommodement raisonnable résulte d'une concertation qui doit tenir compte des demandes individuelles et de la réalité de l'établissement.</p> <p>Suggestion : Unia recommande de passer par un processus en 10 étapes qui visent la recherche du plus grand dénominateur commun, c'est-à-dire dont la solution serait profitable au plus grand nombre de personnes, de manière à ce que chacun se sente accueilli quelles que soient ses convictions philosophiques ou religieuses. 10 étapes pour construire un espace de concertation Unia</p> <p>Idéalement, la politique d'accommodements raisonnables devrait être intégrée dans le projet de vie afin d'être connue des habitants.</p>	<p>La politique peut être intégrée dans d'autres documents (ex : projet de vie, politique de nutrition). Dans ce cas, l'information doit être communiquée aux contrôleurs.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Questionnement sur le mode de fonctionnement : est-ce que le personnel connaît la procédure ? Est-elle cohérente avec les demandes des habitants ? - PV des conseils participatifs - Dossier individuel de santé : on doit pouvoir retrouver les éventuelles demandes concernant les préférences de repas (convictions, croyances...). Cela ne veut pas dire que toutes les demandes sont accessibles.
<p>Art. 141. Le menu est communiqué aux habitants et affiché à un endroit apparent et accessible, en français et en néerlandais, au moins sept jours à l'avance.</p> <p>Il est conservé au moins deux mois pour consultation par le service de contrôle et d'accompagnement.</p>	<p>"Affiché [...] au moins sept jours à l'avance" : par exemple, si nous sommes vendredi, l'habitant doit pouvoir connaître les menus jusqu'au vendredi suivant.</p> <p>Accessible : lieu qui peut être côtoyé par l'ensemble des habitants. Si ce n'est pas possible, le menu doit être affiché à plusieurs endroits, de sorte que tous les habitants puissent y avoir accès. Distribuer le menu aux habitants qui souhaitent bénéficier de ce service est considéré comme un plus mais n'est pas suffisant.</p> <p>Apparent : à une hauteur adaptée tant à une personne à mobilité réduite qu'à une personne valide.</p>	<p>Si le menu n'est pas affiché dans un endroit accessible et qu'il est distribué aux habitants, la norme est considérée comme n'étant pas respectée.</p> <p>Le menu doit être affiché et communiqué. L'équipe contrôle vérifie donc l'affichage sur place ainsi que la manière dont le menu est distribué aux habitants.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 142. Sauf préférence de l'habitant ou prescription médicale contraire, versée au dossier individuel de santé :</p> <p>1° le repas du matin ne peut être servi avant 7 h 30, celui du midi, avant 11 h 30 et celui du soir avant 17 h 30 ;</p> <p>2° la durée minimale du repas est de 30 minutes le matin, 1h le midi et 45 minutes le soir.</p>	<p>L'objectif de la norme est de favoriser une organisation des repas adaptée pour assurer l'indépendance des habitants, en privilégiant un rôle d'accompagnateur et de facilitateur.</p> <p>S'il y a des demandes spécifiques liées à ces horaires, cela doit apparaître dans le dossier de l'habitant (Par exemple : souhait de manger plus tôt).</p> <p>2° Il s'agit du temps minimum donné à l'habitant pour manger. Cette durée ne prend donc pas en compte le service. L'observation de temps de repas s'intègre dans la dynamique globale du repas. Le plus important est que le rythme des habitants soit respecté. Chaque habitant doit avoir la possibilité de prendre son repas pendant le temps indiqué.</p>	<p>Une attention particulière est accordée sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Echange avec les habitants ; - Echange avec le personnel ; - Analyse du projet de vie et comparaison avec la manière dont celui-ci est appliqué sur le terrain, en ce qui concerne les repas ; - Analyse des dossiers individuels de santé afin d'identifier les préférences et les prescriptions médicales éventuelles et, examinées comment elles sont appliquées sur le terrain ; - Analyse des PV des conseils participatifs ; - Tout document reprenant ces informations ; - Observation des repas.
<p>Art. 143. Les repas du midi et du soir doivent laisser le choix entre au moins deux menus. L'alternative au menu principal doit varier au moins chaque semaine.</p>	<p>Deux propositions de repas doivent être faite pour le repas du midi et du soir. Les deux propositions doivent être changées chaque semaine.</p> <p><i>Suggestion</i> : prêter une attention aux particulières aux habitants qui rencontrent des difficultés pour s'exprimer sur le choix des menus. Sont-ils intégrés dans les réflexions ? Sont-ils pris en compte ?</p>	<p>Une attention particulière est accordée sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle des menus ; - Observation des repas ; <p>Le cas échéant, prise de connaissance des demandes d'un comité des habitants en lien avec les repas. Analyse du suivi et des éventuelles suites données.</p>
<p>Art. 144. L'organisation est adaptée pour assurer l'indépendance des habitants dans la prise des repas.</p> <p>L'établissement facilite et accompagne la prise des repas en fournissant l'aide humaine et matérielle nécessaire aux habitants qui</p>	<p><i>Suggestions</i> :</p> <p>Quelques exemples de mesures permettant d'assurer l'indépendance des habitants dans la prise des repas :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Présence de personnel formé aux meilleurs pratiques pour aider les habitants lors des repas et reconnaître les signes de difficultés alimentaires... ; - Aménagement de la salle à manger de manière à favoriser l'indépendance des habitants ; 	<p>Les contrôleurs qualité ont une attention particulière pour les actions mises en place pour préserver les capacités restantes des habitants.</p> <p>Le contrôle s'effectue notamment par la prise de connaissance de la manière dont l'organisation est adaptée pour assurer l'indépendance des habitants. Est-ce que les capacités préservées</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>éprouvent des difficultés pour manger ou boire seuls.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Utilisation d'ustensiles ergonomiques ; - Prévoir suffisamment de temps pour le repas afin que chacun puisse manger à son rythme ; - ... 	<p>sont évaluées ? Quelles sont les actions mises en place ? Comment s'organise le personnel qui gravite autour de la prise des repas ? Est-ce que le personnel est formé aux meilleures pratiques pour aider les habitants ?</p>
<p>Art. 145. Les repas sont pris en chambre, au sein d'une salle commune adaptée de l'unité de vie, au restaurant ou dans tout autre espace adapté à la prise des repas. Dans un esprit de convivialité, les habitants sont invités à prendre leur repas dans le restaurant. Les habitants y mangent dans un environnement calme avec une vaisselle, des couverts et, au besoin, des accessoires adaptés. Leur rythme y est respecté.</p> <p>L'habitant doit avoir la possibilité de manger dans sa chambre s'il en fait la demande.</p>	<p>Point d'attention : il n'est plus autorisé de facturer des repas en chambre pour les habitants valides.</p> <p>Chaque habitant doit également avoir la possibilité de manger en chambre, tout en bénéficiant de l'aide nécessaire, ou avec d'autres habitants dans un espace prévu à cet effet.</p>	<p>Les éléments suivants sont analysés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Espaces communs permettant de prendre le repas ; - Prise des repas ; - Observation de quelques dossiers d'habitants qui mangent uniquement en chambre ; - Factures ; - Manière dont est effectuée la répartition (chambres, restaurant...) des habitants pendant les repas. Comment identifie-t-on leurs souhaits ? Comment sont respectées les éventuelles prescriptions médicales "alimentaires" lorsque le repas est pris en chambres ?
<p>Art. 146. § 1er. L'établissement doit pouvoir, à la demande de l'habitant, lui fournir une collation, et ce sans frais supplémentaires. Cette possibilité est mentionnée sur le menu affiché.</p> <p>Le jeune nocturne des habitants ne peut pas dépasser douze heures. A cette fin, la collation</p>	<p>On entend par "collation" une petite quantité de nourriture ou de boisson consommée entre les repas principaux. Celles-ci peuvent être salées ou sucrées.</p> <p>Il est essentiel de prêter attention à ce que la ou les collations proposées soient respectueuses des régimes particuliers (ex : diabétique).</p>	<p>Analyse des éléments suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menu ; - Vérifier la présence des collations et la manière dont celles-ci sont mises à la disposition des habitants ; - Echanges avec les habitants et le personnel ; - Si nécessaire, lecture des PV du conseil participatif.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>du soir doit être adaptée aux besoins des habitants et variée.</p> <p>§ 2. La collation du soir doit pouvoir être disponible après 20h00. L'habitant est informé de cette possibilité.</p>	<p>Sur le menu, il est indiqué qu'il est possible de demander une collation.</p> <p>Le cas échéant, une cafétaria payante ne peut pas remplacer la mise à disposition des collations sans suppléments.</p> <p><i>Suggestion</i> : prêter une attention particulière aux habitants dénutris ou à risque de dénutrition.</p> <p>§ 2. Idéalement, un tour de collation devrait être organisé le soir pour tous les résidents qui le souhaitent.</p>	
<p>Art. 147. Les cuisines et buanderies sont organisées et implantées de façon à ne pas incommoder les habitants par leurs odeurs, leurs vapeurs et leurs bruits ; elles doivent être équipées d'un système de renouvellement d'air.</p>	<p>Un système de ventilation mécanique est nécessaire pour assurer l'extraction de l'air. Une ouverture de fenêtre n'est pas suffisante. Idéalement, le système de ventilation a double flux permettant la pulsion d'air frais et l'extraction d'aire "sale". Toute cuisine doit être munie d'une hotte.</p>	<p>Si les odeurs, vapeurs ou bruits incommode les habitants, la norme est indiquée comme étant non respectée.</p> <p>Les contrôles dans les chambres sont organisés à des moments appropriés comme, par exemple, durant la préparation des repas, afin de pouvoir vérifier la présence ou non de ces inconvénients ou désagréments.</p>
<p>Art. 148. L'établissement est tenu d'apporter la preuve à l'iscare de l'acquittement de sa contribution forfaitaire annuelle auprès de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire.</p>	<p>Il s'agit de la participation financière que tout opérateur (entreprise en personne physique ou en personne morale) exerçant une ou plusieurs activités sous la compétence de l'Agence fédérale pour la Sécurité de la Chaîne alimentaire (AFSCA) doit payer. Cette contribution couvre une partie des coûts du programme de contrôle général de la chaîne alimentaire et, partant, de ou des autorisations délivrées par l'AFSCA.</p>	<p>Vérification de la présence et de la validité du document de l'AFSCA.</p>
<p>Art. 149. Les animaux ne peuvent avoir accès ni aux cuisines, ni aux locaux où sont conservés les</p>		<p>Au moment de l'inspection, il est demandé si des animaux sont présents dans le bâtiment. S'il y en</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
aliments, ni aux locaux de soins ou de préparation de la distribution des médicaments.		a, il sera vérifié la non-accessibilité des cuisines et locaux par ces derniers.
Art. 150. La literie est constamment tenue propre et en bon état. Elle doit en tout cas être changée tous les huit jours et plus fréquemment à chaque fois que cela s'avère nécessaire.	Le changement de literie doit être planifié et signé par le personnel qui l'effectue dans un document tel que plan de soins, ou un planning, etc. Un mode de fonctionnement où il y a une signature par étage ou unité de vie est accepté.	<ul style="list-style-type: none"> - Echange avec le personnel ; - Questionnement concernant le mode de fonctionnement ; - Analyse des éventuels documents existants.
Art. 151. Toutes les précautions d'hygiène sont prises à l'égard du linge souillé qui est obligatoirement tenu à l'écart des locaux accessibles aux habitants ainsi que des cuisines, de la salle à manger, des locaux où sont conservés les aliments, des locaux de soins ou de préparation de la distribution des médicaments.	Dans le cas de linge sale géré par la famille, il est attendu que sa conservation avant reprise par cette dernière soit hygiénique et n'incommoder pas l'habitant ou son voisin de chambre.	
<p>Art. 152. L'utilisation de chaises percées est limitée strictement aux besoins de l'habitant. Elles ne peuvent être utilisées en remplacement des sièges usuels.</p> <p>Dans tous les cas, leur état de propreté et d'hygiène sera continuellement assuré.</p> <p>L'utilisation de protections anatomiques est limitée aux personnes incontinentes et ne peut remplacer l'utilisation de matériel adaptés ou une aide à l'utilisation des toilettes pour les personnes continentes en perte d'indépendance.</p>	<p>La limitation stricte de l'utilisation d'une chaise percée aux besoins de l'habitant signifie qu'elle ne peut en aucun cas être utilisée comme un siège.</p> <p>L'autonomie de l'habitant prime ainsi que la préservation de ses capacités propres notamment pour ce qui concerne son besoin d'élimination. La protection anatomique ou toute autre mesure telle que l'utilisation d'urinal ou d'un bassin hygiénique ne peut dès lors pas être utilisée pour remplacer une aide pour aller à la toilette ou l'utilisation ponctuelle d'un urinal ou d'un bassin hygiénique.</p>	<p>S'il est constaté une présence systématique de chaises-percées dans toutes les chambres, la norme est considérée comme n'étant pas respectée.</p> <p>Lors des inspections, une attention sera portée pour déceler d'éventuels problèmes quant à l'utilisation des protections anatomiques. En cas de plainte, l'utilisation adéquate de ces protections anatomiques sera scrupuleusement vérifiée.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 153. Des toilettes propres, en nombre suffisant et équipées pour l'hygiène des mains sont prévues séparément pour les habitants et le personnel.</p>	<p>Cela signifie un minimum de deux toilettes pour les résidents de façon qu'il y en ait toujours une seconde de propre au cas où la première serait souillée.</p> <p>Il y a également lieu de tenir compte des articles 180 : <i>"Des toilettes en nombre suffisant sont aménagées à proximité immédiate des lieux de vie en commun et des salles d'activités collectives.</i> <i>Au moins une des toilettes visées à l'alinéa 1er est accessible aux personnes à mobilité réduite"</i>, et 181 : <i>"Les toilettes, les douches et salles de bains communes sont équipées d'un système signalant qu'elles sont occupées ou libres"</i>.</p> <p>"Séparément" signifie qu'un WC, s'il doit être accessible aux habitants, doit répondre aux autres normes en lien. Si le WC est réservé au personnel il doit être identifié comme tel et fermé pour éviter que des habitants ou visiteurs ne l'utilisent.</p> <p>Equipé pour l'hygiène des mains signifie la présence d'un lavabo, de savon sous n'importe quelle forme, et de quoi se sécher les mains.</p>	<p>Observation des toilettes et de la fréquence à laquelle elles sont lavées. Un document, tenu par le personnel concerné, peut faciliter le suivi du nettoyage ainsi que le contrôle.</p>
<p>Art. 154. Les baignoires ou les douches doivent pouvoir être utilisées quotidiennement par tout habitant qui le souhaite.</p> <p>Dans tous les cas, le directeur de l'établissement doit veiller à ce qu'aucun habitant n'indispose les autres habitants par un manque de propreté.</p>	<p>Si un habitant ne souhaite pas prendre de douche, ça doit être spécifié dans le dossier individuel de santé.</p> <p>Si un habitant n'a pris ni bain ni douche sur une semaine, il est demandé d'en indiquer la raison. S'il existe une contre-indication médicale, cela doit apparaître clairement et être basé sur un document signé par le médecin.</p>	<p>Lors d'un contrôle, une indication systématique dans tous les dossiers des habitants indiquant qu'ils ne veulent pas prendre de bain ou douche, sera considérée comme suspecte pouvant donner à penser qu'il n'y a pas d'organisation individualisée à ce sujet.</p> <p>L'équipe contrôle échange également avec les habitants.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
Sauf contre-indication médicale, chaque habitant se voit proposer au moins un bain ou une douche hebdomadaire. "		
Art. 155. Les locaux communs doivent toujours être propres et répondre à leur destination.	Une fiche de suivi complétée pour le nettoyage des différents lieux est un élément utile pour le contrôle de la propreté car cela permet d'indiquer la fréquence de nettoyage. Si par exemple une salle d'ergothérapie sert à l'entreposage de matériel la norme sera considérée comme étant non respectée.	Lors de l'inspection il sera procédé au contrôle de l'ensemble des locaux communs accessibles aux habitants. En ce qui concerne la propreté, l'inspection permettra d'évaluer ce point et cela sera considéré comme défavorable si plusieurs éléments sont observés comme étant sales, délabrés ou si un tel problème se pose de façon structurelle ailleurs dans l'établissement.
Art. 156. L'établissement doit mettre à disposition le matériel et les produits nécessaires à la prévention des infections liées aux soins.	Plusieurs articles ont la prévention des infections comme thème : L'article 29 "Toutes les précautions sont prises pour assurer la prophylaxie des maladies contagieuses, conformément à l'ordonnance du 19 juillet 2007 relative à la politique de prévention en santé", remplacée par l'ordonnance du 16 mai 2024 entrée en vigueur le 9 juin (Moniteur belge le 30 mai 2024, édition n°2). - L'article 29 faisant référence à l'ordonnance 19 juillet 2007 relative à la politique de prévention en santé et au sujet de cette dernière, il y a lieu d'attirer l'attention sur le fait qu'elle est remplacée par l'ordonnance du 16 mai 2024 entrée en vigueur le 9 juin (Moniteur belge le 30 mai 2024, édition n°2). - L'article 30 relatif à l'obligation de disposer d'un stock stratégique d'équipement de protection individuelle devant	Le contrôle se fait au moyen de vérifications sur place du matériel présent ainsi que des formations organisées, des procédures, des sensibilisations réalisées ou des informations fournies ou mises à disposition.

Articles	Interprétations	Contrôle
	<p>couvrir au moins un mois de fonctionnement de l'établissement.</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'article 127 relatif à la formation du personnel (à cet effet, le directeur doit être à tout moment à même d'en fournir la preuve). - L'article 219 relatif aux politiques et procédures en matière de prévention des infections nosocomiales devant figurer dans le manuel de qualité à destination des membres du personnel. - L'article 219 relative aux fonctions du médecin coordinateur et conseiller dans les MRS, notamment en matière de prévention des infections. <p>En outre, il y a lieu de mettre en œuvre la circulaire du 1^{er} août 2022 Consignes aux maisons de repos et maisons de repos et de soins agréées et subventionnées par la Cocom concernant la mise à jour et optimisation de la préparation, de la capacité d'intervention et de riposte en cas de COVID 19, qui est une circulaire devenue générique et applicable pour tout menace ou crise sanitaire. Les mesures y sont détaillées dont notamment l'existence d'un plan d'action, l'activation de la cellule de gestion de crise, les stocks stratégiques, les mesures particulières d'hygiène, etc.</p> <p>Dans le cadre de la prévention des infections, il y lieu d'être attentif non seulement à la disponibilité de matériel de protection individuelle (EPI) et de solutions désinfectantes, à l'entretien régulier des sanitaires, la gestion appropriée des déchets médicaux, etc., mais aussi à la formation du personnel.</p>	
<p>Art. 157. § 1er. À l'entrée de l'habitant dans l'établissement, une évaluation multidisciplinaire de la situation de la personne</p>	<p>§ 1er. Au moins 2 professionnels, exerçant des disciplines différentes, se penchent sur la situation de l'habitant à son admission, et</p>	<p>§ 1er L'évaluation doit être écrite et présente dans le dossier de l'habitant. Elle doit être réalisée à</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>est effectuée. Cette évaluation sert de base à l'élaboration du dossier individuel de santé, tel que décrit à l'article 159.</p> <p>§ 2. Chaque habitant reçoit le meilleur accompagnement et les meilleurs soins possibles en fonction de ses besoins. Les soins sont dispensés dans le respect de la dignité humaine, de l'identité culturelle, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre et du niveau de dépendance de l'habitant.</p> <p>§ 3. L'aide nécessaire est fournie aux habitants ne pouvant accomplir seuls les actes de la vie journalière. L'aide fournie doit favoriser et soutenir l'autonomie, l'indépendance et la participation sociale et communautaire de chaque habitant en fonction de ses capacités préservées.</p> <p>§ 4. Le rythme personnel de l'habitant prévaut sur l'organisation et l'horaire des interventions du personnel.</p>	<p>avant l'admission si celui-ci à moins de 60 ans. La diversité des disciplines permettra d'aborder, de manière approfondie, des questions complexes et multidimensionnelles. Il est attendu que cette évaluation soit réalisée, de manière cohérente, en impliquant le personnel nécessaire.</p> <p>§ 3 Le plan de soins doit être adapté aux besoins de l'habitant, il doit être signé pour attester que les soins ont été donnés. Il est essentiel d'évaluer les capacités préservées de l'habitant afin de prévoir un accompagnement adapté.</p> <p>§ 4 Cette norme sous-entend que les besoins et souhaits de l'habitant sont connus et consignés dans le dossier.</p>	<p>l'admission, un point d'attention est donc porté sur la date.</p> <p>Il s'agit également de comprendre le fonctionnement ainsi que la dynamique dans laquelle se déroule les évaluations. Par exemple, est-ce que les nouvelles admissions sont systématiquement discutées lors des réunions pluridisciplinaires ? Un lien est fait entre l'évaluation et le dossier individuel de santé de l'habitant, spécifiquement pour les nouveaux habitants.</p> <p>§ 3</p> <ul style="list-style-type: none"> - Plans de soins adaptés et signés - Evaluation des capacités préservées - Comprendre le type d'accompagnement proposé <p>§ 4</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyser le dossier individuel de santé de l'habitant ; - Analyse de la manière dont les souhaits des habitants sont pris en compte (ex : une liste reprenant les habitants qui déjeunent plus tardivement) ; - Analyse des PV des conseils participatifs ; - Analyse de la manière dont les horaires sont planifiés pour les soins ; - Analyse des procédures.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>§ 5. Entre 22 h et 7 h, l'établissement veille à n'intervenir auprès des habitants qu'en cas d'urgence, d'appel de l'habitant, de nécessité d'ordre hygiénique ou si l'intervention a été prescrite par le médecin.</p> <p>§ 6. L'établissement est tenu de faire procéder à la toilette quotidienne des habitants dont l'état de santé nécessite une aide, en préservant leur indépendance. Cette aide doit être procurée de façon individuelle et dans le respect de l'intimité de l'habitant.</p>	<p>§ 5 S'il y a une intervention entre 22h et 7h, celle-ci doit être consignée dans le dossier de l'habitant concerné.</p> <p>"Nécessite d'ordre hygiénique" dans ce contexte se réfère à toute situation nécessitant une intervention pour des raisons liées à l'hygiène personnelle des habitants. Quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toilette et soins corporels : aider un habitant à se rendre aux toilettes ou à changer des protections absorbantes en cas d'incontinence. • Prévention des escarres : changer de position un habitant alité pour prévenir les escarres ou autres complications liées à une immobilité prolongée. • Changement des vêtements ou de la literie qui seraient souillés • ... <p>§ 6 On entend par respect de l'intimité : porte fermée pendant la toilette, protection visuelle adaptée. Si l'habitant refuse la toilette, il y a lieu de le noter dans le dossier et d'indiquer le motif de refus ainsi que les éventuelles alternatives proposées.</p>	<p>- Vérification qu'une évaluation des capacités préservées est présente.</p> <p>§ 5 Dossier individuel de santé, PV du conseil participatif (éventuelle plainte)</p> <p>§ 6 Echange avec les habitants ainsi qu'avec le personnel, analyse de documents reprenant des informations à ce sujet.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Les toilettes quotidiennes ne peuvent être données avant 7 h, sauf préférence contraire de l'habitant versée au dossier individuel de santé, et seulement si l'habitant est éveillé.</p> <p>L'aide et les soins qui sont prodigués aux habitants atteints de troubles cognitifs ou de démence leur sont expliqués par le personnel avant chaque intervention. Des moments d'explication avec la personne de confiance sont prévus lorsque des difficultés de compréhension sont avérées.</p>		
<p>Art. 158. Sans préjudice de l'article 5, les mesures de contention, surveillance ou isolement peuvent être prises que sur prescription médicale, après concertation avec une équipe pluridisciplinaire et après avoir conduit un dialogue avec l'habitant.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa 1er, en cas de comportement provoquant un danger imminent pour l'habitant ou les autres, ces mesures peuvent être prises par un membre du personnel infirmier pour autant que le médecin traitant soit prévenu dans endéans 24 heures et qu'une concertation avec une équipe multidisciplinaire soit programmée endéans les 24 heures. Le caractère urgent de la mesure doit être justifié et consigné par écrit dans le dossier individuel de santé. Le personnel qui a pris la décision est responsable de sa mise en œuvre.</p>	<p>En vertu de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, il s'agit d'un acte B1 (acte autonome pour l'infirmière). La prescription du médecin n'est donc pas obligatoire. Il doit être mis au courant avec signature de sa part ou mention dans le dossier individuel de santé, par l'infirmière qu'elle a prévenu le médecin.</p> <p>Le principe de liberté est la règle générale et les mesures restreignant cette liberté constituent l'exception. La restriction de liberté doit dès lors non seulement être motivée mais une analyse doit également être faite en examinant toutes les autres solutions possibles.</p> <p>Si une date de fin de contention est mentionnée dans le dossier individuel de santé, l'éventuelle prolongation de cette mesure doit être considérée non comme une prolongation mais bien comme une nouvelle décision.</p>	<p>Tous les éléments sont pris en considération :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pourquoi et comment est-ce mis en place ? - Comment est-ce discuté en équipe ? - Comment est-ce suivi ? - Comment est-ce réévalué ? - Est-ce que les dates de début / d'évaluation et de fin de la contention sont inscrites dans le dossier individuel de santé de l'habitant ? - Le cas échéant, est-ce que le mandataire est informé ? Comment est-ce effectué ? <p>En outre, il doit y avoir des mentions écrites de l'ensemble du processus de contention.</p> <p>Une vérification sera faite de la signature du médecin ou de la mention qu'il a bien été mis au courant.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Tout dépassement du délai visé à l'alinéa précédent doit être justifié et consigné dans le dossier individuel de santé.</p> <p>Toutes les informations relatives au processus de décision qui a conduit à l'application de ces mesures et le suivi de ces mesures, y compris le résultat du dialogue avec l'habitant sont reprises dans le dossier individuel de santé.</p>	<p>Attention au fait que placer les deux barreaux de lit est également considéré comme une mesure de contention.</p> <p>Une mention doit se trouver dans le dossier individuel de santé selon laquelle la concertation demandée a eu lieu dans les délais requis. En cas d'urgence, l'infirmière indique cette urgence et l'évaluation pluridisciplinaire est réalisée dès que possible et une fois réalisée, il y a également une mention insérée dans le dossier en question.</p> <p>Doit également être indiqué dans le dossier individuel de santé, le fait que l'habitant ou le cas échéant son représentant a bel et bien été prévenu conformément à la disposition visée à l'alinéa 1er.</p> <p>S'il y a un mandataire (ou administrateur de la personne) désigné par l'habitant, il doit donner son consentement. Le mandataire ou l'administrateur doit être désigné pour les soins de santé.</p>	
<p>Art. 159.</p> <p>§ 1er. Pour chaque habitant, un dossier individuel de santé, de préférence informatisé, est constitué au plus tard le jour de son admission, en collaboration avec l'habitant.</p>	<p>Les informations relatives aux habitants peuvent être centralisées afin que celles-ci soient visées plus facilement par le personnel qui prend son service. Ceci afin de favoriser le bon partage des informations.</p> <p>Il est à noter que les informations centralisées (ex : dans un "registre"), concernant les informations individuelles de l'habitant, doivent également être retranscrites dans le dossier du dossier individuel de santé.</p> <p>§ 1er Excepté en cas d'urgence, l'admission doit être préparée avec l'habitant. Idéalement, des visites de pré admissions ainsi que des entretiens devraient permettre d'étayer le dossier individuel de soins avant l'admission.</p>	<p>Le contrôle est effectué de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vérifier l'existence du dossier individuel de santé en ce compris pour les habitants récemment arrivés ; • Vérifier le contenu du dossier individuel de santé ; • Vérifier, dans quelques dossiers, la complétude du dossier ; • Vérifier que le plan de soins correspond aux besoins de l'habitant. • Vérifier les dossiers archivés d'habitants décédés ou qui ont quitté l'institution. <p>Vérifier les fiches de liaison en cas d'hospitalisation et leur mise à jour (ex : si</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>En cas d'admission urgente, le dossier individuel de santé doit être complet dans les quinze jours suivant l'admission de l'habitant.</p> <p>§ 2. Le dossier individuel de santé reprend les informations sociales, médicales, paramédicales et psychosociales nécessaires pour un accompagnement de qualité de l'habitant et pour la continuité des soins.</p> <p>Le dossier individuel de santé doit être tenu à jour, en fonction de l'évolution des souhaits et de la situation de l'habitant.</p> <p>§ 3. Le dossier individuel de santé contient :</p> <p>1° une partie administrative qui comprend une copie de la fiche individuelle ou qui reprend les informations contenues dans celle-ci ;</p> <p>2° une partie médicale qui comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) un volet réservé au médecin traitant contenant la date de visite du médecin traitant, l'évaluation clinique et le diagnostic, ses observations et directives, y compris le traitement médicamenteux ; b) l'anamnèse médicale et les antécédents ; c) l'évaluation multidisciplinaire réalisée à l'admission ; d) les éventuelles allergies, intolérances et régimes particuliers ; 	<p>Un transfert de l'hôpital peut être considérée comme une admission urgente.</p> <p>§ 2. La collecte d'informations nécessite de solliciter les différentes disciplines gravitant autour de l'habitant et disposant de l'expertise nécessaire.</p> <p>Le plan d'accompagnement préalable à l'admission pour les résidents de moins de 60 ans se trouve dans le dossier.</p> <p>§ 3. Toutes les informations reprises dans l'alinéa 3 doivent être reprises dans le dossier individuel de santé. Il est recommandé de limiter le nombre de versions pour éviter d'avoir des erreurs.</p> <p>Les espaces doivent être prévus pour les différentes catégories demandées.</p>	<p>format papier ou pas en lien avec le programme informatique)</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>e) le cas échéant, les rapports de médecins spécialistes et d'autres prestataires de soins ainsi que les examens de laboratoire ;</p> <p>f) les objectifs de santé et les déclarations d'expression de la volonté mise à jour et convenues avec l'habitant, y inclus les souhaits en termes de fin de vie ;</p> <p>g) les éventuelles mesures de contention, de surveillance ou d'isolement, toutes les informations relatives au processus de décision qui a conduit à l'application de ces mesures ainsi que l'évaluation de ces mesures ;</p> <p>h) la fiche de traitement actualisée à chaque changement de traitement ;</p> <p>i) pour les habitants atteints de troubles cognitifs ou de démence : les objectifs et volontés en termes d'accompagnement par des techniques de réadaptation ;</p> <p>3° une partie relative à l'accompagnement de l'habitant et à l'administration des soins qui comprend :</p> <p>a) les caractéristiques personnelles, les habitudes et le parcours de vie de l'habitant ;</p>	<p>f) Une attention est portée sur le fait que l'institution aborde effectivement ces différents sujets avec l'habitant. Compte tenu du Règlement général sur la protection des données et à la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractère personnel, le résultat de l'échange doit figurer dans le dossier individuel de santé. S'il ne souhaite pas en parler, ce souhait de ne pas en parler doit être également consigné dans le dossier individuel de santé. Dans tous les cas, l'information relative aux modalités de fin de vie doit être facilement accessible.</p> <p>3° g) Idéalement, le processus de révision doit être continu et correspondre à l'évolution des besoins de l'habitant.</p>	

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>b) les souhaits et attentes de l'habitant en ce qui concerne la vie au sein de l'établissement ;</p> <p>c) les souhaits et attentes de l'habitant concernant les loisirs et les activités sociales ;</p> <p>d) les souhaits, les habitudes et les goûts alimentaires de l'habitant ;</p> <p>e) la liste des prestataires qui accompagnent l'habitant, interne ou externe à l'établissement ;</p> <p>f) les capacités préservées de l'habitant ;</p> <p>g) le dossier infirmier, paramédical, de kinésithérapie et psychosocial, qui contient notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - l'anamnèse infirmière ; - le plan de soins et d'accompagnement, incluant : les médicaments prescrits, leur administration prévue et la confirmation de leur administration ; les soins requis ainsi que leur exécution ; l'assistance pour les actes de la vie quotidienne ; les surveillances des éventuelles mesures de contention ou d'isolement. <p>Tous les soins, actes ou constatations sont datés et visés par le personnel intervenant auprès de l'habitant. Ce plan doit être établi en tenant compte des besoins ainsi que des préférences de l'habitant. Il doit être évalué et adapté selon l'évolution de l'état de l'habitant et révisé au moins une fois par mois. ;</p> <ul style="list-style-type: none"> - les informations relatives aux habitants devant être communiquées d'une équipe à l'autre. Ces informations reprennent au minimum les observations, les actions, les 		

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>surveillances, le résultat ainsi que le suivi mis en place. Ces informations sont visées par l'équipe qui en prend connaissance. ;</p> <p>4° une fiche de liaison, de préférence standardisée, qui a pour objectif de faciliter et d'améliorer l'accompagnement de l'habitant en cas d'urgence ou d'hospitalisation. Cette fiche doit reprendre :</p> <p>a) une copie de la fiche individuelle ou des informations qui s’y trouvent ;</p> <p>b) les objectifs de santé et les déclarations d’expression de la volonté mise à jour et convenus avec l’habitant, y inclus les souhaits en termes de fin de vie ;</p> <p>c) toutes les données médicales indispensables en cas d’urgence ou d’hospitalisation.</p> <p>En cas d’urgence ou d’hospitalisation, une copie de cette fiche de liaison, tenue à jour, doit obligatoirement être transmise au professionnel qui s’occupe de l’habitant.</p> <p>§ 4. Le dossier individuel de santé est soumis au secret professionnel ainsi qu’aux dispositions de la loi du 30 juillet 2018 relative à la protection des personnes physiques à l’égard des traitements de données à caractère personnel et de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient. Il est tenu à jour et en lieu sûr dans l'établissement.</p>	<p>4° Il doit être possible à tout moment d'imprimer une fiche de liaison. Il peut y avoir des informations supplémentaires mais le minimum repris dans la norme doit s'y retrouver. Cette fiche de liaison doit être tenue à jour en permanence.</p> <p>§ 4. Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient : Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient SPF Santé publique (belgium.be)</p>	

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>L'habitant peut consulter le dossier le concernant selon les modalités prévues par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.</p> <p>Si le dossier individuel de santé est informatisé, ces données seront sécurisées de telle manière à être conformes aux dispositions légales visées à l'alinéa 1er, tout en restant accessibles à l'habitant selon les modalités prévues par la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.</p> <p>L'établissement est tenu de conserver les dossiers individuels de santé pendant une période minimale de trois ans, suivant le départ ou le décès de l'habitant. À l'expiration de cette période, la partie médicale du dossier individuel de santé, visée au § 3, 2°, est conservée par le médecin traitant de l'habitant pendant le délai légal applicable.</p> <p>En cas de départ du résident vers un autre établissement, la partie médicale du dossier individuel de santé, visée au § 3, 2°, et les informations nécessaires à la continuité des soins sont communiquées à l'habitant ou à son médecin traitant, ou, à la demande de l'habitant ou du médecin traitant, transmis au directeur de l'établissement de destination, en préservant la confidentialité des informations."</p>		
<p>Art. 160. Les dossiers individuels de santé peuvent être consultés par tout membre du</p>	<p>On entend par "relation thérapeutique" : toute relation entre un patient et un professionnel des soins de santé dans le cadre de laquelle des soins de santé sont dispensés.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Le contrôleur qualité analyse le dossier individuel de santé afin d'en vérifier l'existence et la conformité.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>personnel et par tout professionnel de la santé qui est amené à prendre en charge l'habitant.</p> <p>Les informations principales relatives à l'accompagnement de l'habitant sont rendues accessibles quotidiennement à tous les membres du personnel qui sont amenés à prendre en charge l'habitant.</p> <p>Par dérogation aux alinéas 2 et 3, les données confidentielles relatives à la santé de l'habitant peuvent être consultées uniquement par les professionnels de la santé qui ont une relation thérapeutique avec celui-ci.</p> <p>Les dossiers individuels de santé peuvent aussi être consultés par le service de contrôle et d'accompagnement, à la seule fin de vérifier leur existence et leur conformité à l'ordonnance et aux arrêtés pris en exécution de celle-ci.</p> <p>Dans le cadre du contrôle visé à l'alinéa précédent, le service de contrôle et d'accompagnement est tenu au secret et ne peut révéler à des tiers les données personnelles que contiennent les dossiers individuels de santé."</p>	<p>22 AVRIL 2019. - Loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé</p> <p>Art. 36. <i>Le professionnel des soins de santé a accès aux données à caractère personnel relatives à la santé du patient qui sont tenues à jour et conservées par d'autres professionnels des soins de santé à condition que le patient ait préalablement donné son consentement éclairé concernant cet accès.</i></p> <p><i>Lors de l'octroi du consentement visé à l'alinéa 1er, le patient peut exclure certains professionnels des soins de santé.</i></p> <p><i>Le Roi peut définir les modalités relatives au consentement visé à l'alinéa 1er.</i></p> <p>Art. 37. <i>Le professionnel des soins de santé a uniquement accès aux données à caractère personnel relatives à la santé des patients avec lesquels il entretient une relation thérapeutique.</i></p> <p><i>Pour l'application de l'alinéa 1er, on entend par relation thérapeutique toute relation entre un patient et un professionnel des soins de santé dans le cadre de laquelle des soins de santé sont dispensés.</i></p> <p><i>Le Roi peut, avec indication des cas spécifiques d'échange de données à caractère personnel relatives à la santé du patient, désigner les catégories de professionnels des soins de santé qui, malgré le fait qu'en application de l'alinéa 2, ils entretiennent une relation thérapeutique avec le patient, n'ont pas accès à l'échange des données visées.</i></p> <p>Le 3^{ème} alinéa fait référence aux alinéas 2 et 3 du même article. Alors qu'il devrait faire référence aux alinéas 1 et 2.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de connaissance de la liste des fonctions qui ont accès aux dossiers individuels de santé ; • Echange avec le directeur et le personnel afin de prendre connaissance du mode fonctionnement.
<p>Art. 161. L'établissement dispose d'un registre de communication pour les membres du</p>	<p>Cela signifie que tout le personnel doit y avoir accès. En outre, ce registre doit être tenu à jour. Il n'y a plus d'obligation de</p>	<p>Le contrôle se fera en vérifiant l'existence du registre, la compréhension des différents items</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>personnel qui comporte, en première page, les numéros de téléphone :</p> <p>1° du directeur ; 2° des médecins traitant et de garde ; 3° de l'hôpital le plus proche et de celui avec lequel une convention a été passée ; 4° du service ambulancier ou de celui avec lequel une convention a été passée ; 5° du service incendie ; 6° de la police ; 7° du médecin référent ou du médecin coordinateur et conseiller, et de leur remplaçant.</p> <p>Le registre visé à l'alinéa 1er mentionne également les remarques relatives à l'entrée de nouveaux habitants, aux éventuelles hospitalisations d'habitants et aux éventuels départs d'habitants.</p>	<p>contresignature par le membre du personnel quittant son service et celui prenant son service.</p> <p>Le registre peut être informatisé ou en format papier. Il peut porter un autre nom que "registre" comme par exemple "agenda".</p> <p>2° et 3° : hors situation d'urgence, l'habitant garde le libre choix de son médecin traitant, de l'hôpital et de son service d'ambulance.</p> <p>La modification de cette norme par rapport à la norme précédente qui a été abrogée est justifiée par le fait que des informations médicales ou de santé, ne peuvent pas être accessibles à tous les membres du personnel. Ces dernières doivent exclusivement figurer et être conservés dans les dossiers individuels de santé.</p> <p>Pour une question pratique, il est accepté que les informations visées dans l'alinéa 2 se trouvent dans un autre registre mais dans ce cas, les deux doivent être et rester accessibles à tous les membres du personnel, à tout moment, et doivent être mis à jour.</p>	<p>indiqués dans ce registre, son accessibilité à tous les membres du personnel et sa tenue à jour.</p>
<p>Art. 162. Les médicaments destinés à être administrés aux habitants sont :</p> <p>1° prescrits par le médecin traitant de l'habitant ;</p>	<p>En lien avec les médicaments, les membres du personnel habilités à cet effet sont le médecin, le pharmacien et l'infirmier ainsi qu'à toute personne déléguée conformément aux dispositions légales en la matière, par ces derniers et sous leur responsabilité.</p>	<p>Le contrôle sera opéré par la vérification sur place de toutes les opérations en lien avec la distribution des médicaments. Des questions peuvent être posées sur le mode de fonctionnement.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>2° sans préjudice de la réglementation fédérale relative à la délivrance de médicaments dans les maisons de repos et maisons de repos et de soins, préparés au maximum quatre jours à l'avance ;</p> <p>3° conservés par un praticien de l'art infirmier ou, le cas échéant, par un pharmacien ;</p> <p>4° distribués et administrés sous la responsabilité d'un membre du personnel habilité ;</p> <p>5° préparés extemporanément s'ils sont sous forme liquide ;</p> <p>6° identifiables tout au long du processus de conservation et d'administration.</p>	<p>Pour rappel, la législation fédérales sur les professions de santé est applicable aux MR/MRS et un contrôle peut être effectué par le Fédéral notamment dans le cadre de l'arrêté royal du 13 novembre 2022 fixant la composition de la Commission de contrôle visée dans la loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé. Les lois les plus importantes sont :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé, modifiée en dernier lieu le 18 mai 2024 (à la date de rédaction de la présente interprétation des normes). - La loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, modifiée en dernier lieu le 6 février 2024 (à la date de rédaction de la présente interprétation des normes). - La loi du 22 avril 2019 relative à la qualité de la pratique des soins de santé, modifiée en dernier lieu le 18 mai 2024 (à la date de rédaction de la présente interprétation des normes). <p>Dans le cadre des délégations possibles dans le cadre de la législation fédérale sur les professions de santé, il y a lieu de suivre les publications du SPF Santé publique sur son site internet : https://www.health.belgium.be/fr/sante#link-health-care-professions, voire les avis des organes ad hoc comme la Commission Technique de l'Art Infirmier (CTAI): https://organesdeconcertation.sante.belgique.be/fr/organe-d%27avis-et-de-concertation/commission-technique-de-lart-infirmier.</p>	<p>Dans le cadre du contrôle, une distinction sera faite entre préparation des médicaments et administration de ceux-ci. Les possibilités de délégations ne sont notamment pas les mêmes. Pour le contrôle de la préparation des médicaments, le jour de l'inspection est considéré comme le jour 0 dans le cadre de la limitation de cette préparation à 4 jours.</p> <p>Dans le cadre de la Préparation d'une Médication Individuelle (PMI) réglementée par l'arrêté royal du 24 septembre 2012 établissant les règles relatives à la préparation de médication individuelle, une préparation réalisé sept jours à l'avance avec des médicaments emballés est considéré comme étant en ordre pour autant que les médicaments restent dans leur sachet individuel, non ouvert, et attaché aux autres.</p> <p>S'agissant de l'application d'une législation fédérale, le contrôle effectué par Iriscare, entité de niveau fédérée, portera sur le fonctionnement interne général, sur sa cohérence et sur le respect de la responsabilité individuelle des professionnels de la santé y compris en cas de délégation donnée par ce dernier (respect des dispositions légales et réglementaires, vérification des compétences et de la formation de la personne à qui la délégation est donnée, évaluation des risques, supervision, etc.).</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 163. Les médicaments sont conservés dans un meuble ou un local réservé, propre, adapté à cet effet et accessible uniquement aux membres du personnel compétents. Les modalités de stockage des médicaments permettent de respecter les conditions de conservation.</p> <p>Sans préjudice de la réglementation fédérale en matière de politique des médicaments et produits de santé, chaque établissement dispose d'un frigo dédié uniquement à la conservation des médicaments et produits de santé</p>	<p>Le frigo doit permettre de garantir que les médicaments sensibles à la température sont stockés dans des conditions optimales pour maintenir leur efficacité et leur sécurité.</p> <p>Idéalement, un suivi des températures est effectué pour le frigo dédié à la conservation des médicaments. Pour plus d'informations sur le choix des frigos / réfrigérateur, vous pouvez consulter l'fédérale des médicaments et des produits de santé (AFMPS)</p>	<p>Dans ce cadre, le contrôle se fera sur la présence d'un frigo ad hoc pour les médicaments et exclusivement réservé à cet usage, la présence d'un meuble de stockage des médicaments ne devant pas être conservés dans un frigo, ainsi que la limitation de l'accès au local ou aux locaux où ils se trouvent.</p>
<p>Art. 164. Le médecin traitant doit pouvoir contrôler, à tout moment, la bonne administration des médicaments prescrits.</p>		<p>Le contrôle se fera en consultant le dossier individuel de plusieurs habitants.</p>
<p>Art. 165. § 1er. L'établissement établit un programme d'activités individuelles et collectives qui vise à favoriser la qualité de vie des habitants au sein de l'établissement.</p> <p>§ 2. Le programme d'activités visé au § 1er reprend les activités sociales, communautaires, de vie journalière et de loisirs, organisées au sein et à l'extérieur de l'établissement. Les activités visées à l'alinéa précédent sont significatives pour les habitants. Elles sont au service de leur bien-être et de leur santé physique et psychologique.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Les activités individuelles sont retranscrites sur un document ou dans chaque dossier. • La quantité des activités n'est pas gage de qualité. • La construction du programme d'activités individuelles et collectives doit tenir compte des souhaits et des attentes des habitants. Les activités et animations doivent faire sens pour les habitants et tenir compte de leur capacités préservées. <p>§ 2.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Que doit contenir le programme d'activités porteuses de sens pour les habitants ? Qu'entend-on par activités ? <ol style="list-style-type: none"> a) Animations par des organismes/personnes extérieures b) Activités en collaboration avec des organismes extérieures et le voisinage (écoles, crèches, etc.) c) Activités de réhabilitation (toilettes, manger, tenir, communiquer, lire, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Le contrôleur qualité s'assure que des activités/animations soient proposées, communiquées et accessibles à tous les habitants. • Le contrôleur qualité déterminera, à l'aide de ses échanges, observations et analyses, si la démarche mise en place est orientée vers une participation des habitants centrée sur les capacités préservées. • Analyse de la manière dont les programmes d'activités individuelles et collectives sont construits. Comment sont choisies les activités/animations ? Comment tient-on compte des souhaits des habitants ?

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Les activités favorisent la participation des habitants à la vie sociale et communautaire à l'intérieur et à l'extérieur de l'établissement et au sein de la vie locale, ainsi que le partage d'expériences avec l'ancrage personnel des habitants.</p> <p>Les activités sont mobilisatrices des capacités préservées des habitants. Elles offrent l'opportunité aux habitants de partager leurs connaissances et de répondre à leurs besoins ou envies d'apprentissage.</p> <p>La tenue du conseil participatif fait en tout cas partie du programme d'activités visé à l'alinéa 1er.</p> <p>Pour l'organisation des activités visées à l'alinéa 1er, l'établissement peut s'assurer de la collaboration de services ou d'organismes extérieurs.</p>	<p>d) Rôles sociaux attribués (distribuer le journal, arroser les plantes, etc.)</p> <p>e) Les opportunités d'engagement dans les activités de la vie quotidienne (ranger le lave-vaisselle, mettre la table, balayer, etc.)</p> <p>f) Activités de loisirs plus occupationnels (regarde la télévision, faire des mots-croisés, coloriage, etc.)</p> <p>g) Activités de confort (massage, relaxation, bien-être, etc.)</p> <p>h) Activités spirituelles (participation à des cérémonies et célébrations religieuses, prières, méditation, lecture spirituelle)</p> <p>i) Projets portés par les habitants (organisation d'une soirée, micro-brasserie, visite des églises de la région, organisation d'un mariage, etc.) : d'une part, opportunité de participer collectivement au choix et à la construction du projet par la constitution d'un comité d'habitants et, d'autre part, mise à l'agenda des actions</p> <p>j) Les conseils participatifs et autres comités d'habitants</p> <p>k) Activités organisées en collaboration avec les familles...</p> <p>l) ...</p> <p>2. Chaque activité doit être pensée pour être accessible à une grande majorité des habitants. Concrètement, il s'agit de connaître leurs capacités préservées et de les mobiliser au travers de l'adaptation du matériel et de l'environnement et en adaptant une posture de facilitateur.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Analyse de la dynamique institutionnelle : quelle est l'importance donnée aux activités et au projet institutionnel ? • Analyse de l'environnement en lien avec les activités proposées : y-a-t-il des initiatives qui facilitent les repères et l'autonomie des habitants ? • Echange avec les habitants : ont-ils connaissance du programme d'animations ? Sont-ils consultés pour son élaboration ? • Echanges avec des habitants qui participent afin de savoir si les activités proposées leur plaisent. • Echange avec les habitants qui ne participent pas aux activités. Demander à ceux-ci pourquoi ils ne participent pas à certaines activités pour s'assurer que le sentiment d'incapacité à réaliser l'action n'en soit pas la première justification. • Analyse des activités individuelles et collectives proposées dans le programme. • Vérification de la disponibilité du matériel repris dans le programme d'activités. • Vérifier qu'il y ait suffisamment de professionnels, dédiés ou non, pour organiser et faciliter, de manière qualitative, les activités. • Vérifier l'organisation d'activités autonomes et indépendantes clairement identifiables. • Vérifier la présence d'espaces suffisants pour l'organisation des activités.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>§ 3. Le programme d'activités visé au § 1er est élaboré sous la responsabilité du directeur, en collaboration avec le personnel et le conseil participatif. Il est élaboré en tenant compte des souhaits et préférences des habitants.</p> <p>Ce programme est évalué au moins une fois par semestre au sein du conseil participatif, et à chaque fois qu'un habitant le souhaite. Le cas échéant, il est adapté.</p> <p>§ 4. Le programme d'activités visé au paragraphe 1er est communiqué régulièrement à chaque habitant.</p>	<p>§ 3.</p> <p><i>Suggestion :</i></p> <p>Le personnel coresponsable de ce programme d'activités ne peut se limiter aux professionnels ergothérapeutes responsables de l'animation des activités. Il s'agit d'un travail d'équipe de tous les instants qui nécessite l'implication de toutes et de tous. La vision doit être partagée par chacun des collaborateurs.</p> <p>Le programme doit être élaboré en tenant compte des souhaits et préférences des habitants. Concrètement, l'atteinte de cet objectif passe à minima par les actions suivantes :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mobiliser l'histoire de vie de la personne pour lui faire des propositions concrètes. 2. Après chaque activité, demander aux participants s'ils ont aimé et s'ils voudraient recommencer 3. Demander aux personnes qui ne participent pas souvent, voire jamais, aux activités, ce qu'elles souhaiteraient faire ou ce dont elles rêvent 4. Mettre en place des comités d'habitants autour de thématiques/projets précis pour que ce soient ces derniers qui aient autorité pour choisir ce qui sera fait, quand, et avec qui. 5. Ne pas hésiter à régulièrement demander aux habitants des idées ou des retours sur la vie au quotidien et les activités. <p>§4. Il ne suffit pas de communiquer le programme d'activités mais de le rendre accessible et intéressant pour l'ensemble des habitants. Pour ce faire, il est tout d'abord primordial de l'adapter aux capacités de vue et de lecture des habitants et d'utiliser des contrastes de couleur pour différencier les types d'activités. Dans l'idéal, l'ensemble de l'information ne peut être</p>	<ul style="list-style-type: none"> • S'assurer que des comités d'habitants thématiques soient mis en place autour de projets concrets et que les moyens/ressources soient mis à leur disposition pour les réaliser. • Lecture des PV du conseil participatif à mettre en lien avec les activités proposées. • Lecture d'éventuels PV des comités des habitants en lien avec les activités.

Articles	Interprétations	Contrôle
	communiqué au même moment ou dans un même document car trop dense.	
<p>Art. 166. L'établissement participe à la vie locale notamment en développant des collaborations avec des services ou organismes de proximité.</p>	<p>Ces collaborations locales doivent offrir l'opportunité aux habitants de la maison de repos (et de soins) de rentrer en relation avec les personnes de la communauté locale au sens large (habitants, travailleurs, parents, etc.) de manière positive. C'est en lien direct avec le fait de proposer des activités et animations qui font sens pour les habitants et tiennent compte de leur capacités préservées.</p> <p>Voici quelques exemples :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ouvrir le restaurant aux personnes du quartier ; • Organiser une exposition du club de peinture ; • Mettre en place un projet intergénérationnel avec des enfants du quartier ; • Partenariat avec l'école du quartier pour apprendre la lecture ou l'histoire au travers de moments partagés avec les habitants de la maison. • Développement d'un potager communautaire partagé entre les habitants du quartier et les habitants de la maison de repos (et de soins). • Mise à disposition de la salle des fêtes de la maison de repos (et de soins) pour des activités menées par des ASBL et ouvertes à toutes et tous (cours de danse, de musique, ateliers créateurs, etc.) 	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de connaissance des collaborations avec des services ou organismes de proximité. Comme par exemple, l'existence de conventions de collaboration permet d'attester de l'existence d'une collaboration. • Echanges avec les habitants : ont-ils eu l'occasion de rencontrer de nouvelles personnes ou, à tout du moins, de mener des activités avec d'autres personnes que les parties-prenantes directes de la maison ? • Mesures prises par l'établissement dans la collaboration avec des services et des organisations externes.
<p>Art. 167. Le gestionnaire désigne un ou plusieurs membres du personnel au sein de l'établissement qui ont, parmi leurs attributions, la coordination de la vie sociale et</p>	<p>Il faut identifier clairement qui, parmi le personnel, est chargé de ces responsabilités. Cela signifie également que les habitants et les autres membres du personnel doivent savoir qui sont cette ou ces personne(s) et comment le(s) contacter pour des</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Prise de renseignement en ce qui concerne le ou les membre(s) du personnel désigné(s) comme coordinateur(s) de la vie sociale et communautaire.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>communautaire. Ce ou ces membres du personnel se chargent de :</p> <p>1° l'organisation et de la coordination des activités visées à l'article 165, § 2 ;</p> <p>2° l'ouverture de l'établissement sur la vie locale et la mise en place de collaborations avec des organisations extérieures, conformément à l'article 166 ;</p> <p>3° l'animation du conseil participatif.</p> <p>La ou les personnes visées à l'alinéa 1er sont clairement identifiables.</p>	<p>questions relatives à la vie sociale et communautaire de l'établissement.</p> <p>Il n'y a pas d'exigence vis-à-vis du profil de fonction du coordinateur de la vie sociale et communautaire. Cependant, il doit être en mesure de libérer le temps nécessaire pour la mise en pratique et disposer des compétences nécessaires.</p> <p>Cette norme vise à garantir que les établissements offrent un environnement dynamique et socialement enrichissant pour les habitants, en s'appuyant sur des membres du personnel clairement identifiés et engagés dans la coordination de ces aspects.</p> <p>Il est à noter que la collaboration avec des organisations extérieures et l'ouverture à la vie locale permettent de créer des opportunités supplémentaires pour les habitants et d'enrichir leur expérience au sein de l'établissement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Si possible, échange avec le(s) membre(s) du personnel concerné(s). • Echange avec les habitants concernant la vie sociale et communautaire de l'établissement. • Prise de connaissance des collaborations avec organisations extérieures, conformément à l'article 166. • Analyse des PV du conseil participatif et, le cas échéant, du comité des habitants.
<p>Art. 168. Les couloirs accessibles aux habitants ne sont en aucun cas fermés à clé ou par tout autre dispositif de sécurité qui entraverait la libre circulation des habitants.</p>	<p>Pour le bien-être des habitants, l'établissement organise son environnement de telle sorte que les habitants se sentent libres.</p> <p><i>Suggestion :</i></p> <p>Les unités fermées "type CANTOU" doivent faire l'objet d'une réflexion pour garantir à la fois la sécurité et le bien-être des habitants. Il s'agit de tenir compte des besoins et des souhaits des habitants pour qu'ils puissent vivre dans un environnement stimulant, digne et respectueux. Cela implique de créer des espaces qui ne ressemblent pas à des couloirs fermés à clé, mais plutôt à des environnements chaleureux et ouverts qui favorisent le bien-être et l'autonomie des habitants.</p>	<p>Lorsqu'il s'agit d'unité fermée type "Cantou", l'équipe contrôle analyse la situation de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que les habitants qui y habitent se dirigent systématiquement vers la porte ? Le cas échéant, quelles sont les alternatives proposées pour éviter le sentiment d'enfermement et tendre vers un sentiment de liberté ? - Est-ce qu'il y a des activités adaptées ? - Est-ce que le vécu de l'habitant est pris en compte ? - Existe-t-il une dynamique pour favoriser les échanges entre les différents habitants ou est-ce cloisonner ?

Articles	Interprétations	Contrôle
		<ul style="list-style-type: none"> - Est-ce que le mode de fonctionnement de l'unité leur permet d'avoir une vie digne ? Ce type d'unité ne peut en aucun cas s'apparenter à un couloir fermé à clé. <p>Ces aspects sont mis en lien avec l'article 3.</p>
<p>Art. 169. Chaque chambre est numérotée et le numéro est repris dans la convention.</p> <p>Le nom de l'habitant figure à l'extérieur de la chambre, à moins que celui-ci ou son représentant ne s'y oppose."</p>	<p>Si la personne ou son représentant donne son accord, il est également possible d'ajouter une photo pour faciliter l'identification de sa chambre.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observation des chambres ; - Vérification du numéro de la chambre repris dans la convention ; - Le cas échéant, si aucun nom ne figure sur la porte, cela doit être indiqué dans le dossier individuel de l'habitant. - Analyse des informations reprises dans le fichier excel "Doc archi".
<p>Art. 170. Dans les établissements mis en exploitation après le 1er janvier 2010 et les établissements mis en exploitation avant le 1er janvier 2010 qui effectuent aux chambres des travaux de transformation ou d'extension, la superficie minimale nette des chambres individuelles, à l'exclusion des installations sanitaires, est de 15 m² ; elle est de 11 m² par habitant dans les chambres doubles.</p> <p>Dans les établissements mis en exploitation avant le 1er janvier 2010 et les établissements pour lesquels l'autorisation de travaux a été accordée par les Ministres ou dont le projet a été approuvé par les Ministres avant le 1er janvier 2010, la superficie minimale nette des chambres</p>	<p>Le service "Infrastructure" de Vivalis demande d'introduire une demande d'autorisation de travaux, pour les maisons de repos, lorsque les travaux modifient :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La position de cloisons (porteuses ou non porteuses) ; - Les surfaces de sol ; - Les surfaces vitrées ; - L'affectation/la destination d'un local. <p>En d'autres mots, il s'agit de tous les travaux qui sont susceptibles d'avoir un impact relatif sur les normes architecturales avec une attention particulière pour les locaux accessibles aux aînés (ex : chambre transformée en local d'animations).</p> <p>Lorsque les travaux concernent des normes relatives à des surfaces de sol minimales, la surface nette des sols est mesurée. Pour cela, l'emplacement du mobilier fixe (ex : armoires</p>	<p>Sur base du "document architecture" complété par l'établissement ainsi que d'observations directes sur place.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
individuelles, à l'exclusion des installations sanitaires, ne peut être inférieure à 12 m ² ; elle est de 10 m ² par habitant pour les chambres doubles.	<p>encastrées) et les installations sanitaires ne sont pas incluses dans le calcul.</p> <p>Pour le calcul de la surface des chambres situées dans les combles, seules les surfaces avec une hauteur sous plafond d'au moins 1,50 m sont prises en compte. Il convient également de noter que, pour garantir la qualité de ce type de chambres, au moins la moitié de la surface doit avoir une hauteur minimale de 2,30 m.</p> <p>La mise en exploitation est liée à l'ASMESE. Pour tous les établissements mis en exploitation après le 01/01/2010 ET pour tous les établissements en exploitation avant le 01/01/2010 qui effectuent des travaux : il convient de répondre aux nouvelles normes de superficie, à savoir, les chambres doivent faire 15m² hors sanitaire pour les chambres individuelles et 11m² par habitant pour les chambres doubles (22m²).</p> <p>On entend par travaux : tous travaux qui touchent la destination d'un local.</p>	
Art. 171. Les chambres communes ne peuvent comporter plus de deux lits.		Visite des chambres et contrôle "document architecture" complété par l'établissement.
Art. 172. Au moins la moitié de la capacité d'admission de l'établissement est constituée de chambres individuelles.	A partir du 01/09/2024, cette norme s'applique à toutes les maisons de repos et maisons de repos et de soins.	Visite des chambres et contrôle "document architecture" complété par l'établissement.
Art. 173. Dans les établissements comportant des chambres doubles, une chambre individuelle doit être aisément disponible pour permettre	La chambre d'isolement ne doit pas être nécessairement fixe. Lorsque le taux d'occupation n'est pas complet, on considère qu'une chambre individuelle doit être disponible pour un	Sur base du "document architecture" complété par l'établissement et par le biais des observations effectuées lors de l'inspection.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>l'isolement d'un habitant ; dans ce cas, les règles pour les chambres individuelles sont d'application.</p>	<p>isolement. Si l'établissement comporte des chambres doubles, il faut prêter attention à garder une chambre libre en cas d'occupation maximale. Avec une occupation maximale, l'institution doit donc disposer d'une chambre non occupée en permanence.</p>	
<p>Art. 174. § 1er. Sous réserve de l'article 175, l'établissement fournit le mobilier des chambres.</p> <p>Le mobilier visé à l'alinéa 1er est adapté aux habitants, fonctionnel et en bon état. Il doit permettre d'assurer le bien-être psychique, physique, social et l'indépendance des habitants.</p> <p>L'établissement est tenu d'adapter le mobilier en fonction de l'évolution du degré d'indépendance de l'habitant, sans supplément.</p> <p>§ 2. Dans la chambre individuelle, le mobilier comporte au moins, un lit, une penderie-lingerie, une table, un fauteuil, une chaise et une table de chevet avec tiroir, une source de lumière individuelle au-dessus ou à côté du lit et un système intérieur permettant aux habitants d'être protégés des rayons du soleil et de préserver leur intimité. À partir du 1er janvier 2026, chaque chambre comporte en outre une télévision et un frigo.</p> <p>À partir du 1er janvier 2029, le lit visé à l'alinéa 1er doit être un lit réglable en hauteur.</p>	<p>L'article 175 laisse la possibilité à l'habitant de disposer de biens et de meubles personnels, en complément ou en remplacement du mobilier prévu par l'établissement.</p> <p>Si certains meubles ne sont pas présents dans la chambre, par exemple à la demande de l'habitant, cela doit être noté dans son dossier.</p> <p>Une chaise roulante ne peut se substituer à un fauteuil dans une chambre. Le fauteuil doit être composé d'accoudoirs et d'un dossier haut.</p> <p>Quelques exemples de systèmes intérieurs permettant aux habitants d'être protégés des rayons du soleil : rideaux, stores, lamelles, etc. Idéalement, il doit être possible de réduire l'éblouissement et d'obscurcir complètement la pièce pour dormir.</p>	<p>Observations des chambres le jour de l'inspection.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>§ 3. Dans la chambre commune, le mobilier comporte au moins, pour chaque habitant, un lit, une penderie-lingerie, un fauteuil, une table de chevet avec tiroir, ainsi qu'une source de lumière individuelle au-dessus ou à côté du lit, et un système intérieur permettant aux habitants d'être protégés des rayons du soleil. En outre, elle disposera d'une ou de plusieurs tables avec chaises permettant à tous les occupants de la chambre de prendre leur repas, le cas échéant, simultanément.</p> <p>Des éléments de séparation entre les lits permettent d'assurer à chacun un minimum d'intimité.</p> <p>À partir du 1er janvier 2026, chaque chambre comporte en outre une télévision et un frigo par habitant.</p> <p>À partir du 1er janvier 2029, le lit visé à l'alinéa 1er doit être un lit réglable en hauteur.</p>	<p><i>Suggestion :</i> Si les aînés ne désirent pas une séparation, cela doit être rendu possible (par exemple, pour les couples). Il est aussi crucial de l'indiquer dans le dossier des résidents concernés. De plus, les couples devraient avoir la possibilité d'avoir un lit double - ou la possibilité d'avoir deux lits simples accolés l'un à l'autre - s'ils le souhaitent.</p> <p>A partir du 1^{er} janvier 2026, l'institution est tenue de fournir une télévision si nécessaire. Si l'habitant souhaite apporter sa propre télévision, il est libre de le faire mais cela ne peut pas lui être demandé ou imposé. L'habitant a également la possibilité de refuser une télévision. Le cas échéant, il est recommandé de l'indiquer dans son dossier.</p> <p>Les frais de raccordement individuel et d'abonnement à la télévision sont des frais en avance en faveur de tiers.</p>	
<p>Art. 175. Pour autant que les équipements respectent les normes incendie et que ce mobilier permette le bon déroulement de l'accompagnement et des soins, l'habitant doit, dans sa chambre, avoir la possibilité de disposer de biens et de meubles personnels, en</p>	<p>La norme laisse la possibilité aux aînés d'apporter leur propre matériel. Cependant, ce matériel doit être conforme à la sécurité. Au niveau des normes de sécurité incendie spécifiques reprises dans l'annexe 1 de l'arrêté du 07/03/2024 : voir l'article 8.3.2. : "L'utilisation d'appareils électriques dans les chambres des résidents ou dans les espaces du personnel n'est autorisée</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observations lors de l'inspection permettant de constater une personnalisation éventuelle des chambres. - Echange avec le directeur, le personnel et les habitants.

Articles	Interprétations	Contrôle
complément ou en remplacement du mobilier prévu par l'établissement.	<p>que si les appareils électriques sont suffisamment sûrs et portent le marquage CE. Les appareils de télévision à tube cathodique sont interdits."</p> <p><i>Suggestion :</i> Il est également essentiel de prévoir des espaces de vie communs comprenant des objets et des meubles plus personnels ou en lien avec la vie des habitants. Cependant, pour le mobilier situé dans les coins salons ouverts (sans séparation par des cloisons et des portes par rapport au couloir) ou dans les couloirs, des exigences de comportement au feu amélioré s'appliquent. Toutes les exigences sont détaillées dans les articles 4.4.3 (coins salons communs) et 8.2 (passages) de l'annexe 1 de l'arrêté du 07/03/2024.</p>	
<p>Art. 176. § 1er. La commande d'éclairage et d'appel dans la chambre doit être accessible du lit et du fauteuil sans que la circulation des habitants ne soit entravée par un cordon flottant librement.</p> <p>Pour les établissements mis en exploitation après le 1er janvier 2010 et pour les établissements mis en exploitation avant le 1er janvier 2010 qui effectuent aux chambres des travaux de transformation ou d'extension, l'éclairage consiste au moins en un éclairage général de la chambre et un éclairage de lecture séparé, qui doivent pouvoir être enclenchés séparément.</p>	<p>§ 1^{er}. Pour les chambres à deux lits, il doit y avoir au moins deux points d'appel ainsi que deux points d'éclairage.</p> <p>Dans de nombreuses maisons de repos, le fauteuil et le lit sont proches l'un de l'autre, ce qui permet d'avoir un point d'appel avec une poire placée entre les deux. Cependant, si le fauteuil est situé de l'autre côté de la chambre par rapport au lit, un point d'appel supplémentaire est nécessaire. Le câble d'une poire d'appel ne doit en aucun cas entraver la circulation de l'habitant.</p>	<p>Sur base du "document architecture" complété par l'établissement ainsi que d'observations directes sur place.</p> <p>L'habitant doit pouvoir appeler en cas de besoin où qu'il soit dans sa chambre. Si l'habitant n'a pas accès à sa sonnette dans sa chambre, la norme est considérée comme étant non respectée.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>§ 2. Le nombre de prises par chambre s'élève au minimum à une par 5 m2.</p> <p>§ 3. Le nombre d'interrupteurs par chambre s'élève au minimum à trois, dont un à l'entrée, un près du fauteuil, et un à hauteur du lit.</p>		
<p>Art. 177. § 1er. Tous les locaux accessibles aux résidents disposent d'un système d'appel. Dans la chambre, le point d'appel fixe est accessible depuis chaque lit et chaque fauteuil ; le cas échéant, ce système doit pouvoir être actionné sans déranger les autres occupants de la chambre. Tous les sanitaires sont équipés d'un système d'appel.</p> <p>§ 2. Toutes les chambres doivent être pourvues d'un appareil fixe, destiné à enregistrer la réponse donnée à l'appel.</p> <p>Tout appel, le temps nécessaire pour y répondre ainsi que la réponse donnée à celui-ci doivent être consignés par l'établissement. Ces informations doivent être conservés au minimum trois mois.</p> <p>Le système d'appel doit, en outre, être équipé d'une source de courant permettant d'assurer le fonctionnement du système d'appel pendant une heure lors d'une interruption de courant.</p>	<p>Tous les locaux accessibles aux habitants correspondent à l'intégralité des locaux dont l'utilisation est destinée à ceux-ci (ex : salon de coiffure, réfectoire, salle de kinésithérapie...).</p> <p>§ 2. La réponse donnée à l'appel correspond au fait d'indiquer la présence. Le système d'appel doit être relié à une batterie ou à un éventuel groupe de secours.</p>	<p>Le contrôle s'effectue sur les aspects suivants :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Sur base du relevé des appels demandé pour la période datant de 3 mois précédant l'inspection. La période demandée peut être adaptée. - Sur base d'un contrôle visuel en observant les chambres et locaux destinés aux habitants. - Sur base de tests effectués, dans les locaux accessibles aux habitants ainsi que dans les chambres, le jour de l'inspection.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 178. Chaque chambre dispose d'une connexion au téléphone, à la télédistribution et à l'internet.</p> <p>À partir du 1er janvier 2026, la connexion à l'internet visée à l'alinéa 1er est une connexion sans fil. Elle est disponible sans frais supplémentaire."</p>	<p>Avant le 1er janvier 2026 : il faut une connexion internet qu'elle soit avec ou sans fil.</p> <p>A partir de 1er janvier 2026 : il faut une connexion internet dans chaque chambre ainsi qu'une connexion sans fil disponible sans frais supplémentaires</p>	<p>Observations et échanges lors de l'inspection.</p>
<p>Art. 179. § 1er. Pour les établissements mis en exploitation après le 1er janvier 2010 et les établissements mis en exploitation avant le 1er janvier 2010 et qui effectuent aux chambres des travaux de transformation ou d'extension, chaque chambre comporte une installation sanitaire séparée de la chambre et accessible aux personnes à mobilité réduite, comprenant une toilette, un lavabo, un miroir et une douche ou baignoire.</p> <p>§ 2. Pour les établissements mis en exploitation avant le 1er janvier 2010 :</p> <p>1° chaque chambre comporte un lavabo à eau courante potable, chaude et froide, un miroir ainsi qu'un élément de séparation entre le lavabo et le lit.</p> <p>2° les installations sanitaires comprennent au moins :</p>	<p>Pour les établissements "hybrides" comprenant des chambres avec baignoire ou douche et des chambres sans, le calcul se fait sur la base du nombre de chambres qui ne contiennent pas de douche ou de baignoire. Le cas échéant, l'article 182 est également d'application.</p> <p>Tout doit être accessible aux personnes à mobilité réduite (PMR). Pour connaître les exigences précises en matière d'accessibilité PMR d'une salle de bain, veuillez consulter les articles 10 (portes intérieures), 13 (toilettes), et 14 (salles de bain/douches) du titre 4 du RRU :</p> <p>https://urbanisme.irisnet.be/pdf/RRU_Titre_4_FR.pdf.</p> <p>Pour les établissements mis en exploitation après le 1er janvier 2010 et les établissements mis en exploitation avant le 1er janvier 2010 qui effectuent aux des travaux de transformation ou d'extension dans les chambres, une douche ou une baignoire doit être prévue. La baignoire commune adaptée et favorisant le bien-être reprise dans l'article 182 peut être comprise dans les baignoires communes.</p> <p>Pour les établissements mis en exploitation avant le 1er janvier 2010, il n'est pas obligatoire d'avoir une douche et une toilette.</p>	<p>Contrôle sur base du "document architecture" complété par l'établissement ainsi que sur base des observations et constatations effectuées lors de l'inspection de l'établissement</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>a) une toilette par huit habitants, dont au moins une par étage est accessible aux personnes à mobilité réduite ;</p> <p>a)¹ une douche ou une baignoire, ainsi qu'une douche ou baignoire supplémentaire lorsque l'institution dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de 30 habitants. Ces installations sont accessibles aux personnes à mobilité réduite."</p>	<p>Cependant, ces établissements doivent disposer d'une douche ou d'une baignoire commune et, à partir de 46 habitants, une baignoire ou une douche supplémentaire est requise.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A partir de 76 : une 3^{ème} ; - A partir de 106 : une 4^{ème} ; - A partir 136 : une 5^{ème} ; - A partir de 176 : une 6^{ème}. 	
<p>Art. 180. Des toilettes en nombre suffisant sont aménagées à proximité immédiate des lieux de vie en commun et des salles d'activités collectives.</p> <p>Au moins une des toilettes visées à l'alinéa 1er est accessible aux personnes à mobilité réduite.</p>	<p>Nous ne demandons pas systématiquement 2 toilettes à proximité immédiate des lieux de vie en commun et des salles d'activités collectives. Cela dépend de la taille de l'établissement ainsi que des espaces communs que les toilettes desservent. Il doit y avoir au moins un WC commun à proximité immédiate. S'il y en a un seul, celui-ci doit être PMR (Art. 13 du titre 4 du RRU). Idéalement, les toilettes devraient être unisexes.</p> <p>Il est important de noter qu'un étage composé exclusivement de chambres équipées de WC PMR n'a pas besoin de toilettes communes. Toutefois, si cet étage comprend des espaces communs ou des salles polyvalentes pour les activités des habitants, une toilette PMR est nécessaire. Cela permet d'éviter que les habitants, dont les chambres sont situées à l'autre bout de l'aile, aient à revenir à leur chambre pour utiliser les toilettes.</p>	<p>Contrôle sur base du "document architecture" complété par l'établissement ainsi que sur base des observations et constatations effectuées lors de l'inspection de l'établissement</p>

¹ "a)" : il s'agit du point "b)".

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 181. Les toilettes, les douches et salles de bains communes sont équipées d'un système signalant qu'elles sont occupées ou libres.</p>	<p>Un système de signalisation "libre" ou "occupé" est un dispositif visuel ou sonore qui indique si la pièce est actuellement utilisée ou si elle est disponible pour être utilisée par quelqu'un d'autre. Par exemple, un voyant vert, un symbole, un panneau...</p>	<p>Contrôle sur base du "document architecture" complété par l'établissement ainsi que sur base des observations et constatations effectuées lors de l'inspection de l'établissement.</p>
<p>Art. 182. Tout établissement doit disposer d'au moins un espace sanitaire dédié au bien-être et à la détente des habitants. Cet espace doit être équipé au moins d'une baignoire adaptée ou du matériel équivalent.</p>	<p>Baignoire adaptée : baignoire réglable en hauteur... pour de plus amples informations se référer aux informations présentes dans la brochure "contrôle des institutions- guide pratique" (p.32).</p>	<p>Observation de la salle de bain lors de l'inspection.</p>
<p>Art. 183. Tous les locaux accessibles aux habitants sont pourvus d'un système intérieur permettant aux habitants d'être protégés des rayons du soleil.</p> <p>À partir du 1er janvier 2034, toutes les fenêtres de l'établissement, à l'exception des fenêtres situées sur les façades orientées nord-est, nord, et nord-ouest, sont équipées en outre d'un système de protection solaire extérieur, afin d'éviter la surchauffe du bâtiment.</p>	<p>Exemples de système intérieur permettant aux habitants d'être protégés des rayons du soleil : stores ou rideaux occultants, film solaire, volets intérieurs, ...</p>	<p>Observations lors de l'inspection de l'établissement.</p>
<p>Art. 184. L'établissement dispose d'un ou plusieurs lieux de vie pouvant être climatisés en cas de canicule. Ces lieux de vie sont de dimension suffisante pour accueillir l'ensemble des habitants dans un ou plusieurs de ces lieux.</p>	<p>Le service infrastructure de Vivalis définit "suffisante" par 1,5m² par habitant.</p>	<p>Observations lors de l'inspection de l'établissement.</p>
<p>Art. 185. L'établissement dispose d'un capteur de CO2 fixe ou mobile afin de mesurer le CO2 dans les locaux où sont organisées des activités</p>	<p>La Taskforce Ventilation a rédigé un document "Choix et utilisation de capteurs de CO2 dans le contexte du Covid-19". Les établissements peuvent s'appuyer sur ce document pour</p>	<p>Observations lors de l'inspection de l'établissement et contrôle sur base des éventuels documents transmis par celui-ci.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>collectives. Les concentrations en CO2 doivent être mesurées régulièrement.</p> <p>En cas de dépassement du seuil de 1200 ppm, l'établissement prend toutes les mesures nécessaires pour améliorer son système de ventilation. Ces mesures sont reprises dans un plan de gestion de crise.</p>	<p>l'application de l'article 185. Le document date du 21 avril 2021 et est disponible sur le site internet d'Iriscare.</p> <p><i>Suggestion</i> :</p> <p>Il est intéressant de noter les mesures prises ainsi que les actions entreprises en cas de dépassement du seuil de 1200 ppm.</p>	
<p>Art. 186. § 1er. Chaque établissement comporte une salle à manger ainsi qu'une salle de séjour. La salle à manger et la salle de séjour peuvent être intégrées dans une salle commune. Selon la taille de l'établissement, ces locaux sont en nombre suffisant pour en garantir le caractère de lieu de vie.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa 1er, si l'établissement est organisé sur la base d'unités de vie distinctes, les locaux visés à l'alinéa 1er sont en nombre suffisant, de sorte que l'intégration dans le cadre de vie habituel continue à être garantie.</p> <p>§ 2. La superficie totale de la salle de séjour et de la salle à manger compte au moins 1,5 m2 par habitant, en tenant compte de la capacité d'hébergement maximale de l'établissement.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa 1er, si l'établissement est organisé sur la base d'unités de vie distinctes, la superficie totale de la salle de séjour et de la salle à manger compte au moins 1,5 m2 par</p>	<p>Nous entendons par unité vie : bâtiment ou partie d'un bâtiment.</p> <p><i>Suggestion</i> : pour le bien-être des habitants, l'espace doit être aménagé comme un lieu de vie tenant compte des souhaits de ces derniers. Nous vous recommandons d'éviter les espaces ayant un style type "maison témoin".</p> <p>La superficie minimale de 1,5 m² par habitant est calculée uniquement sur la base de l'espace dédié à la salle à manger et au salon, s'ils sont séparés. Cette superficie ne prend pas en compte des espaces tels que le salon de coiffure, les espaces d'ergothérapie, les salles de kinésithérapie, etc.</p> <p>Pour l'ensemble du bâtiment, la superficie est calculée en fonction de la capacité agréée. En ce qui concerne une unité de vie distincte (ex : CANTOU), la superficie de la salle à manger et</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Sur base du document architectural permettant de visualiser l'aménagement ainsi que d'observations directes sur place lors de l'inspection en ce qui concerne l'organisation des lieux de vie. - Echange avec les habitants, le personnel et le directeur.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>habitant de l'unité de vie, en tenant compte de la capacité d'hébergement maximale de l'unité de vie.</p>	<p>du salon déterminera la capacité maximale d'hébergement de cette unité.</p>	
<p>Art. 187. Sous réserve de l'article 180, tous les locaux accessibles aux habitants sont accessibles aux personnes à mobilité réduite.</p>	<p>L'accessibilité PMR est définie à l'article 1.23. Pour connaître les exigences précises, veuillez consulter le titre 4 de la RRU, notamment les articles 5 (rampe), 6 (porte d'entrée), 9 (couloirs), 10 (portes intérieures), 11 (ascenseurs) et 12 (escaliers).</p>	<p>Contrôle lors de l'inspection sur base d'observations et contrôle des plans de l'établissement.</p>
<p>Art. 188. À partir du 1er janvier 2026, une connexion Internet doit être accessible dans tous les espaces communs accessibles aux habitants et les espaces de travail des membres du personnel.</p> <p>La connexion à l'internet visée à l'alinéa 1er est une connexion sans fil dans les espaces communs accessibles aux habitants. Elle est disponible sans frais supplémentaire.</p>		<p>Lors de l'inspection le code Wifi sera demandé à l'établissement dès l'arrivée et sera testé par le biais des tablettes individuelles des contrôleurs qualifiés.</p> <p>La norme sera contrôlée dès le 01/09/2024 avec l'adaptation suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si le Wifi est disponible la norme est considérée comme étant respectée. - Si le Wifi n'est pas encore disponible, la norme sera notée comme "non évaluée".
<p>Art. 189. L'établissement peut disposer d'un espace fumeur, intérieur ou extérieur.</p> <p>Si l'établissement dispose d'un espace fumeur intérieur, celui-ci doit être clairement délimité et complètement isolé ; il ne peut servir de passage et doit disposer d'un dispositif d'extraction des fumées, à concurrence de quinze m3 ; par heure et par m2.</p>	<p>Il est à noter qu'il n'est plus obligatoire d'avoir un fumoir.</p> <p>On entend par "équipé" : disposer d'au moins un cendrier et de sièges en suffisance pour le nombre de fumeurs.</p> <p>Pour la vérification de l'extraction des fumées, les données suivantes peuvent être demandées :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Surface au sol du local concernée ; - Fiche technique du système de ventilation indiquant le modèle ainsi que son débit. 	<p>Si un fumoir existe dans l'établissement il sera contrôlé le jour de l'inspection.</p> <p>Il est également indiqué dans le document architectural.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Si l'établissement dispose d'un espace fumeur extérieur, celui-ci doit être clairement délimité, couvert et équipé.</p>	<p>Il est à noter qu'il est interdit de fumer dans un rayon de 10 mètres autour des entrées et des sorties des établissements pour aînés (https://www.ejustice.just.fgov.be/eli/loi/2024/03/26/2024002973/moniteur). Par conséquent, l'éventuel fumoir extérieur ne peut pas se trouver dans un rayon de 10 mètres.</p>	
<p>Art. 190. Les couloirs et les escaliers sont suffisamment larges et, en ce qui concerne les couloirs, accessibles aux personnes à mobilité réduite. Les habitants doivent, lors de leurs déplacements dans le bâtiment, pouvoir s'aider de rampes et de poignées des deux côtés.</p> <p>Les couloirs doivent être aménagés afin de permettre aux habitants d'y prendre un instant de repos si nécessaire dans son déplacement.</p> <p>Pour prévenir le risque de chute, la première et la dernière marche ainsi que toute marche isolée, sont pourvues sur leur bord d'une bande</p>	<p>Les couloirs doivent permettre le passage d'une chaise roulante sans difficulté. La brochure architecturale recommande les distances adéquates permettant d'avoir une zone de rotation.</p> <p>On entend par "prendre un instant de repos" qu'il y ait au moins un dispositif permettant à l'habitant de se reposer (ex : chaise, fauteuil, banquette, ...) dans chaque couloir tout en garantissant le passage PMR. Toutefois, le matériel installé dans les couloirs ne doit pas entraver la bonne circulation et une évacuation en cas d'incendie. Idéalement, ces zones de repos se trouvent près d'une fenêtre avec vue, d'un poste infirmier ou d'un ascenseur.</p> <p>On entend par "suffisamment large" : le couloir doit permettre le passage d'une chaise roulante sans difficulté. Les normes de sécurité incendie spécifiques exigent une largeur minimale de 1,80m. En principe, la largeur minimale est en principe contrôlée par les pompiers.</p> <p>Les termes "tranchant nettement" signifient que la couleur permet un visuel facile.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Vérifier les mesures des couloirs d'après les plans ; - Observation des couloirs ; - Observation de la manière dont les habitants se déplacent dans l'établissement.

Articles	Interprétations	Contrôle
de couleur tranchant nettement avec le revêtement.	<p>Pour les situations non-conformes déjà existantes par rapport aux anciennes normes de 1974, donc avant l'entrée en vigueur des nouvelles normes le 01.09.2024, une largeur de minimum 1,50m est acceptée. Il est fortement recommandé d'élargir les couloirs étroits à 1,80 m lors des travaux. Il est important de préciser qu'il s'agit de la largeur "utile", ce qui signifie que cette largeur ne doit pas être réduite par le mobilier ou tout autre objet. Autrement dit, l'espace libre disponible pour la circulation doit être de 1,80 m sans obstruction.</p> <p>En ce qui concerne les escaliers, les exigences spécifiques sont reprises dans l'article 12 du titre 4 du RRU pour des escaliers de bâtiments récents dont les travaux sont réalisés après 2006. On peut les appliquer aussi pour d'éventuels escaliers extérieurs.</p>	
Art. 191. Dans tous les locaux accessibles aux habitants, toutes les inégalités de sol telles que marches, escaliers et autres obstacles doivent être évitées.	Les inégalités de sol incluent également toutes les détériorations du revêtement de sol. Les escaliers, utilisés comme moyen de circulation verticale, sont uniquement autorisés s'il existe également une alternative adaptée aux habitants, telle qu'une rampe ou un ascenseur/monte-personne.	
Art. 192. Tout établissement dispose d'un lieu de travail doté d'un nombre suffisant de postes de travail pour l'exercice correct des fonctions des membres du personnel. Cette salle doit être différente de la salle de repos du personnel.	<p>Un nombre de postes de travail est considéré comme suffisant lorsque cela permet à tous les membres du personnel d'exercer leurs fonctions de manière efficace. Il est donc essentiel de tenir compte du nombre de collaborateurs ainsi que de la nature des différentes fonctions.</p> <p>La salle de repos ne peut pas être utilisée comme lieux de travail.</p>	La salle de repos doit répondre à sa destination : si lors de l'inspection il est observé que ce n'est pas le cas, la norme sera considérée comme étant non respectée.
Art. 193. L'établissement dispose au minimum d'un local infirmier identifiable.	On entend par " identifiable " qu'il y a un pictogramme ou tout type d'indication permettant de savoir qu'il s'agit d'un local infirmier.	Observations le jour de l'inspection.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 194. L'établissement dispose :</p> <p>1° du matériel requis en vue de la prévention des escarres ;</p> <p>2° des moyens nécessaires permettant d'isoler chaque lit d'une chambre commune pendant les soins.</p>	<p>L'établissement doit disposer du matériel décrit dans la procédure de prévention des escarres. Ce matériel doit être en bon état. En cas de besoin, le matériel doit être disponible rapidement. Idéalement, il est présent sur place.</p> <p>On entend par "isoler" qu'il est possible de tirer un rideau, de mettre une cloison amovible ou encore tout élément permettant de garantir l'intimité et permettant la libre circulation de chaque habitant dans les chambres communes pendant les soins.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Echange avec les habitants ainsi qu'avec le personnel. - Observations du matériel en présence dans l'établissement lors de l'inspection.
<p>Art.195 L'établissement dispose d'un local décent et aisément accessible, pouvant servir de chambre mortuaire ou de morgue.</p> <p>Le local visé à l'alinéa 1er est équipé d'une table réfrigérante et est aménagé de façon à permettre aux proches des personnes décédées de se recueillir dans le respect des convictions philosophiques choisies par le défunt.</p> <p>Par dérogation aux alinéas 1er et 2, l'établissement peut conclure une convention avec un prestataire externe prévoyant la mise à disposition d'une chambre mortuaire ou d'une morgue aux frais de l'établissement.</p>	<p>Il est important que ce local ne soit pas directement accessible/visible à partir d'un couloir fréquemment utilisé par les aînés. Idéalement, il y a un sas ou un local avant de rentrer dans le local avec le corps.</p> <p>Par "aménagé", on entend : favorisant un climat serein.</p> <p>Les critères définissant les frais pris en charge par l'établissement doivent être repris clairement dans la convention. Il s'agit au minimum du transfert vers la morgue et la mise à disposition de la morgue.</p>	<p>Observations le jour de l'inspection ou contrôle des conventions existantes en la matière entre un établissement et un prestataire externe.</p>
<p>Art. 196. Le directeur et le personnel de l'établissement contribuent, dans le cadre du projet de vie d'établissement, à l'indépendance,</p>	<p><i>Suggestion :</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> - Observation du fonctionnement ; - Lien entre les observations et le projet de vie ;

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>à l'autonomie, à l'épanouissement et à la qualité de vie des habitants, en favorisant l'accès à une vie sociale et communautaire dynamique, en mobilisant leurs capacités préservées et en facilitant la participation et la communication.</p> <p>Le directeur et le personnel veillent à nouer une relation de confiance mutuelle avec les habitants.</p> <p>Les prénoms et/ou noms du directeur, des membres du personnel, du médecin référent et du médecin coordinateur et conseiller doivent être identifiables auprès des habitants.</p> <p>Le directeur, les membres du personnel, le médecin référent et le médecin coordinateur et conseiller se présentent auprès des habitants atteints de troubles cognitifs ou de démence lorsqu'ils entrent en contact avec eux."</p>	<p>Le management permet aux membres du personnel d'effectuer des tâches multiples qui contribuent à l'opérationnalisation du projet de vie d'établissement via notamment :</p> <ul style="list-style-type: none"> - La mise en place des comités d'habitants thématiques ainsi que le respect de leurs projets et décisions (Art.20). - Indépendance : Par exemple, mettre en place une signalétique adaptée aux capacités préservées des habitants qui facilitent l'orientation dans l'espace et la réalisation des activités de la vie quotidienne. Par exemple, mettre en place des espaces d'activités autonomie clairement identifiables et délimités. Par exemple, en attribuant des rôles sociaux aux habitants selon leurs envies et capacités préservées : mettre la table, distribuer le journal, nourrir les poules, tondre le jardin, arroser les plantes... - Autonomie : offrir du choix aux habitants et respecter leurs décisions : comment veulent-ils s'habiller ? Veulent-ils se laver avec du savon ou un gel douche ? Que veulent-ils manger ? Que veulent-ils faire comme activités ? - Accès à une vie sociale : par exemple, ouverture de la maison à la vie de quartier (art. 166). - Qualité de vie et épanouissement : avoir la possibilité de mener des activités engageantes et qui leur font sens de manière quotidienne (loisirs, projets, animation, participation, réalisations, etc.) - ... <p>Idéalement, l'ensemble des professionnels opérant dans la maison portent un badge avec un nombre d'informations limitées (le prénom peut suffire) et une écriture adaptée aux capacités de vue et de lecture des habitants. La possibilité de</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Echanges avec le management ainsi qu'avec le personnel ; - Echange avec les habitants ; - ...

Articles	Interprétations	Contrôle
	<p>porter un badge qui mentionne la manière dont ils voudraient être appelés doit également être offerte aux habitants. Cela favorise une bonne communication et instaure de climat de confiance.</p> <p>Il est à noter que la fin de l'article concernant le fait de se présenter auprès des habitants concerne toute prise de contact et non pas uniquement le premier.</p>	
<p>Art. 197. L'établissement tient à jour la liste des membres du personnel ainsi qu'un tableau indiquant les secteurs d'activités de ceux-ci, avec mention de leur horaire et qualification.</p> <p>Le tableau visé à l'alinéa 1er est affiché dans un local accessible en permanence au personnel.</p>	<p>Il peut s'agir de plusieurs tableaux affichés par secteur d'activité dans les locaux les plus appropriés à la diffusion au personnel.</p>	<p>Sur base des observations effectuées le jour de l'inspection.</p>
<p>Art. 198. Pour chaque membre du personnel, y compris le directeur, il est établi un répertoire comportant toutes les pièces administratives, les copies de diplômes et les attestations de capacité ou d'expérience utile, les contrats de travail ou d'entreprise, le contrat d'assurance en responsabilité civile professionnelle du directeur et du personnel de l'établissement, ainsi que les contrats de toutes les assurances légalement exigées.</p> <p>Le répertoire visé à l'alinéa 1er, ainsi que les relevés des déclarations trimestrielles destinées à l'Office national de Sécurité sociale sont à la disposition du service de contrôle et</p>		<p>Contrôle d'un échantillonnage de dossiers du personnel lors de l'inspection sur place :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pièces administratives ; - Copie des diplômes ; - Attestation de formation ou expérience utile ; - Contrat de travail ; - ... <p>La déclaration trimestrielle de l'ONSS (DIMONA) ne fait pas l'objet d'un contrôle systématique.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
d'accompagnement, lequel peut s'en faire délivrer copie sur simple demande.		
<p>Art. 199. L'établissement organise l'accueil de tout nouveau membre du personnel, au plus tard dans la première semaine de l'entrée en fonction, afin de lui permettre de se familiariser avec son nouvel environnement de travail, la philosophie de l'établissement et le profil général des habitants.</p> <p>Cet accueil comprend au minimum une séance d'information orale et une visite de l'établissement. Il est divisé en un accueil général portant sur la présentation de l'établissement, et un accueil spécifique consacré à la fonction qui sera occupée. Il est organisé en français ou en néerlandais, selon le choix linguistique du membre du personnel.</p> <p>Le directeur établit, en collaboration avec le gestionnaire, les membres du personnel ou leurs représentants, une politique d'accueil et d'intégration, adaptée en fonction du profil du personnel engagé. La politique est tenue à disposition du service de contrôle et d'accompagnement.</p>	La politique d'accueil doit intégrer au minimum les éléments décrits dans la norme.	Contrôle du contenu de la politique d'accueil. Eventuellement, la possibilité lors d'une inspection, de demander à rencontrer un membre du personnel récemment engagé afin de vérifier la mise en application de la politique d'accueil sur le terrain.
<p>Art. 200. § 1er. Sans préjudice des obligations de formation spécifiques à certains membres du personnel, l'ensemble du personnel est tenu de suivre une formation continuée de seize heures</p>	Le plan de formation sur 2 ans peut être adapté en fonction des besoins du personnel de l'établissement. Un modèle sera disponible sur le site internet d'Iriscare.	Les éléments suivants sont contrôlés : - Le plan de formation sur 2 ans, dans lequel est indiqué les thématiques des formations ainsi que la catégorie de personnel concerné ;

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>au moins sur une période de deux ans, avec un minimum de quatre heures par an.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa 1er, le personnel soignant ainsi que le personnel de réactivation sont tenus de suivre une formation continuée de quarante heures au moins par période de deux ans, avec un minimum de huit heures par an.</p> <p>§ 2. Sauf exception motivée par l'établissement, la formation visée au paragraphe 1er s'inscrit dans le plan de formation continuée visé à l'article 201.</p> <p>§ 3. Pour le personnel prestant trois quart temps d'un équivalent temps plein ou moins, l'obligation de formation visée au paragraphe 1er est proratisée au temps de travail effectif.</p> <p>§ 4. Les formations visées au paragraphe 1er doivent être agréées par le fonctionnaire dirigeant d'Iriscare ou son délégué.</p> <p>L'agrément visé à l'alinéa 1er peut être accordé à un organisme, pour l'ensemble des formations dispensées par cet organisme.</p> <p>Sont réputées agréées au sens de l'alinéa 1er : 1° les formations organisées par une université, un établissement de l'enseignement supérieur ou un centre de formation reconnu par la Communauté française, par la Commission</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Le relevé des formation effectivement suivies. Toutes les catégories de personnel sont concernées. Ce relevé comprend : <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les heures de formation suivies pour chaque membre du personnel ; ⇒ Les fonctions ; ⇒ Le thème de chaque formation suivie, ⇒ L'organisme/formateur ; ⇒ Formation interne ou externe ; ⇒ Le canal de diffusion : en ligne ou en présentiel ; ⇒ La ou les dates de formation.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>communautaire française ou par la Communauté flamande ;</p> <p>2° les formations organisées par les fonds de sécurité d'existence, par l'Association Bruxelloise pour le Bien-être au Travail, par les fédérations représentatives du secteur des établissements pour aînés, et par la Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients ;</p> <p>3° les formations organisées par des services hospitaliers, les plateformes de soins palliatifs et la plateforme fédérale d'hygiène hospitalière ;</p> <p>4° les formations organisées par un membre du personnel spécialisé dans la thématique.</p> <p>§ 5. Les réunions pluridisciplinaires ne sont pas considérées comme des heures de formation au sens du paragraphe 1er.</p> <p>§ 6. Sauf exception motivée par l'établissement, au maximum la moitié des heures de formation obligatoire peut être organisée en ligne.</p> <p>§ 7. Au maximum un tiers des heures de formation obligatoire peut être réalisé par un membre du personnel interne à l'établissement.</p>		
<p>Art. 201. § 1er. Sans préjudice de l'article 204, § 2, pour mettre en œuvre les obligations de formation visées à l'article 200, § 1er, l'établissement élabore, en collaboration avec les membres du personnel et leurs représentants, un plan de formation continuée</p>	<p>Le plan de formation établi sur 2 ans peut évoluer et être adapté aux besoins. Il a pour objectif de planifier la formation du personnel en tenant compte de l'organisation du travail.</p>	<p>Le contrôle s'effectue sur base du plan de formation ainsi que sur le contrôle sur place des attestations de formations suivies.</p> <p>Le contrôle sur place visera également à identifier les besoins en formation et</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>pour chaque catégorie de membres du personnel.</p> <p>Le plan de formation continuée visé à l'alinéa 1er s'étale sur deux ans. Il comporte au minimum le thème et la description des formations prévues, les catégories de membres de personnel bénéficiaires des formations, les objectifs poursuivis et les raisons de la mise en place de ces formations.</p> <p>Le plan de formation continuée est adapté à la fonction et aux besoins des membres du personnel. Il est élaboré en tenant compte du projet de vie d'établissement ou des problématiques observées au sein de l'établissement.</p> <p>§ 2. Le plan de formation continuée visé au paragraphe 1er prévoit en tout cas, de manière régulière, des formations concernant :</p> <p>1° la bientraitance et les relations avec les aînés ;</p> <p>2° la gériatrie ;</p> <p>3° la diversité, notamment la multiculturalité, l'identité de genre et l'orientation sexuelle ;</p> <p>4° la qualité des soins et la démarche d'amélioration continue ;</p> <p>5° l'accompagnement et la participation des aînés ;</p> <p>6° les relations internes aux équipes de travail ;</p>		<p>problématiques observées qui peuvent être liées à un manque de formation.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>7° la fin de vie ; 8° l'accompagnement des habitants atteints des troubles cognitifs majeurs ou de démence.</p> <p>Le plan de formation continuée visé au paragraphe 1er peut prévoir des formations linguistiques.</p> <p>Les Ministres peuvent préciser et compléter la liste des thèmes de formation visés à l'alinéa 1er. Ils peuvent également, fixer une liste de thèmes de formations obligatoires par catégorie de membres du personnel.</p> <p>§ 3. Le plan de formation continuée est transmis à Iriscare tous les deux ans, à une date déterminée par Iriscare, et pour la première fois à partir du 1er juin 2024.</p> <p>§ 4. L'établissement tient un tableau récapitulatif du nombre d'heures et des formations suivies par chaque membre du personnel.</p>		
<p>Art. 202. § 1er. Le directeur prenant ses fonctions pour la première fois après le 1er janvier 2010 doit, préalablement à son entrée en fonction, être au minimum titulaire d'un diplôme d'enseignement supérieur non universitaire et suivre une formation complémentaire de minimum 500 heures auprès d'une université ou d'un centre de formation reconnu par la Commission communautaire commune ou une</p>	<p>La conformité de la norme est validée au moment de l'entrée en fonction du directeur et ne doit plus faire l'objet d'un contrôle administratif une fois conforme.</p>	<p>Le contrôle se fait sur base des données transmises par l'établissement lors de la demande initiale ou lors d'un changement de direction.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>autre Communauté ou Commission communautaire compétente.</p> <p>La formation complémentaire visée à l'alinéa 1er est réduite à 100 heures pour les titulaires d'un Diplôme universitaire en gestion des institutions de soins / universitaire opleiding in Management in de Gezondheidszorg</p> <p>Les titulaires d'un diplôme universitaire en gestion des institutions de soins axé sur la gériatrie, sont dispensés de la formation complémentaire visée à l'alinéa 1er.</p> <p>§ 2. Sont dispensés des exigences visées au paragraphe 1er :</p> <p>a) les directeurs en fonction au 1er janvier 2010, ayant satisfait aux conditions d'accès à la profession prévues par l'arrêté du Collège réuni du 14 mars 1996 fixant les normes d'agrément auxquelles doivent répondre les établissements hébergeant des personnes âgées, au 1er janvier 2010 ;</p> <p>b) les directeurs qui suivent la formation imposée par une décision ministérielle notifiée le 1er janvier 2010 ;</p> <p>c) les directeurs ayant introduit, avant le 1er janvier 2010, une demande de dérogation auprès des Ministres, conformément à l'article</p>		

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>68 de l'arrêté du Collège réuni du 14 mars 1996 susvisé.</p> <p>§ 3. Par dérogation au paragraphe 1er et pour une durée maximale de deux ans, le gestionnaire peut engager comme directeur une personne qui suit la formation de directeur, visée au paragraphe 1er.</p> <p>§ 4. Il est répondu aux conditions visées au paragraphe 1er, s'il ressort d'une comparaison des diplômes, attestations, brevets, autres titres et expériences pertinentes dont dispose le candidat avec le diplôme et la formation exigés, que le candidat remplit les conditions requises.</p> <p>Pour l'application de l'alinéa 1er, il faut entendre par expérience pertinente, l'expérience acquise dans les secteurs de l'hébergement d'aînés, des maisons de repos et de soins, des hôpitaux ou de l'hébergement de personnes handicapées, pour autant qu'il s'agisse d'une fonction à responsabilités.</p>		
<p>Art. 203. La réussite des formations visées à l'article 200 dont le contenu est agréé par le fonctionnaire dirigeant d'Iriscare ou son délégué, est sanctionnée par une attestation, après l'évaluation du candidat tant sur le plan de son assiduité que de ses connaissances et de ses aptitudes.</p>	<p>Il s'agit de l'article 202 et non de l'article 200.</p> <p>La conformité de la norme est validée au moment de l'entrée en fonction du directeur et ne doit plus faire l'objet d'un contrôle administratif une fois conforme.</p>	<p>Sur base de l'attestation de réussite transmise.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 204. § 1er. Le directeur est tenu de participer à une formation continuée d'au moins 24 heures par an.</p> <p>La formation visée à l'alinéa premier comporte, de manière régulière, des formations sur :</p> <p>1° la bientraitance et les relations avec les aînés ;</p> <p>2° la gériatrie ;</p> <p>3° la diversité, notamment la multiculturalité, l'identité de genre et l'orientation sexuelle ;</p> <p>4° la qualité des soins et la démarche d'amélioration continue ;</p> <p>5° l'accompagnement et la participation des aînés ;</p> <p>6° l'accompagnement des habitants atteints des troubles cognitifs majeurs ou de démence ;</p> <p>7° la fin de vie ;</p> <p>8° le management.</p> <p>§ 2. Les Ministres peuvent préciser les thèmes visés au paragraphe 1er et en compléter la liste.</p>		<p>Vérification des attestations sur place lors de l'inspection ainsi que des attestations transmises pré ou post-inspection.</p> <p>Le relevé des formations suivies comprend :</p> <ul style="list-style-type: none"> ⇒ Les heures de formation suivies pour chaque membre du personnel ; ⇒ Les fonctions ; ⇒ Le thème de chaque formation suivie, ⇒ L'organisme/formateur ; ⇒ Formation interne ou externe ; ⇒ Le canal de diffusion : en ligne ou en présentiel ; ⇒ La ou les dates de formation.
<p>Art. 205. § 1er. Le directeur est engagé pour un contrat à temps plein.</p> <p>Par dérogation à l'alinéa 1er, et sans préjudice de l'article 271, le directeur peut cumuler cette fonction avec celle de directeur d'un autre établissement pour aînés, au sens de l'article 2, 4°, de l'ordonnance, pour autant que les</p>		<p>Contrôle sur base des informations présentes et affichées dans l'établissement (lieu d'affichage, présence du numéro de téléphone, registre, coordonnées du remplaçant...).</p> <p>Vérification des horaires du personnel afin de contrôler que le directeur n'est pas repris dans la norme de personnel (tant de jour que de nuit).</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>établissements se trouvent sur le même site et qu'ils soient gérés par le même gestionnaire.</p> <p>Le directeur doit être présent dans l'établissement au moins vingt heures par semaine.</p> <p>En cas d'absence ou d'empêchement du directeur, celui-ci désigne dans ou en dehors de l'établissement une personne apte à assumer la direction journalière de cet établissement et à représenter celui-ci devant Iriscare. Le nom du remplaçant est affiché dans un endroit accessible et apparent et les habitants ainsi que les membres du personnel en sont informés.</p> <p>Le directeur ou son remplaçant doit être joignable en cas de force majeure.</p> <p>§ 2. Le directeur ne peut pas être inclus dans la norme de personnel visée à l'article 208.</p>	<p>On entend par "Le directeur ou son remplaçant doivent être joignable en cas de force majeure" que leurs numéros de téléphone soient accessibles pour le personnel. L'art.161 prévoit que le numéro du directeur soit repris dans le registre.</p> <p>L'art.208 précise : "L'établissement dispose de suffisamment de personnel infirmier, soignant, paramédical et psychosocial pour assurer en permanence l'accompagnement et les soins aux habitants, tant de jour que de nuit. [...]". Un directeur ne peut donc être inclus dans la norme de personnel pour assurer en permanence l'accompagnement et les soins aux habitants.</p>	
<p>Art. 206. À la requête d'Iriscare, le gestionnaire fournit à Iriscare, pour lui-même et pour le directeur ou pour la personne physique qui assure cette tâche, un extrait de casier judiciaire.</p>	<p>L'extrait de casier judiciaire du gestionnaire et du directeur sont vérifiés dans le cadre de l'octroi d'un agrément.</p> <p>Un nouveau gestionnaire ou un nouveau directeur doit directement transmettre son extrait de casier judiciaire au gestionnaire de dossier d'Iriscare.</p>	<p>Il s'agit de vérifier que l'extrait de casier judiciaire du directeur et du gestionnaire sont en possession d'Iriscare.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 207. Lors de l'engagement d'un nouveau membre du personnel, le directeur exige la production d'un extrait de casier judiciaire, datant de moins d'un mois.</p>	<p>Conformément à l'Ordonnance modifiant l'ordonnance du 24 avril 2008 relative aux établissements d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées, c'est au directeur qu'incombe la responsabilité d'avoir en sa possession lors de l'engagement l'extrait du casier judiciaire du nouvel engagé.</p>	<p>L'article 207 n'est pas contrôlé par Iriscare.</p>
<p>Art. 208. L'établissement dispose de suffisamment de personnel infirmier, soignant, paramédical et psychosocial pour assurer en permanence l'accompagnement et les soins aux habitants, tant de jour que de nuit.</p> <p>A cet effet, il dispose du personnel imposé par l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins pour personnes âgées.</p>	<p>La norme du personnel est contrôlée sur base du rapport relatif au calcul de l'intervention forfaitaire établi sur une période déterminée par le service finance et ne porte pas sur le personnel présent au moment du contrôle.</p>	<p>Sur base du rapport établi par le service finance. la cellule contrôle vérifie si l'encadrement prévu par la législation est bien effectif et ce, peu importe la date l'inspection.</p> <p>De plus, selon les situations rencontrées, des constats peuvent également être effectués sur place.</p>
<p>Art. 209. Un ou plusieurs membres de personnel de l'établissement ont, parmi leur mission, la mise en place de politiques visant à garantir, en matière de prévention en santé, un haut niveau de qualité de l'accompagnement et des soins des habitants.</p> <p>Dans les maisons de repos qui n'ont pas d'agrément spécial comme maison de repos et de soins, la mission visée à l'alinéa 1er est exercée en collaboration avec le médecin</p>	<p>La qualité est abordée via le plan d'action d'amélioration des pratiques et via le manuel de qualité. Cette norme demande que ses missions soient au moins exercées par:</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière en chef et le médecin coordonateur et conseiller en MRS ; - L'infirmière en chef et le médecin référent en MR (en lien avec d'autres normes). <p>On entend par "mise en place" la manière dont s'est appliqué sur le terrain.</p>	<p>Lors de l'inspection, un échange aura lieu avec la direction afin de déterminer qui sont les personnes responsables de la mise en place de ce type de politique. Si possible, les CO échangeront avec les personnes concernées. L'objectif est de comprendre le fonctionnement ainsi que la dynamique mise en place pour la mise en place des politiques.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>réfèrent. Dans les maisons de repos et de soins, la mission visée à l'alinéa 1er est exercée par l'infirmier en chef, en collaboration avec le médecin coordinateur et conseiller</p>		
<p>Art. 210. § 1er. L'établissement dispose de personnel suffisant en nombre et en qualification pour assurer les tâches de cuisine et restaurant, de lingerie et buanderie et pour assurer l'entretien technique, la propreté et l'hygiène des locaux afin qu'il soit répondu aux normes du présent arrêté.</p> <p>Les tâches confiées aux membres du personnel visés à l'alinéa 1er sont clairement stipulées dans leur contrat de travail.</p> <p>§ 2. Pour l'application du paragraphe 1er, alinéa 1er, au minimum, un équivalent temps plein par tranche entamée de quinze habitants est requis.</p> <p>§ 3. Par dérogation aux paragraphes 1er et 2, l'établissement peut faire assurer tout ou partie des tâches visées au paragraphe 1er, alinéa 1er, par des services extérieurs, obligatoirement liés avec lui par convention écrite.</p> <p>L'assimilation des prestations visées à l'alinéa 1er à du temps de travail de personnel est proposée par le directeur de l'établissement sur la base des dispositions prévues à l'annexe II et</p>	<p>La convention écrite doit reprendre au minimum les informations permettant le contrôle du §1 et §2.</p> <p>Les tâches qui peuvent être externalisées sont reprises dans l'annexe II. L'établissement doit impérativement en tenir compte pour l'externalisation des tâches.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle des contrats de travail lorsque nécessaire ; - Vérification des éventuelles conventions écrites ; - Vérification de la liste du personnel pour les tâches dédiées ainsi que les horaires.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>vérifiée par Iriscare. En cas de désaccord, cette assimilation est fixée par les Ministres.</p>		
<p>Art. 211. § 1er. Dans les maisons de repos qui n’ont pas d’agrément spécial comme maison de repos et de soins, le gestionnaire désigne, conformément à l’article 212, un médecin référent qui est un médecin généraliste accrédité.</p> <p>Le médecin référent assume les tâches suivantes :</p> <p>1° lors de crises sanitaires locales, régionales ou nationales :</p> <p>a) prendre les décisions médicales relative à la santé collective des résidents ;</p> <p>b) participer à la cellule de gestion de crise ;</p> <p>c) collaborer avec les autorités pour la prise de décisions médicales spécifiques ;</p> <p>2° émettre des avis, à la demande du directeur, sur :</p> <p>a) le projet de vie d’établissement ;</p> <p>b) le plan d’action d’amélioration des pratiques visé à l’article 217 ;</p> <p>c) les initiatives en matière de politique de santé dont notamment : l’hygiène, la nutrition, la santé mentale, le projet thérapeutique et les soins de fin de vie, la prévention des chutes, la trousse d’urgence, la politique de contention, la prévention des escarres ;</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Le contrôle se fait sur base d'un échange avec le directeur, l'infirmier en chef et le cas échéant, le médecin référent lors de l'inspection ; Quel est le mode de fonctionnement avec le médecin référent ? Quel est le mode de fonctionnement lorsque le médecin référent est absent ? - Les PV des réunions multidisciplinaires (si applicable) ainsi que la liste des participants sont également contrôlés. - En cas d'évènements susceptibles d'impacter la collectivité, analyse de la manière dont le médecin référent a été consulté et impliqué. <p>Si le mode de fonctionnement, en cas d'absence du médecin référent, ne permet pas d'assurer la continuité des services, alors la norme sera considérée comme étant non respectée.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>3° émettre des propositions d'initiative en vue de favoriser le bien-être, la qualité de vie et la vie sociale des habitants ;</p> <p>4° participer, sur demande, aux réunions multidisciplinaires ;</p> <p>5° répondre aux questions des membres du personnel qui portent sur des aspects médicaux de leur pratique professionnelle ;</p> <p>6° informer les habitants des enjeux et, le cas échéant, des mesures prises concernant la santé de la collectivité.</p> <p>§ 2. Si le médecin référent est absent, il doit, en accord avec le directeur, prévoir son remplacement afin de garantir la continuité de sa fonction.</p>	<p>6° En cas d'évènements concernant la santé et susceptible d'impacter la collectivité, il est attendu que le médecin référent informe les habitants des enjeux. Cela peut se faire en collaboration avec le directeur ou, selon l'organisation, d'autres membres du personnel. Par exemple, des cas de galles au sein de l'institution, mise en place d'un plan canicule, ...</p> <p>§ 2. Si le congé est de courte durée et qu'aucun remplaçant n'est désigné, le médecin référent doit être joignable et un suivi doit pouvoir être assuré. La législation ne prévoit pas que le remplaçant soit nécessairement un médecin référent.</p>	
<p>Art 212. § 1er. La désignation du médecin référent s'opère de la manière suivante :</p> <p>1° lorsqu'une fonction de médecin référent est vacante, le directeur en avertit sans délai la Fédération des Associations de Médecins</p>	<p>1° Poste vacant : l'institution est tenue de conserver une preuve de la communication vers la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles, le Brusselse</p>	<p>- Excepté pour le relevé des formations, cette norme est vérifiée uniquement s'il y a une procédure en cours le jour de l'inspection.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Généralistes de Bruxelles, le Brusselse Huisartsenkring, de même que les médecins traitants des habitants ;</p> <p>2° les candidats disposent d'un délai de trente jours au moins pour introduire leur candidature ;</p> <p>3° dans les trente jours suivant la désignation par le gestionnaire, le directeur en avertit l'association de médecins généralistes concernée, le service de contrôle et d'accompagnement, les habitants, les membres du personnel et le médecin en chef du ou des hôpitaux avec lesquels la maison de repos a un lien fonctionnel.</p> <p>Pour conserver sa qualification, le médecin référent doit suivre, sur chaque période de deux ans, au moins 12 heures de formation continuée abordant des sujets en relation avec la gériatrie, les soins palliatifs, la fin de vie, la gestion de crise ou l'évolution des réglementations en lien avec ces sujets.</p>	<p>Huisartsenkring, de même que les médecins traitants des habitants.</p> <p>3° Désignation : l'institution est tenue de conserver une preuve de la communication vers l'association de médecins généralistes concernée, le service de contrôle et d'accompagnement, les habitants, les membres du personnel et le médecin en chef du ou des hôpitaux avec lesquels la maison de repos a un lien fonctionnelle.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle du relevé des formations suivies par le médecin référent.
<p>Art. 213. Dans l'établissement comptant au maximum soixante places, la garde de nuit est assurée au minimum par un aide-soignant ou, si l'établissement compte au moins cinquante habitants répondant aux critères de dépendance visés 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</p>	<p>Il s'agit du nombre de lits occupés de manière effective et pas du nombre de places agréées.</p> <p>> Garde de nuit assurée au min. par 1 AS : 60 places ou au moins 50 habitants B, C, Cd, D ou diagnostic de démence qui est établi ou confirmé à la suite d'un bilan diagnostique spécialisé de la démence (avec un rapport écrit, effectué par un médecin spécialiste en neurologie, en gériatrie ou en psychiatrie, et qui</p>	<p>Le contrôle se fait sur base de différents documents :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Les horaires ; - La liste des habitants ; - L'administration des traitements (en cas de problème spécifique ou de plainte) ; - Toutes les observations faite le jour de l'inspection.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, par un praticien de l'art infirmier.</p> <p>Dans l'établissement comptant entre soixante-et-une et nonante-neuf places, la garde de nuit est assurée au minimum par deux aides-soignants ou, si l'établissement compte au moins cinquante habitants répondant aux critères de dépendance visés 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, par un praticien de l'art infirmier et un aide-soignant.</p> <p>Dans l'établissement comptant entre cent et cent-trente places, la garde de nuit est assurée au minimum par un praticien de l'art infirmier et un aide-soignant.</p> <p>Dans l'établissement comptant entre cent-trente-et-une et cent-nonante-neuf places, la garde de nuit est assurée au minimum par un praticien de l'art infirmier et deux aides-soignants.</p> <p>Dans l'établissement comptant plus de cent-nonante-neuf places, la garde de nuit est assurée au minimum par un praticien de l'art infirmier et trois aides-soignants.</p>	<p>sont dépendants et qui sont dépendants pour les transferts et déplacements, et/ou pour aller à la toilette et/ou pour manger).</p> <p>> Garde de nuit assurée au min. par 2 AS : entre 61 et 99 places <u>ou</u> au moins 50 habitants B, C, Cd, D ou diagnostic de démence.</p> <p>> Garde de nuit assurée au min. par un infirmier et un AS : entre 100 et 130 places.</p> <p>> Garde de nuit assurée au min. par un infirmier et 2 AS : entre 131 et 199 places.</p> <p>> Garde de nuit assurée au min. par un infirmier et 3 AS : plus de 199 places.</p>	

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Dans l'établissement de plus de soixante places, un membre au moins du personnel de garde effectue des rondes, deux fois par nuit minimum.</p>	<p>On entend par "rondes, deux fois par nuit minimum" que le membre du personnel rentre dans la chambre. Si l'habitant ne le souhaite pas, cela doit être noté dans le dossier.</p> <p>L'article n'exempte pas du respect des listes d'actes de professionnels des soins de santé.</p>	
<p>Art. 214. Le membre du personnel soignant de garde de nuit dispose, au minimum, d'une formation aux premiers secours, dont la date de validité n'est pas dépassée.</p>	<p>Ces heures de formation doivent être reprises dans le relevé de formations du personnel de nuit. L'attestation doit se trouver dans les dossiers du membre du personnel concerné. La formation doit proposer une durée de validité. A titre d'exemple, le BEPS (Brevet Européen de 1er secours) est valable 5 ans.</p>	<p>Vérification sur base des horaires, des attestations de formation. Ce contrôle se fait de manière aléatoire.</p>
<p>Art. 215. Le libre choix par l'habitant de son médecin traitant, et de l'hôpital lorsque cela est nécessaire, doit être respecté et ne peut être influencé d'aucune façon.</p> <p>Lorsqu'un habitant n'a pas de médecin traitant au moment de son admission ou si son médecin traitant renonce à poursuivre les soins à son patient, une liste actualisée des médecins généralistes disponibles doit être remise à l'habitant.</p>	<p>Il s'agit de transmettre la liste de médecins généralistes disponibles aux habitants.</p> <p>Certains directeurs proposent une liste de quelques médecins avec lesquels ils fonctionnent habituellement. Tant que l'habitant est libre de choisir en dehors de cette liste, la norme est considérée comme étant respectée. La liste doit être datée.</p>	<p>Echange avec le directeur ou le responsable sur le mode de fonctionnement, sur la consultation de la liste de médecins accessibles. Une attention particulière y est apportée en cas de plainte.</p> <p>Certains directeurs proposent une liste de quelques médecins avec lesquels ils fonctionnent habituellement. Tant que l'habitant est libre de choisir en dehors de cette liste, la norme est considérée comme étant respectée.</p>
<p>Art. 216. L'établissement 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,</p>	<p>Le formulaire pharmacothérapeutique édité par Farmaka n'est plus actualisé depuis 2018. Celui-ci a été remplacé par le Formulaire de soins aux Personnes âgées, publié par le CBIP/BCFI (Centre Belge d'information Pharmacothérapeutique/Belgisch</p>	<p>Contrôle du règlement général de l'activité médicale et contrôle quant aux signatures des médecins traitants concernant celui-ci.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>s'engage à collaborer aussi efficacement que possible à l'organisation médicale et aux soins médicaux de l'établissement.</p> <p>Le règlement général de l'activité médicale définit au minimum les points suivants :</p> <p>1° l'engagement des médecins traitants de participer à une politique médicale cohérente au sein de l'établissement, notamment en matière de prescription de médicaments, de dispensation de soins de qualité, de concertation multidisciplinaire et de concertation avec le médecin référent ou le médecin coordinateur et conseiller ;</p> <p>2° l'existence d'une liste de médecins disponibles si l'habitant n'a pas de médecin traitant et au sein de laquelle il peut exercer son libre choix ;</p> <p>3° les heures normales d'ouverture et de visite, sauf en cas d'urgence ;</p> <p>4° les contacts avec l'entourage ;</p> <p>5° les réunions de concertation au sein de l'établissement ;</p> <p>6° la tenue du volet médical du dossier individuel de santé de l'habitant ;</p> <p>7° l'utilisation du formulaire médico-pharmaceutique et notamment la prescription des médicaments les moins chers ainsi que le recours aux prescriptions électroniques ;</p> <p>8° les modalités de facturation des honoraires ;</p>	<p>Centrum voor Farmacotherapeutische Informatie) https://farmaka.cbip.be/fr/formulaire-p-a</p> <p>Le règlement destiné aux médecins généralistes ayant des patients dans la MR/MRS et qui décrit les règles à respecter doit être signé par les médecins traitants.</p> <p>Le règlement général de l'activité médicale permet de désigner un médecin généraliste quand l'habitant n'en a pas.</p>	

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>9° le transfert d'informations en cas de maladies transmissibles.</p>		
<p>Art. 217. § 1er. Afin de garantir la qualité de vie et la santé des habitants, l'établissement élabore un plan d'action d'amélioration des pratiques qui fixe des objectifs d'amélioration des pratiques, en collaboration avec le personnel, les habitants et le gestionnaire. Ce plan reprend des objectifs opérationnels, définis sur la base du projet de vie d'établissement.</p> <p>Ce plan d'action d'amélioration des pratiques comporte :</p> <p>1° une description de la situation initiale en regard des objectifs poursuivis ;</p> <p>2° les indicateurs sur la base desquels l'état d'avancement des objectifs est évalué ;</p> <p>3° une déclinaison des objectifs en actions d'amélioration, ainsi que les délais dans lesquels les objectifs doivent être atteints ;</p> <p>4° l'évaluation régulière des actions d'amélioration.</p> <p>Au minimum tous les ans, le directeur évalue l'état d'avancement des objectifs repris au plan d'action d'amélioration des pratiques, en concertation avec le gestionnaire, les membres</p>	<p>Iriscare met un template de plan d'actions d'amélioration des pratiques à la disposition des établissements.</p> <p>Cette norme demande que le plan soit au moins élaboré en collaboration avec :</p> <ul style="list-style-type: none"> - L'infirmière en chef et le MCC en MRS ; - L'infirmière en chef et le médecin référent en MR (lien avec l'art 209-234-236). <p>Le plan d'action doit donc mentionner les personnes qui ont participé à son élaboration ainsi que leur qualification.</p>	<p>L'article 217 sera contrôlé à partir du 06/2025.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contrôle sur base d'analyse des réunions du conseil participatif (est-ce que le sujet est abordé ?) ; - Est-ce que le plan d'action d'amélioration continue existe ? Est-ce qu'il contient les critères prévus par la législation ? Quelle est la dynamique existante autour ? - Est-ce qu'il existe un lien avec le projet de vie ? <p>Le plan d'action d'amélioration des pratiques doit être reçu préalablement à l'inspection. Le lien est fait entre projet de vie, le plan d'action d'amélioration des pratiques et les observations lors de l'inspection.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>du personnel et le conseil participatif. Le cas échéant, le plan d'action est adapté.</p> <p>Les Ministres peuvent fixer les objectifs au sens de l'alinéa 2, 1°, qui doivent être prioritairement repris dans le plan d'action d'amélioration des pratiques, ainsi que les indicateurs au sens de l'alinéa 2, 2°, qui correspondent à chacun de ces objectifs.</p> <p>§ 3. Le plan d'action d'amélioration des pratiques, ainsi que les documents et procédures relatifs à son élaboration et son évaluation, avec éventuellement les amendements, sont tenus à la disposition du service de contrôle et d'accompagnement.</p>		
<p>Art. 218. L'établissement enregistre et suit l'évolution des indicateurs suivants :</p> <p>1° le nombre de cas d'escarres de décubitus ; 2° le nombre d'infections nosocomiales ; 3° le nombre de chutes ; 4° le nombre de personnes incontinentes ; 5° le nombre d'application de mesures de contention et/ou d'isolement ; 6° le nombre d'habitants qui présentent un risque de dénutrition ou qui présentent une dénutrition avérée.</p>	<p>Toute modification d'une valeur doit pouvoir faire l'objet d'une analyse et, si nécessaire, de la mise en place d'actions qui sont retranscrites dans le plan d'action d'amélioration des pratiques.</p>	<p>Le contrôle s'effectue sur base de l'analyse de la dynamique dans l'établissement lors d'un échange avec le directeur et le personnel. Par exemple : comment est-ce enregistré ? Comment est-ce suivi ? Par qui ? Est-ce que les résultats sont communiqués ? A qui ? Comment est-ce interprété ? Que fait-on des données collectées ?</p> <p>S'il y a des actions mises en place, celles-ci doivent se trouver dans plan d'action d'amélioration des pratiques.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Le détail de ces informations est repris dans le dossier individuel de santé des habitants concernés.</p> <p>Si la valeur d'un des indicateurs visés à l'alinéa 1er est problématique, l'objectif consistant à l'analyser est repris dans le plan d'action d'amélioration des pratiques en tant qu'objectif au sens de l'article 217, alinéa 2, 1°.</p>		
<p>Art. 219. §1er. L'établissement dispose d'un manuel de qualité à destination des membres du personnel, qui contient au moins les procédures et politiques suivantes :</p> <p>1° une procédure pour l'hygiène des mains ; 2° une procédure relative aux mesures d'isolement d'habitants souffrant d'une infection qui comporte un risque de contamination ; 3° une procédure relative à l'application de mesures de contention, surveillance ou d'isolement ; 4° une procédure pour le dépistage précoce de la dénutrition et la déshydratation ainsi que le suivi de l'habitant dénutri et déshydraté ; 5° une procédure qui décrit les modalités d'enregistrement et de suivi des indicateurs mentionnés à l'article 217 ; 6° une procédure pour le transfert d'un habitant vers un hôpital ;</p>	<p>Des outils d'aide seront mis prochainement à la disposition des établissements.</p> <p>On entend par "politique", un ensemble de principes directeurs pour orienter les actions et les prises de décision. Il établit les lignes directrices générales et les objectifs que l'établissement souhaite atteindre.</p> <p>Les protocoles sont des ensembles de règles ou des instructions détaillées qui décrivent comment les tâches spécifiques doivent être exécutées pour assurer la cohérence et la conformité aux politiques de l'organisation. Ils fournissent un cadre standardisé pour les actions à entreprendre dans des situations précises.</p> <p>Les procédures sont des descriptions détaillées des étapes et des actions spécifiques à suivre pour accomplir une tâche ou un processus particulier. Elles sont plus précises que les politiques et les protocoles et fournissent des instructions concrètes.</p> <p>D'une façon schématisée, la politique donne les grandes lignes directrices (le "quoi" et le "pourquoi"), les protocoles fournissent</p>	<p>En principe, le manuel de qualité est demandé une première fois. Ensuite, il est demandé en cas de modification.</p> <p>L'équipe contrôle vérifie que les politiques et procédures sont datées et tenues à jour, disponible en français et en néerlandais et facilement accessible pour tout membre du personnel. L'équipe contrôle vérifie également que le manuel de qualité est adapté en cas de besoin.</p> <p>A partir du 01.01.2025, le contenu des procédures sera également vérifié.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>7° une politique relative à l'hygiène et à la prévention des infections nosocomiales ;</p> <p>8° une politique concernant la maîtrise des infections liées aux soins ;</p> <p>9° une politique relative à la prévention des escarres et plaies chroniques ;</p> <p>10° une politique relative aux soins bucco-dentaires ;</p> <p>11° une politique relative à la problématique d'incontinence ;</p> <p>12° une politique relative aux soins de fin de vie ;</p> <p>13° une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger ;</p> <p>14° une politique sur la fourniture, la conservation et la distribution de médicaments, notamment la gestion des médicaments à haut risque, en concertation le cas échéant avec les pharmaciens ;</p> <p>15° une politique relative à l'accompagnement des habitants atteints des troubles cognitifs majeurs ou de démence, notamment en ce qui concerne l'approche non médicamenteuse et les techniques de réadaptation, pour les établissements qui accueillent des personnes souffrant de démence ;</p> <p>16° un plan de gestion de crise ;</p> <p>17° une politique relative à l'accueil des nouveaux membres du personnel ;</p> <p>18° une politique relative au bien-être des membres du personnel ;</p>	<p>les règles et les principes (le "quand" et le "qui") et les procédures détaillent les actions spécifiques (le "comment").</p>	

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>19° une politique visant à développer le bilinguisme français - néerlandais au sein de l'établissement, au niveau de la communication externe et interne ;</p> <p>20° un plan relatif à la diversité et à l'inclusion.</p> <p>§ 2. Les procédures et politiques visées au paragraphe 1er sont :</p> <p>1° adaptées à la réalité de l'établissement ;</p> <p>2° datées et tenues à jour ;</p> <p>3° disponibles en français et en néerlandais ;</p> <p>4° facilement accessibles pour tout membre du personnel.</p>		
<p>Art. 220. L'établissement a un lien fonctionnel avec un service agréé de gériatrie (service G) ou un service agréé de traitement et de réadaptation fonctionnelle destiné aux patients atteints d'affections psycho-gériatriques (service Sp-psychogériatrie).</p> <p>Le lien fonctionnel visé à l'alinéa 1er fait l'objet d'une convention écrite, laquelle prévoit notamment que le service G ou Sp-psychogériatrie et l'établissement organisent, au minimum, une réunion par an. Les réunions prévues visent aussi bien la concertation que la formation permanente du personnel des deux partenaires.</p>		<p>Contrôle de la convention établie entre un hôpital disposant d'un service agréé de gériatrie et l'établissement.</p> <p>Afin de contrôler le nombre de réunion ayant lieu minimum 1x/an, avec un hôpital disposant d'un service agréé de gériatrie avec lequel la MR/MRS a signé une convention de collaboration, il sera par exemple demandé une attestation de présence de plusieurs membres du personnel ou bien le PV d'une ou plusieurs réunions.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 221. L'établissement collabore avec un médecin hygiéniste hospitalier ou avec la plateforme régionale d'hygiène hospitalière. Cette collaboration implique au moins une concertation périodique, définie par convention.</p>	<p>Actuellement, il n'est pas possible pour les MR/MRS de collaborer avec la plate-forme régionale d'hygiène hospitalière.</p>	<p>La deuxième partie de la norme n'est pas vérifiée.</p>
<p>Art. 222. L'établissement a un lien fonctionnel avec un service hospitalier agréé Sp pour soins palliatifs.</p> <p>Le lien fonctionnel visé à l'alinéa 1er fait l'objet d'une convention écrite, laquelle prévoit notamment que le service Sp pour soins palliatifs et l'établissement organisent, au minimum, une réunion par an. Les réunions prévues visent aussi bien la concertation que la formation permanente du personnel des deux partenaires.</p>		<p>Contrôle de la convention établie avec un hôpital disposant d'un service agréé Sp soins palliatifs et l'établissement.</p> <p>Afin de contrôler le nombre de réunion ayant lieu minimum 1x/an, avec un hôpital disposant d'un service agréé Sp pour soins palliatifs avec lequel la MR/MRS a signé une convention de collaboration il sera par exemple demandé une attestation de présence d'un ou plusieurs membres du personnel ou bien le PV d'une ou plusieurs rencontres.</p>
<p>Art. 223. L'établissement conclut une convention avec l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée. La convention prévoit au moins une réunion de concertation par an.</p>		<ul style="list-style-type: none"> - Contrôle de la convention avec la Plateforme bruxelloise de soins palliatifs (Brusano). - Attestation de présence/PV d'un ou plusieurs membres du personnel à 1 réunion par an avec l'hôpital disposant d'un service agréé de soins palliatifs avec lequel la MR/MRS a signé une convention de collaboration.
<p>Art. 224. § 1er. En vue de soutenir les soins relatifs à la fin de vie et sous réserve de l'article 237, l'établissement désigne en son sein un</p>	<p>Le responsable de l'organisation des soins palliatifs, de l'accompagnement de la fin de vie et de la formation du personnel à la culture des soins palliatifs et de</p>	<p>Contrôle sur base de l'analyse de la dynamique présente dans l'institution concernant les soins relatifs à la fin de vie :</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>responsable de l'organisation des soins palliatifs, de l'accompagnement de la fin de vie et de la formation du personnel à la culture des soins palliatifs et de l'accompagnement de la fin de vie. Dans les maisons de repos qui ne disposent pas d'un agrément comme maison de repos et de soins, ce responsable est un praticien de l'art infirmier ou un membre du personnel qualifié jouissant déjà d'une certaine expérience en la matière.</p> <p>§ 2. Le responsable visé au paragraphe 1^{er} est chargé :</p> <p>1° de développer une culture des soins palliatifs et de sensibiliser le personnel à la nécessité de celle-ci ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel visés au point 2° en matière de soins palliatifs ;</p> <p>4° du respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, ainsi que du respect des volontés de l'habitant concernant sa</p>	<p>l'accompagnement de la fin de vie peut être un infirmier OU un membre du personnel qualifié (Si lits MRS, se référer à l'art.237).</p> <p>Historiquement, il y avait un document écrit qui reprenait les avis donnés. Cette pratique a été supprimée. La réunion pluridisciplinaire semble être un moment adéquat pour discuter des soins palliatifs et donc remettre d'éventuels avis. Le cas échéant, on doit donc pouvoir trouver les traces de ces discussions dans les PV des réunions pluridisciplinaires. Cela peut tout à fait être discuté à d'autres moments pour autant qu'il y ait des traces écrites.</p> <ul style="list-style-type: none"> - <u>Avis</u> : trace des échanges relatifs aux soins palliatifs ; - <u>Mise à jour des connaissances</u> : tout ce qui est en lien avec les formations planifiées ou données ; - <u>Culture/Sensibilisation du personnel</u> : analyse de la dynamique avec par exemple : existence de formations, campagne de sensibilisation, distribution de brochures, intégration des soins palliatifs dans la pratique quotidienne, existence de protocole, échanges en équipe multidisciplinaire, soutien du personnel, collaboration avec d'autres acteurs ... 	<p>traces des discussions en réunion pluridisciplinaires sur base des PV de réunion, du nombre et du types de formations données et suivies en la matière par les membres du personnel, utilisation d'un outil de type PICT...</p> <p>Le relevé des formations sera vérifié tenant compte de l'organisation des formations obligatoires concernant la fin de vie.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
fin de vie et/ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie.		

Normes spécifiques relatifs aux courts-séjours (Art. 225 à 227)

Articles	Interprétations	Contrôle
Art. 225. Sans préjudice des articles 129 à 224, les places de court séjour doivent satisfaire aux dispositions prévues par le présent chapitre.	Afin de pouvoir accueillir des habitants en court séjour dans des places agréées en tant que court séjour, une demande d'agrément doit être introduite auprès d'Iriscare.	Pour toutes les institutions qui pratiqueraient du court-séjour sans agrément et donc sans avoir demandé un financement complémentaire, l'équipe contrôle considérera ces aspects comme étant non évalué.
Art. 226. Un membre du personnel réactivation assure, en concertation notamment avec l'habitant, une fonction de liaison avec le médecin traitant de l'habitant et les services d'aide ou de soins à domicile, en vue de permettre un retour au domicile de l'habitant dans les meilleures conditions.	Un membre du personnel de réactivation assurant la fonction de liaison doit être clairement identifiable. Les habitants C.S. doivent avoir connaissance de la personne qui assure cette fonction ainsi que les services associés. Pour le contrôle, cette information doit être écrite et accessible peu importe le support (ex : projet de vie).	Discussion avec le personnel ainsi qu'avec les habitants du C.S., consultation du support concerné
Art. 227. Les places de court séjour sont identifiées au sein de la maison de repos et sont réservées aux habitants en court séjour.	Les chambres doivent être identifiables. Par exemple, indication à l'extérieur de la chambre. S'il n'y a pas d'habitants C.S., les chambres ne peuvent pas être occupées.	Contrôle des chambres

Normes spécifiques relatives aux maisons de repos et de soins (Art. 228 à 237)

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 228. § 1^{er}. Sans préjudice des articles 129 à 224, les maisons de repos et de soins doivent satisfaire aux dispositions prévues par le présent chapitre.</p> <p>§ 2. Aux fins de l'application du présent Chapitre, il faut entendre par "établissement", une maison de repos et de soins au sens de l'article 1er, 11°.</p>		
<p>Art. 229. La maison de repos et de soins est destinée aux habitants fortement tributaires de l'aide de tiers pour pouvoir accomplir les actes de la vie journalière et qui satisfont, en outre, <u>à l'un des critères de dépendance prévus 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.</u></p>		<p>L'équipe contrôle vérifie, d'une part, qu'il y a effectivement des lits MRS agréés par Iriscare, d'autre part, que l'agrément est respecté (ex : vérification du taux d'occupation).</p>
<p>Art. 230. L'établissement dispose, au minimum, de vingt-cinq places.</p>		
<p>Art. 231. L'établissement comporte :</p> <p>1° une salle polyvalente équipée pour la pratique collective de l'ergothérapie et pour les activités collectives ;</p> <p>2° une salle équipée pour la pratique collective de la kinésithérapie.</p>	<p>Point d'attention : l'ancien arrêté ne prévoyait qu'une seule salle pour l'ergothérapie et la kinésithérapie et les activités.</p> <p>Actuellement, la MRS doit disposer de deux salles distinctes:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1 salle pour l'ergothérapie et pour les activités collectives ; - 1 salle pour la kinésithérapie (pratique collective). 	<p>Vérification sur place, sur la base des plans transmis ainsi qu'avec le fichier Excel reprenant les données architecturales.</p> <p>Présence de 2 salles distinctes. Vérification sur place ainsi sur base des plans de l'établissement.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 232. § 1er. L'établissement dispose de suffisamment de personnel infirmier, soignant, paramédical et psychosocial pour assurer en permanence l'accompagnement et les soins aux habitants, tant de jour que de nuit.</p> <p>A cet effet et sans préjudice du § 2 et des articles 233, 235 et 236, il dispose du personnel imposé par l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, § 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins pour personnes âgées.</p> <p>§ 2. L'établissement dispose d'au moins 5 équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, dont un infirmier en chef.</p> <p>Sans préjudice de l'alinéa 1er, l'établissement dispose :</p> <p>1° d'un infirmier en chef supplémentaire si l'établissement comporte entre 46 et 75 habitants ; 2° de deux infirmiers en chef supplémentaires si l'établissement comporte entre 76 et 105 habitants ; 3° de trois infirmiers en chef supplémentaires si l'établissement comporte entre 106 et 135 habitants ; 4° de quatre infirmiers en chef supplémentaires si l'établissement comporte entre 136 et 165 habitants ; 5° de cinq infirmiers en chef supplémentaires si l'établissement comporte entre 166 et 200 habitants.</p>		<p>La présence du personnel requis est notamment contrôlée sur base des horaires réellement prestés et adaptés de manière rétrospective. Les qualifications, prestations éventuellement adaptées, personnels intérimaires-jobistes du personnel soignant-paramédical et de réactivation doivent y être indiqués clairement. La légende des codes horaires utilisés doit être transmis aux contrôleurs.</p> <p>Les éléments suivants sont également contrôlés :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Document relatif au forfait (fourni par le service finance d'Iriscare) avec une vérification de l'existence d'une personne pour la fonction de référence pour la démence ; - Horaires accompagnés des codes horaires ; - Liste des habitants; - Liste du personnel ; - ...

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>Art. 233. Lorsque l'établissement compte plus de septante-cinq places, 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 les Ministres.</p>	<p>La fonction et le minimum de formation requis pour l'infirmier chef coordinateur n'est à l'heure actuelle pas défini par les Ministres.</p> <p>Dans l'attente que les Ministres fixent les modalités, il est attendu que la formation minimum corresponde à celle prévue à l'art 234 pour les infirmiers en chef.</p>	
<p>Art. 234. L'infirmier en chef remplit les missions suivantes :</p> <p>1° assurer la gestion journalière du personnel infirmier et du personnel soignant ;</p> <p>2° coordonner le travail multidisciplinaire du personnel infirmier et paramédical, du personnel de réactivation, des kinésithérapeutes et de aides-soignants ;</p> <p>3° organiser l'admission des nouveaux habitants, notamment par la collecte d'autant de données que possible sur leur état de santé et leur situation médico-sociale ;</p> <p>4° veiller à l'actualisation du dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial de l'habitant ;</p> <p>5° en concertation avec l'équipe multidisciplinaire, veiller à évaluer l'état nutritionnel de l'habitant et formuler des conseils nutritionnels ainsi que des propositions relatives à une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger ;</p> <p>6° en concertation avec l'équipe multidisciplinaire, formuler des propositions quant à la manière dont il convient de traiter dans l'établissement les habitants avec des troubles cognitifs, notamment en ce qui concerne l'approche non médicamenteuse et les techniques de</p>	<p>1° et 2°</p> <p>Il faut que l'infirmier chef dispose des moyens pour assumer les missions visées aux alinéas 1 et 2 et la mise à disposition de ces moyens relèvent de la responsabilité du directeur ou du gestionnaire.</p>	<p>Le contrôle s'exerce de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Observation du fonctionnement ; • Echanges avec le ou les infirmiers en chef afin de comprendre comment il/elle gère le personnel, coordonne les équipes multidisciplinaires et organise l'admission de nouveaux habitants. • Echange avec le personnel pour comprendre comment s'organise la coordination des soins et des services. • Echange avec les habitants. • Vérifier, de manière aléatoire, que les dossiers infirmiers, paramédicaux, kinésithérapeutiques et psychosociaux des habitants sont complets et mis à jour. • Vérifier que les données de santé et médico-sociales sont collectées pour chaque nouvel habitant. Pour se faire, le contrôleur qualité vérifier le dossier de plusieurs habitants. <p>A partir du 1^{er} janvier 2026, les attestations prouvant que l'infirmier en chef a suivi une</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>réadaptation, le cas échéant en collaboration avec la personne de référence pour la démence ; 7° assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction ; 8° veiller à ce que les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et logopédie des habitants, repris dans le plan d'accompagnement de soins, soient rencontrés aussi rapidement que possible.</p> <p>À partir du 1er janvier 2026, tout infirmier en chef visé à l'alinéa 1er doit démontrer avoir suivi une formation continuée de minimum 24 heures relative à la gestion d'équipe, l'efficacité et le bien-être au travail.</p>		<p>formation continue d'au moins 24 heures en gestion d'équipe, efficacité et bien-être au travail seront vérifiées.</p>
<p>Art. 235. Un praticien de l'art infirmier est présent dans l'établissement de jour comme de nuit.</p>	<p>Cet article est contrôlé sur la base des horaires réellement prestés et adaptés de manière rétrospective. Les qualifications, prestations éventuellement adaptées, personnels intérimaires-jobistes du personnel soignant-paramédical et de réactivation doivent y être indiqués clairement. Au besoin, la légende des codes horaires utilisée doit être transmise aux contrôleurs qualité.</p> <p>S'il y a des lits MRS, cette norme prend le dessus sur la norme MR.</p>	<p>Contrôle sur base de l'horaire demandé par l'équipe contrôle (ex : 2 mois précédant la visite). Les horaires demandés correspondent à des mois complets et prestés.</p>
<p>Art. 236. § 1^{er}. Dans chaque établissement, le gestionnaire désigne un médecin coordinateur et conseiller qui est un médecin généraliste et qui, au plus tard deux ans après sa désignation, est porteur d'un certificat obtenu après avoir suivi un cycle de formation spécifique donnant accès à la</p>	<p>Un exemplaire du contrat liant le médecin coordinateur et conseiller ou le médecin référent à l'établissement est conservé au sein de l'établissement et transmis à Iriscare sur demande.</p>	<p>Le contrôle s'effectue de la manière suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Analyse des 4 PV de réunions multidisciplinaires- et prise de connaissance des participants ;

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>fonction de médecin coordinateur et conseiller.</p> <p>Le certificat donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller peut être obtenu après avoir suivi avec fruit un cycle de formation d'au moins 24 heures étalées sur un maximum de deux ans, et qui a été agréé par Iriscare.</p> <p>Ce cycle de formation comprend au minimum les éléments suivants :</p> <p>1° les réglementations relatives aux établissements pour âgés, dont les maisons de repos et de soins ;</p> <p>2° les spécificités de la médecine gériatrique ;</p> <p>3° la prévention des infections et la gestion de l'antibiothérapie ;</p> <p>4° les techniques de communication.</p> <p>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. 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.</p> <p>§ 2. En concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, le médecin coordinateur et conseiller assume :</p> <p>1° l'organisation de la concertation multidisciplinaire qui a lieu au moins tous les deux mois ; les prestataires de soins attachés à l'établissement y participent et les médecins traitants y sont invités ;</p>	<p>§2.</p> <p>1° Le MCC assume, en concertation avec le ou les infirmier(s) en chef, l'organisation de la concertation multidisciplinaire tous les 2 mois avec PV et liste des participants. On entend par "prestataires de soins"</p>	<ul style="list-style-type: none"> - En amont, vérification du certificat donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller est vérifié. - Contrôle du relevé des formations suivies par le personnel ; - Vérification de l'existence éventuelle d'une procédure écrite ou d'une information prévoyant le remplacement du MCC ; - Echanges avec la direction, le personnel et, s'il est présent, avec le MCC.

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>2° la mise 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 ;</p> <p>3° la définition des procédures en matière de contention et/ou d'isolement ;</p> <p>4° <u>la coordination de l'activité médicale en cas de risque pour la santé des habitants et du personnel, en ce compris les programmes de dépistage et de vaccination ;</u></p> <p>5° l'organisation de la concertation avec le <u>pharmacien clinicien</u> et l'infirmier-chef quant au traitement médicamenteux d'habitants afin de fournir un conseil au médecin traitant ;</p> <p>6° la participation à l'organisation des activités relatives à la formation et à la formation continue dans le domaine des soins de santé pour le personnel de la maison de repos et de soins, et pour les médecins traitants concernés.</p> <p>§ 3. Le médecin coordinateur et conseiller assiste, en collaboration avec le ou les infirmier(s) en chef, le directeur notamment dans :</p> <p>1° le plan d'action d'amélioration des pratiques visé à l'article 217 ;</p> <p>2° les relations avec les médecins traitants et avec l'association de médecins généralistes du territoire sur lequel la maison de repos et de soins est établie.</p> <p>§ 4. La désignation du médecin coordinateur et conseiller s'opère de la manière suivante :</p>	<p>tout professionnel de la santé visé par la législation fédérale ad hoc. Le MCC doit également être présent.</p> <p>Chaque discipline "soins" doit être présente à la réunion multidisciplinaire.</p> <p>5° Il n'y a pas de pharmacien clinicien. Cette partie n'est donc pas contrôlée.</p> <p>§4 4° Des informations concernant la présence du MCC au sein de l'établissement sont nécessaires afin de pouvoir contrôler le respect des prestations.</p>	<p>§ 2. 2° à chaque fois qu'il est impliqué, le nom du MCC doit figurer sur les procédures-politiques concernées et sur le plan d'action.</p>

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>1° lorsqu'une fonction de médecin coordinateur et conseiller est vacante, le directeur en avertit sans délai la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles et le Brusselse Huisartsenkring, de même que les médecins généralistes qui y soignent les habitants ;</p> <p>2° les candidats disposent d'un délai d'au moins trente jours pour introduire leur candidature ;</p> <p>3° dans les trente jours suivant la désignation par le gestionnaire, le directeur de la maison de repos et de soins en avertit l'association de médecins généralistes concernée, le service de contrôle et d'accompagnement d'Iriscare, les habitants, les membres du personnel et le médecin en chef du ou des hôpitaux avec lesquels la maison de repos et de soins à un lien fonctionnel ;</p> <p>4° 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.</p> <p>§ 5. Si le médecin coordinateur et conseiller est absent, il doit, en accord avec le directeur, prévoir son remplacement afin de garantir la continuité de sa fonction. Lors d'une absence prolongée sans remplacement, le directeur contacte la Fédération des Associations de Médecins Généralistes de Bruxelles et le Brusselse Huisartsenkring en vue de trouver un nouveau médecin coordinateur et conseiller.</p> <p>§ 6. Pour conserver sa qualification de médecin coordinateur et conseiller, le médecin concerné doit suivre, sur chaque période de deux ans, au moins 12 heures de</p>	<p>§ 5. On entend par absence prolongée : une absence de 30 jours ou plus. S'il s'agit d'une institution avec un contexte nécessitant la présence d'un MCC, la durée considérée pour définir l'absence prolongée peut être raccourcie. Par exemple, en cas de situation sanitaire de crise.</p> <p>§6 Les formations suivies par le MCC doivent être reprises dans le relevé des formations du personnel</p>	

Articles	Interprétations	Contrôle
<p>formation continue abordant des sujets en relation avec la gériatrie, les soins palliatifs, la fin de vie, la gestion de crise ou l'évolution des réglementations en lien avec ces sujets.</p>	<p>et peuvent également être planifiées dans le plan de formation prévisionnel sur 2 ans si cela est possible.</p>	
<p>Art. 237. En vue de soutenir les soins relatifs à la fin de vie dans l'établissement, le médecin coordinateur et conseiller et le ou les infirmier(s) en chef sont chargés :</p> <p>1° de développer une culture des soins palliatifs et de sensibiliser le personnel à la nécessité de celle-ci ;</p> <p>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 ;</p> <p>3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel visés au point 2° en matière de soins palliatifs ;</p> <p>4° du respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, ainsi que du respect des volontés de l'habitant concernant sa fin de vie et/ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie.</p>	<p>Ce thème peut faire l'objet de formations reprises dans le relevé de formation du personnel.</p> <p>L'utilisation d'outil tel que le PICT ou d'arbre décisionnel (NTBR) sont des pratiques encouragées.</p> <p>La réunion annuelle prévue dans la convention avec la plateforme de soins palliatifs s'intègre dans le respect de cette norme.</p> <p>Les souhaits de traitements et de fin de vie repris systématiquement dans le dossier individuel de santé participent au respect de cette norme.</p>	<p>Le contrôle se fait sur base de plusieurs éléments :</p> <ul style="list-style-type: none"> - PV des réunions multidisciplinaires ; - Relevé des formations ; - Analyse des dossiers individuels de santé ; - Respect des critères de la convention avec Brusano.