

Annexe 120

Normes applicables aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins

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

- 1°** ces personnes ont dû subir l'ensemble des traitements actifs et réactivant sans qu'ils se soient soldés par le rétablissement complet des fonctions nécessaires à la vie quotidienne et sans qu'une surveillance médicale journalière et un traitement médical spécialisé permanent ne s'imposent ;
- 2°** l'état de santé général de ces personnes nécessite, outre les soins du médecin généraliste et les soins infirmiers, des soins paramédicaux ou kinésithérapeutiques ainsi qu'une aide dans les activités de la vie quotidienne ;
- 3°** ces personnes sont fortement tributaires de l'aide de tiers pour pouvoir accomplir les actes de la vie journalière et doivent, en outre, satisfaire à un des critères de dépendance tels que stipulés à l'article 148, 3°, de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Chaque maison de repos et de soins dispose, au minimum, de vingt-cinq places.

CHAPITRE I^{er}. - Des normes concernant la liberté des résidents, le respect de leurs convictions et leur participation

1. Du règlement d'ordre intérieur.

1.1. Chaque maison de repos pour personnes âgées et chaque maison de repos et de soins sont tenues d'établir un règlement d'ordre intérieur.

Une copie de ce règlement ainsi que toutes ses modifications ultérieures sont soumises pour approbation au service de l'Agence compétent pour l'agrément.

Le règlement d'ordre intérieur définit les droits et devoirs des résidents et du gestionnaire. Il prévoit la plus grande liberté possible pour le résident compte tenu des impératifs d'une vie communautaire. Il doit garantir l'entière liberté d'opinion philosophique, politique et religieuse; aucune obligation à caractère commercial,

culturel, religieux, philosophique, politique ou linguistique ne peut être imposée.

Il garantit le respect des volontés exprimées par le résident en ce qui concerne la fin de sa vie.

Il prévoit également l'obligation de se conformer aux dispositions relatives à la sécurité.

Le règlement d'ordre intérieur doit en outre prévoir une procédure relative aux éventuelles mesures de contention et/ou d'isolement dans le but de garantir la sécurité des résidents qui présentent un danger pour eux-mêmes et/ou pour les autres résidents, dans le respect de leur droit fondamental à une liberté de mouvement. Cette procédure précisera au moins la manière dont la décision d'appliquer une mesure de contention ou d'isolement est prise par l'équipe de soins, en ce compris le médecin traitant du résident, la durée de la contention qui ne peut dépasser une semaine, sa prolongation éventuelle par l'équipe de soins avec information au médecin traitant du résident et les règles spécifiques de surveillance. Sauf cas de force majeure, l'éventuelle mesure de contention et/ou d'isolement sera précédée d'une information à la famille et/ou au représentant du résident.

Les modifications éventuelles du règlement d'ordre intérieur entrent en vigueur trente jours après communication aux résidents et/ou à leurs représentants et après information du conseil des résidents.

1.2. Un exemplaire du règlement d'ordre intérieur, daté et signé par le directeur, est délivré contre récépissé signé valant prise de connaissance par chaque résident et/ou par son représentant avant la signature de la convention d'hébergement et, autant que possible, avant la date prévue pour l'admission du résident à la maison de repos ou à la maison de repos et de soins.

1.3. Le règlement d'ordre intérieur mentionne le nom du gestionnaire ainsi que le numéro du titre de fonctionnement de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins.

1.4. Le règlement d'ordre intérieur mentionne expressément :

- les modalités d'organisation des soins infirmiers ainsi que les modalités d'organisation des soins prodigués par le personnel paramédical et/ou de kinésithérapie ;
- les modalités d'organisation de l'activité médicale dans le respect strict du libre choix de son médecin par le résident.

- les modalités d'organisation des actions des différents acteurs afin d'assurer un accompagnement holistique et cohérent des résidents.

1.5. Le règlement d'ordre intérieur mentionne en outre :

- le nom du directeur auquel peuvent être communiquées toutes les observations, réclamations ou plaintes des résidents ou de leur représentant ou de leurs proches ; le directeur est disponible à cet effet sur rendez-vous et quatre heures par semaine au moins, réparties sur deux jours minimum, dont au moins une fois par semaine 1 heure après 18 heures ;
- le respect de la vie privée des résidents ;
- le droit des résidents de recevoir les visiteurs de leur choix ;
- les jours et heures de visites qui sont établis d'une manière aussi large que possible et comportent au moins trois heures l'après-midi et une heure après dix-huit heures, tous les jours, y compris les dimanches et jours fériés ;
- le libre accès pour assistance à une personne mourante qui est garanti en permanence à la famille et aux proches, ainsi qu'aux ministres du culte et conseillers laïques ;
- l'adresse et le numéro de téléphone du service de l'administration où les plaintes peuvent être adressées ;
- l'adresse et le numéro de téléphone du bourgmestre compétent pour recevoir des plaintes ;
- l'intérêt pour le résident de bénéficier d'une assurance en matière de responsabilité civile.
- le libre choix du médecin et son accès à l'établissement, selon les dispositions du règlement d'ordre intérieur de l'activité médicale en maison de repos et de soins.

1.6. Il mentionne les modalités permettant au résident ou à son représentant de participer à la vie de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins, notamment, dans le cadre du conseil des résidents.

1.7. Le récépissé valant prise de connaissance du règlement d'ordre intérieur et de toute modification y afférente, est joint au dossier individuel prévu au point 3 du présent chapitre.

1.8. Toute clause contraire aux prescriptions ci-dessus est réputée nulle.

2. De la convention entre le gestionnaire et le résident.

2.1. Une convention en double exemplaire, dont le libellé est compréhensible et lisible est conclue entre la maison de repos ou la maison de repos et de soins et le résident ou son représentant ; elle est datée et signée par les deux parties.

Toutes les conventions sont établies conformément au modèle qui est soumis pour approbation à l'Agence.

L'exemplaire destiné au résident ou à son représentant doit lui être remis contre récépissé.

L'exemplaire destiné à la maison de repos et le récépissé doivent être joints au dossier individuel dont question au chapitre 3, de la présente annexe.

Chaque modification de cette convention fait l'objet d'un avenant en double exemplaire pareillement daté, signé et joint à la convention.

Les points suivants doivent figurer dans cette convention :

2.1.1. Les conditions générales et particulières d'hébergement.

2.1.2. Le prix journalier d'hébergement et les services qu'il couvre.

On entend par prix journalier d'hébergement, le prix qui doit être payé par jour par le résident ou son représentant, solidarisé d'un ensemble de frais considérés comme faisant partie des tâches normales de l'établissement.

Ce prix peut varier en fonction des éléments architecturaux particuliers et des équipements de la chambre occupée sans préjudice de l'article 3 de l'arrêté royal du 9 mai 1984 pris en exécution de l'article 100 bis, § 1^{er}, de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale ; cette offre diversifiée est toutefois limitée à dix prix de base différents ; pour chacun de ces prix, les éléments particuliers et équipements sont clairement définis dans la convention.

Le prix inclut au minimum les éléments suivants :

- l'usage de la chambre et de son mobilier ;
- l'usage et l'entretien des installations sanitaires, privées ou collectives ;

- l'usage des parties communes, ascenseurs compris, conformément au règlement d'ordre intérieur ;
- le gros entretien du patrimoine; l'entretien courant et le nettoyage des parties communes, en ce compris le matériel et les produits; les réparations des chambres consécutives à un usage normal ;
- le mobilier et l'entretien des parties communes ;
- l'évacuation des déchets ;
- le chauffage des chambres et communs, l'entretien des installations et toute modification de l'appareillage de chauffage ;
- l'eau courante, chaude et froide, et l'utilisation de tout équipement sanitaire ;
- les installations électriques, leur entretien et toute modification de celles-ci et la consommation électrique des communs et des dispositifs médicaux ;
- les installations de surveillance, de protection contre l'incendie et d'interphonie ;
- le raccordement téléphonique et le poste téléphonique en chambre pour chaque résident. Le résident ne supporte que le coût des communications ;¹
- l'accès à internet dans chaque chambre ;²
- la mise à disposition dans un des lieux de vie commune d'un ordinateur permettant l'envoi et la réception de messages par voie électronique et l'accès à l'Internet ;
- le raccordement et l'abonnement à la télédistribution ainsi que la mise à disposition de la télévision ainsi que tout autre matériel audiovisuel dans chaque chambre ;³
- la mise à disposition dans les locaux communs de télévision, radio et autre matériel audiovisuel ;

¹ ne s'applique qu'aux nouvelles constructions ou aux reconditionnements.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, si les éléments prévus à l'article 75 sont existants au sein de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins, ces éléments doivent être intégrés aux prix de base qui est revu dans les deux ans qui suit la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, moyennant un dossier explicatif.

² idem

³ idem

- les frais administratifs de quelque nature qu'ils soient, liés à l'hébergement ou l'accueil du résident ou inhérent au fonctionnement de l'établissement ;
- les assurances en responsabilité civile, l'assurance incendie ainsi que toutes les assurances souscrites par le gestionnaire conformément à la législation, à l'exception de toute assurance personnelle souscrite par le résident ;
- les taxes locales éventuelles ;
- les activités d'animation, de loisirs et d'activation thérapeutique lorsqu'elles sont organisées dans l'enceinte de l'établissement ;
- les installations de cuisine collective, leur entretien, leurs modifications liées à l'évolution de la législation et l'acheminement des matières et leur stockage ;
- la confection et la distribution des repas, le respect des régimes, les collations et boissons dont la distribution est systématique en-dehors des repas; aucun supplément ne peut être porté en compte pour le service en chambre ;
- les substituts de repas à concurrence du coût d'un repas normal ;
- la mise à la disposition, l'entretien et le renouvellement de la literie : matelas, couvertures, couvre-lits, draps, taies, alèses, ainsi que des rideaux, tentures et textiles d'ameublement ;
- la mise à disposition de bavoirs et de serviettes de table ;
- la protection de la literie en cas d'incontinence ;
- le matériel d'incontinence ;
- le matériel de prévention des escarres ;
- la mise à disposition d'un frigo ;
- la consommation électrique, les appareils d'éclairage et de chauffage liés à l'usage individuel des résidents ;
- le nettoyage des chambres ainsi que du mobilier et du matériel qui s'y trouvent ;
- les prestations du personnel infirmier et soignant ;

- les prestations du personnel paramédical et de kinésithérapie couvertes par les organismes assureurs ;
- l'approvisionnement, la gestion, le stockage et la distribution des médicaments, sans préjudice du libre choix du pharmacien par le résident ;
- la mise à disposition d'une chaise percée quand l'état du résident le requiert;
- le mobilier tel que décrit au point 15 de la présente annexe, la mise à disposition éventuelle d'un lit à hauteur variable, du matériel visant à adapter le mobilier à l'état de santé du résident, (soulève personne, barres de lit, matelas...) et du matériel de contention ;
- les taxes et impôts relatifs à l'établissement ;
- les frais d'entretien, de nettoyage et de réparation occasionnés par l'usure normale ;
- le lavage et le pressing du linge non personnel ;
- la mise à disposition illimitée d'eau potable chaude et froide.
- l'eau potable au chevet des résidents en ce compris les bouteilles d'eau⁴

2.1.3. Les modalités d'adaptation du prix journalier d'hébergement conformément aux normes reprises aux articles 1402/1 à 1402/10 du Code réglementaire.

2.1.4. Sans préjudice des dispositions du 2^e alinéa du point 2.1.2. du présent chapitre, le prix journalier d'hébergement au sein d'un même établissement doit être le même pour les places de maison de repos, les places de maison de repos et de soins et les places de court séjour.

2.1.5. L'énumération exhaustive et détaillée de tous les suppléments susceptibles d'être portés en compte au résident ainsi que leur prix, le moyen de le calculer et toute règle permettant de calculer sa majoration éventuelle.

On entend par supplément, tous les frais relatifs à un produit ou service fourni par l'établissement, qui peuvent être facturés en plus du prix journalier d'hébergement et pour lequel l'établissement détermine lui-même un prix spécifique ou une marge ou pour lesquels un prix est fixé par un prestataire de

⁴ ne s'applique qu'aux nouvelles constructions ou aux reconditionnements.

Par dérogation à l'alinéa 1^{er}, si les éléments prévus à l'article 75 sont existants au sein de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins, ces éléments doivent être intégrés aux prix de base qui est revu dans les deux ans qui suit la date d'entrée en vigueur du présent arrêté, moyennant un dossier explicatif.

services ou de soins ou par un fournisseur externe et dont les justifications peuvent être apportées par l'établissement sur base d'une facture établie par le prestataire de services ou de soins ou par le fournisseur externe.

2.1.5.1. Aucun supplément non repris à la liste incluse dans la convention ne peut être mis à charge du résident.

Seuls les biens et services choisis librement par le résident ou par son représentant peuvent faire l'objet de suppléments.

Ne sont pas considérés comme suppléments, les avances en faveur de tiers, à savoir toute dépense effectuée par l'établissement au nom du résident et remboursé pour son montant exact par le résident ou son représentant. Cette dépense doit être certifiée par un document justificatif ou par une facture établie au nom du résident.

2.1.5.2. Par dérogation au dernier alinéa du point 2.1.5.1. ci-dessus, lorsque le résident n'a pas la couverture suffisante auprès de l'assurance maladie-invalidité, la convention mentionne les conditions de prise en charge par le résident du petit matériel de soins, des prestations du personnel infirmier et soignant et du personnel paramédical et de kinésithérapie.

Le montant demandé au résident ne peut pas dépasser l'intervention qu'aurait versée l'INAMI pour lui à l'établissement.

2.1.6. Si une garantie est exigée ou pas et, lorsqu'elle est exigée, son montant éventuel et son affectation ; ce montant ne peut être supérieur au prix d'un mois d'hébergement précisé dans la convention.

2.1.6.1. Lorsqu'elle est exigée, la garantie est placée par les parties sur un compte individualisé, ouvert au nom du résident auprès d'une institution bancaire, en mentionnant son affectation.

2.1.6.2. Les intérêts produits par la somme ainsi placée sont capitalisés.

2.1.6.3. Il ne peut être disposé du compte de garantie, tant en principal qu'en intérêts, qu'au profit de l'une ou de l'autre des parties, moyennant production soit d'un accord écrit, établi postérieurement à la conclusion de la convention, soit d'une copie conforme de l'expédition d'une décision judiciaire exécutoire

2.1.6.4. Au terme de la convention, la garantie capitalisée est remise au résident ou à ses ayants droit, déduction faite de tous les frais et indemnités éventuellement dus.

2.1.6.5. Aucune garantie ne peut être exigée en cas de court séjour, tel que visé à l'article 334, 2°, g, du Code décretal.

2.1.7. Les conditions de mise en dépôt des biens, garanties et valeurs confiés à l'établissement par le résident, ainsi que les modalités de leur gestion éventuelle.

2.1.8. Les conditions de la réduction du prix d'hébergement en cas d'absence du résident pour hospitalisation, week-end, vacances et pour tout autre motif.

Lorsque le résident prend possession de la chambre dans le courant du mois, il est redevable alors, et pour la première fois, d'un montant correspondant à la partie de mois restant à courir.

2.1.9. Le numéro de la chambre attribuée au résident avec mention du nombre maximum de résidents admissibles dans cette chambre.

Un changement de chambre ne peut être effectué sans le consentement du résident et/ou de son représentant.

2.2. Les conditions de résiliation de la convention.

2.2.1. La convention est conclue à durée indéterminée, compte tenu du fait que les trente premiers jours servent de période d'essai.

En cas de court séjour tel que visé à l'article 334, 2°, g, du Code décretal, la convention est conclue à durée déterminée

La convention mentionne si possible la nature du court séjour, à savoir le répit ou la revalidation.

2.2.2. Durant cette période d'essai, les deux parties peuvent résilier la convention moyennant un préavis de sept jours.

2.2.3. Au terme de cette période d'essai, la convention peut être résiliée moyennant un préavis qui ne peut être inférieur à trois mois en cas de résiliation par le gestionnaire et de quinze jours en cas de résiliation par le résident.

Le préavis de trois mois peut être ramené à un mois en cas de non respect caractérisé des normes de sécurité ou des impératifs de la vie communautaire.

Tout préavis donné par le gestionnaire est dûment motivé. A défaut, le congé est censé ne pas avoir été donné.

Si le résident quitte l'établissement pendant la période de préavis donné par le gestionnaire, il n'est tenu à aucun préavis.

En cas de court séjour tel que visé à l'article 334, 2°, g, du Code décretaal, la convention peut être résiliée moyennant un préavis de sept jours, quelle que soit la partie qui signifie cette résiliation.

- 2.2.4.** La résiliation se fait par écrit, soit par envoi recommandé à la poste, soit avec accusé de réception deux jours ouvrables avant la prise de cours du délai prévu ci-dessus.
- 2.2.5.** Le résident ou son représentant qui résilie la convention sans observer le délai de préavis peut être tenu de payer une indemnité correspondant au prix de la pension couvrant la durée du préavis fixé, à l'exclusion des suppléments éventuels.
- 2.2.6.** En cas de décès ou de départ pour raisons médicales, l'obligation de payer le prix journalier d'hébergement subsiste tant que la chambre n'est pas libérée, compte tenu des dispositions visées au 2.1.8.
- 2.3.** L'entièreté de la ristourne accordée par le pharmacien doit être rétrocédée au résident.
- 2.4.** L'état des lieux détaillé de la chambre occupée par le résident est annexé à la convention. Il est daté et signé par les deux parties. A défaut d'état des lieux établi avant l'admission, le résident est présumé avoir reçu la chambre dans l'état où elle se trouve au moment de son départ et ne peut être tenu pour responsable des dégâts éventuels.
- 2.5.** La convention mentionne le délai dont dispose le résident ou son représentant pour contester les factures. Ce délai ne peut pas être inférieur à un mois à dater de la réception de la facture.
- 2.6.** La convention mentionne le fait que tout litige concernant l'exécution de ladite convention est de la compétence des tribunaux civils. L'adresse de la Justice de paix et du Tribunal de première instance territorialement compétent est précisée.
- 2.7.** Toute clause contraire aux prescriptions ci-dessus est réputée nulle.
- 2.8.** N'est pas considérée comme une modification de la convention, une majoration de prix autorisée par le SPF Economie et qui est conforme à l'adaptation de prix prévue par le Chapitre VIII.
- 2.9.** Le résident ne peut, en aucun cas, se voir obligé de confier la gestion et la conservation de ses ressources ou biens à la maison de repos ou à la maison de repos

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

3. Du dossier individuel du résident.

3.1. Un dossier individuel est établi lors de l'admission de chaque résident, il doit être mis à jour en permanence.

Il sera conservé dans l'établissement au moins deux ans après la sortie du résident.

3.1.1. La collecte des données y consignées et leur traitement se fait conformément au règlement (UE)2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE 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.

3.1.2. Ce dossier est accessible en permanence aux agents de la Région wallonne chargés du contrôle.

3.1.3. Une liste des membres du personnel pouvant avoir accès à ce dossier, conformément au règlement et à la loi précités, est tenue à jour.

3.1.4. Le contenu de ce dossier est couvert par le secret professionnel.

3.1.5. Le dossier individuel du résident comprend son dossier administratif et son dossier de soins.

Le dossier administratif du résident contient au moins les données suivantes :

1° l'identité du résident ;

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

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

- 4° le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du médecin traitant, ainsi que les dispositions à prendre en cas d'absence de celui-ci ;
- 5° le cas échéant, la mention que le résident fait appel à un pharmacien de son choix avec lequel l'établissement n'a conclu aucun contrat de collaboration.

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

- 1° le dossier médical établi par le médecin traitant ;
- 2° la fiche de liaison reprenant les données médicales indispensables en cas d'urgence ou d'hospitalisation ;
- 3° le dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial est mis à jour mensuellement. Il contient notamment les éléments suivants :
 - a) l'anamnèse et l'historique de vie du résident ;
 - b) le diagnostic ainsi que l'examen clinique à l'admission et au cours du séjour ;
 - c) les directives médicales, soit : la date de visite du médecin, le traitement, le cas échéant, médicaments prescrits et posologie et le plan de soins, les examens demandés, le régime éventuel et les éventuelles mesures de contention et d'isolement ;
 - i. les directives infirmières : le plan d'actions et l'actualisation régulière de celui-ci entre autre, selon les directives médicales ;
 - ii. les directives paramédicales en kinésithérapie : le bilan, les objectifs, le plan d'actions et l'actualisation régulière de celui-ci, entre autre, selon les directives médicales et l'évaluation des actions ;
 - iii. les directives paramédicales en ergothérapie : le bilan, les objectifs, le plan d'actions et l'actualisation régulière de celui-ci, entre autre, selon les directives médicales et l'évaluation des actions ;
 - iv. les directives paramédicales en logopédie : pour les actes de la vie quotidienne;
 - d) le cas échéant, les souhaits exprimés en matière de soins futurs.

4. De l'affichage des informations.

4.1. Les informations sur les points suivants font l'objet d'un affichage à l'endroit le plus adéquat selon le public auquel elles sont destinées. Cet affichage peut être réalisé par tout moyen de communication adapté :

- le nom du gestionnaire et s'il s'agit d'une personne morale, sa forme juridique et la personne physique qui la représente ;
- Le nom du directeur de l'établissement et ses heures habituelles de présence dans la maison de repos ou la maison de repos et de soins ainsi que le nom de son remplaçant en cas d'absence ;
- le numéro et tout renseignement relatif au titre de fonctionnement et, le cas échéant, tout renseignement relatif à une suspension du titre de fonctionnement, à un refus ou à un retrait du titre de fonctionnement ainsi qu'à une fermeture ;
- les renseignements relatifs au conseil des résidents, notamment les convocations et les rapports de réunion ;
- l'adresse et le numéro de téléphone de l'administration et du bourgmestre ;
- le menu de la semaine en cours et de la semaine suivante ;
- les heures de visites ;
- les activités et animations organisées par l'établissement ou auxquelles les résidents peuvent participer.

4.2. Le directeur prendra toute disposition utile pour que cet affichage soit lisible, accessible à tous et tenu à jour en permanence.

5. Du projet de vie de l'établissement.

5.1. Le projet de vie de l'établissement permet aux résidents de préserver un sens à leur vie en établissement et pour les professionnels de donner un sens à leur travail.

Pour que les membres du personnel puissent fonder leurs attitudes et leurs actions sur ce que les résidents considèrent comme essentiel, il convient de laisser les résidents évoquer leurs souhaits, leurs difficultés, leurs habitudes, leurs valeurs au travers de comités et de débats. Pour ce faire, la rédaction du Projet de vie de l'établissement est issue d'une réflexion collective et participative, incluant les résidents et leur entourage

ainsi que les membres du personnel.

Indépendamment du fait que l'établissement dispose ou non d'une unité adaptée ou d'une unité de vie en journée, les équipes de travail définissent dans le Projet de vie des objectifs spécifiques à destination des résidents qui présentent des troubles cognitifs majeurs ou diagnostiqués dément. Ces objectifs sont déclinés en actions définies dans le temps ainsi que des indicateurs permettant de les évaluer.

Sur la base du projet de vie de l'établissement, les équipes de travail définissent des objectifs opérationnels dans leur pratique quotidienne, ainsi que des indicateurs permettant de les évaluer. Le gestionnaire et le directeur mettent les moyens nécessaires à la mise en oeuvre du Projet de vie à disposition.

5.2. Le projet de vie de l'établissement est évalué chaque année par l'ensemble des acteurs de l'établissement que sont le gestionnaire, le directeur, le personnel et le conseil des résidents. Le cas échéant le projet de vie de l'établissement est amendé.

CHAPITRE II. - Des normes concernant l'hygiène, la nourriture et les soins de santé

6. De l'hygiène.

6.1. Les services généraux, notamment la cuisine et la buanderie, sont organisés dans le strict respect des règles d'hygiène et implantés de façon à ne pas incommoder les résidents par leurs odeurs, leurs vapeurs et leurs bruits.

6.2. Les animaux autorisés, conformément aux dispositions du règlement d'ordre intérieur, ne peuvent en aucun cas avoir accès ni aux cuisines, ni aux locaux où sont conservés les aliments, ni à la salle à manger, ni aux locaux de soins et de préparation des médicaments.

6.3. Les déchets solides sont évacués dans des sacs-poubelles hermétiques, dans le respect de la réglementation sur les déchets.

6.4. Les chaises percées sont strictement personnelles et réservées à leur usage spécifique.

Elles ne sont utilisées que si l'état de santé du résident le justifie. Elles ne peuvent en aucun cas remplacer un siège usuel.

6.5. La literie est constamment tenue en parfait état de propreté et, en tous cas, changée au moins une fois par semaine et aussi souvent que nécessaire.

Le linge souillé est placé dans des récipients hermétiques et évacué quotidiennement des zones d'hébergement.

6.6. L'eau potable que ce soit via les arrivées d'eau ou via des bouteilles d'eau minérale est disponible à volonté dans tout le bâtiment.

6.7. Les bains ou douches doivent pouvoir être utilisés quotidiennement par les résidents.

L'aide nécessaire est fournie aux personnes qui sont incapables de procéder seules à leur toilette.

L'organisation et l'horaire des toilettes et des soins sont réfléchis en fonction des besoins et attentes des résidents et en concertation avec ces derniers, dans les limites de l'organisation du service.

6.7.1. Afin de garantir le repos des résidents, les toilettes et soins ne peuvent pas être réalisés entre 22 heures et 7 heures du matin sauf pour des raisons médicales mentionnées dans le dossier individualisé de soins ou si le résident en fait explicitement la demande et motive cette dernière, dans les limites de l'organisation du service.

6.7.2. Le directeur doit veiller à ce qu'aucune personne âgée n'indispose les autres résidents par manque de soins et de propreté; il prend notamment toute disposition pour faire en sorte que chaque résident effectue une toilette complète au moins une fois par semaine.

7. De la nourriture.

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

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

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

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

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

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

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

Pour assurer la convivialité et respecter le projet de vie, les repas sont pris, sauf raisons médicales, au restaurant.

7.4. Deux menus, au choix, sont prévus au repas du soir.

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

8. Des soins de santé et du registre d'appel.

8.1. Il est tenu pour chaque résident un dossier individualisé de soins, éventuellement informatisé.

Celui-ci peut être consulté à tout moment par le résident ou son représentant qui peuvent en obtenir une copie au prix coûtant.

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

8.1.2. Ce dossier individualisé de soins mentionne également la date de la visite du médecin, les médicaments prescrits ainsi que leur posologie, les soins requis, les examens demandés et le régime éventuel.

8.1.3. La collecte des données y consignées et leur traitement se font conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et du Conseil du 27 avril 2016 relatif à la protection des personnes physiques à l'égard du traitement des données à caractère personnel et à la libre circulation de ces données, et abrogeant la directive 95/46/CE 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.

- 8.1.4.** Le dossier individualisé de soins est conservé dans l'établissement pendant une période minimale de deux ans après le départ du résident.
- 8.1.5.** Le dossier individualisé de soins assure une vision holistique du résident et permet d'avoir une connaissance de ses besoins, attentes et capacités résiduelles dans tous les volets de l'accompagnement.
- 8.1.6.** Les observations, relatives à un résident, notées dans le cahier de rapport ou dans un autre outil de communication, sont retranscrites et/ou développées dans le dossier individualisé de soins de ce résident.
- 8.1.7.** Le dossier individualisé est un outil support à la mise en place d'une démarche d'amélioration continue des services et actes portés à l'attention du résident, en lien avec le projet individuel de celui-ci. Dans la mesure du possible et dans une volonté d'auto-détermination quant aux décisions qui le concernent, le résident prend part à l'élaboration de son Projet individualisé et des actions qui en découlent.
- 8.1.8.** L'ensemble des outils de communication est consulté et utilisé par la totalité du personnel de soins.
- 8.1.9.** Les mentions et validations effectuées par chaque membre du personnel sont clairement identifiables quant à leur auteur (utilisation d'un paraphe personnel, code d'accès informatique individuel).
- 8.1.10.** La liste des paraphes ou codes d'accès est tenue à jour.
- 8.2.** Lors du changement d'équipe, le responsable des soins communique, par écrit, tous les renseignements relatifs aux événements significatifs qui se sont produits pendant la période écoulée.
- 8.3.** La préparation individuelle des médicaments est assurée par un praticien de l'art infirmier, selon les règles en vigueur. Les médicaments ne peuvent pas être préparés pour plus de sept jours à l'avance. Les médicaments sous forme liquide sont préparés extemporanément.

Les médicaments sont conservés, sous blister pour les médicaments préparés, dans un meuble ou un local réservé propre et adapté à cet effet et fermé à clef. Le matériel de préparation est entretenu et également tenu sous clef.

Les modalités de stockage des médicaments permettent de respecter les conditions de conservation (max 25°).

L'établissement met en place une procédure de contrôle de la gestion thérapeutique des médicaments.

8.4. Chaque fois que l'état de santé du résident le requiert, il devra être fait appel à un médecin de son choix.

Dans le cas où le résident ou son représentant se trouvent dans l'impossibilité d'exprimer ce choix et en l'absence de son médecin ou de son remplaçant, dont les coordonnées se trouvent dans le dossier individuel dont question au point 3. de la présente annexe, la personne responsable des soins fait appel à un médecin de son choix.

8.5. Tous les médecins qui traitent un ou plusieurs résidents dans une maison de repos sont invités par la direction à s'engager à participer le plus efficacement possible à l'organisation médicale interne de l'établissement.

8.6. Le directeur doit prendre toute précaution visant à assurer la prophylaxie des maladies contagieuses.

8.6.1. Particulièrement, il doit veiller à ce que toutes les dispositions indispensables soient prises pour les soins stériles par l'utilisation de matériel à usage unique.

L'établissement doit disposer en permanence du matériel requis pour permettre au personnel le lavage hygiénique des mains, à savoir du savon liquide et des serviettes en papier, ainsi que du matériel requis pour organiser l'isolement d'un résident souffrant d'une maladie contagieuse. Des procédures de soins sont prévues à cet effet.

L'inspection communautaire de l'hygiène est consultée dans tous les cas litigieux.

8.6.2. De nuit comme de jour, le membre du personnel qui est de garde relate dans le registre d'appel, éventuellement informatisé, la suite réservée aux appels des résidents et notamment les instructions qu'il a données.

Il doit faire appel, directement, à la personne dont l'intervention est nécessaire, selon les circonstances.

Le registre est signé chaque jour par les responsables du service de soins.

Doivent être indiqués à la première page du registre les numéros de téléphone des médecins, des infirmiers, des services d'incendie et de police, des hôpitaux et des ambulances.

Le registre est tenu à la disposition des agents de la Région wallonne chargés du contrôle. Il sera conservé dans l'établissement au moins deux ans.

8.7. En cas de départ provisoire ou définitif du résident, une feuille de liaison est établie à l'attention de l'équipe de soins qui prendra en charge par la suite le résident.

CHAPITRE III. - Des normes concernant le nombre, la classification, la qualification et la moralité du personnel

9. Du personnel.

Le directeur et le personnel de l'établissement créent, dans le cadre du projet de vie de l'établissement, un climat favorable à la qualité de vie des résidents. Ils contribuent à la préservation de leur autonomie et à leur épanouissement. Ils visent à favoriser leur accès à une vie sociale plus dynamique, à mobiliser leurs potentialités créatrices et à améliorer la communication entre les résidents dans l'établissement.

Dans chaque maison de repos pour aînés et chaque maison de repos et de soins, il existe trois catégories de personnel : le personnel de direction et d'administration, le personnel d'hôtellerie et le personnel de soins et de réactivation.

Chaque membre du personnel est porteur en permanence d'un badge d'identification comprenant de manière lisible ses nom, prénom et fonction au sein de la maison de repos ou la maison de repos et de soins.

Pour l'estimation du personnel requis pour chacune des différentes fonctions, 1 équivalent temps plein équivaut à trente-huit heures de prestations hebdomadaires, sauf exception explicitement prévue par les présentes dispositions ou les dispositions relatives à la fonction publiques communales.

La norme minimale est de 1 membre du personnel à temps plein par tranche entamée de 5 résidents.

9.1. Du personnel de direction et d'administration.

9.1.1. Du directeur.

9.1.1.1. Dans chaque maison de repos et dans chaque maison de repos et de soins, il y a un directeur qui assure la gestion journalière et est directement responsable devant le gestionnaire.

9.1.1.2. Dans chaque maison de repos et dans chaque maison de repos et de soins, le directeur est à la disposition des résidents et de leur famille au moins quatre heures par semaine aux jour et heure affichées au tableau d'affichage. Ces

heures seront réparties sur deux jours dont au moins une heure après 18 heures.

- 9.1.1.3.** Le directeur de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins de moins cinquante places, en ce compris les places de court séjour, effectue des prestations équivalentes au moins à un mi-temps.
A partir de cinquante places, en ce compris les places de court séjour, la maison de repos dispose d'un directeur à temps plein.
- 9.1.1.4.** Dans le cas d'une maison de repos et d'une maison de repos et de soins implantée sur plusieurs sites, le directeur assure une présence suffisante sur chaque site. Si la maison de repos ou la maison de repos et de soins implantée sur plusieurs sites dispose de cinquante places ou plus, le directeur effectue obligatoirement ses prestations à temps plein sur l'ensemble des sites.
- 9.1.1.5.** En cas d'absence ou d'empêchement temporaire du directeur, le gestionnaire désigne le membre du personnel le plus apte à assumer la gestion journalière de l'établissement pendant la durée de son absence. Le nom de ce remplaçant est affiché, comme prévu au point 4 de la présente annexe et les résidents ainsi que les membres du personnel en sont informés.
- En cas d'absence de plus de trois mois, le gestionnaire doit désigner pour remplacer le directeur une personne ayant satisfait aux épreuves sanctionnant la formation visée au point 9.1.2.2. En cas de force majeure dûment prouvée auprès de l'administration, cette désignation ne doit se faire qu'au terme de six mois d'absence.
- 9.1.1.6.** Le directeur ou son remplaçant est rappelable au besoin.
- 9.1.1.7.** L'ensemble des prestations du directeur ne peut en aucun cas être comptabilisé pour plus d'un équivalent temps plein, dont au moins 0,5 équivalent temps plein de jour pour la seule fonction de direction, quelles que soient les fonctions que le directeur exerce d'autre part au sein de la maison de repos et au sein de la maison de repos et de soins.
- 9.1.1.8.** Le directeur ne peut assumer la direction de plus de deux maisons de repos, sauf exception déterminée par le Ministre.

9.1.2. De la formation du directeur

- 9.1.2.1.** Le directeur qui prend ses fonctions pour la première fois à dater du 1^{er} janvier 2012 doit être titulaire au moins d'un titre de l'enseignement supérieur de type court tel que défini par le décret de la Communauté française du 31 mars 2004 définissant l'enseignement supérieur, favorisant son intégration à l'espace européen de l'enseignement supérieur et finançant les universités ainsi que

d'une attestation assurant le minimum de connaissances utiles relatives à la gestion d'une maison de repos.

Les personnes qui, à la date du 31 décembre 2011 sont titulaires au moins du certificat d'enseignement secondaire supérieur ou d'un titre de l'enseignement supérieur de promotion sociale ou d'un titre d'infirmier hospitalier ou psychiatrique ainsi que d'une attestation assurant le minimum de connaissances utiles relatives à la gestion d'une maison de repos anciennement visé à l'annexe II de l'arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998 portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées peuvent exercer les fonctions de directeur d'une maison de repos **ou d'une maison de repos et de soins.**

Les personnes qui, au plus tard à l'issue de l'année académique 1998-1999, ont acquis le minimum de connaissances utiles anciennement visé à l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 20 décembre 1990 relatif au niveau de connaissance utile à la gestion de maisons de repos pour personnes âgées, sont dispensées de suivre la formation prévue au point 9.1.2.2.

Les personnes qui, au plus tard à l'issue de l'année académique 2010-2011, ont acquis le minimum de connaissances utiles anciennement visé à l'arrêté du Gouvernement wallon du 3 décembre 1998 portant exécution du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos, résidences-services et aux centres d'accueil de jour pour personnes âgées, sont dispensées de suivre la formation prévue au point 9.1.2.2.

9.1.2.2. Le minimum de connaissances utiles à la gestion d'une maison de repos est considéré comme acquis lorsque le candidat directeur a suivi un cycle de formation de 300 heures au moins reconnu par le Ministre et a satisfait avec fruit à l'épreuve le sanctionnant.

9.1.2.3. Programme de la formation

Le programme de formation est composé de la manière suivante :

9.1.2.3.1 Législation (75 heures) :

- législations fédérales et régionales relatives aux soins et à l'hébergement des aînés
- répartition des compétences
- pensions et allocations pour personnes handicapées
- droit public et droit privé

9.1.2.3.2. Financement (50 heures) :

- subsidiation des infrastructures

- INAMI
- sécurité sociale
- affaires économiques
- l'aide sociale

9.1.2.3.3. Comptabilité (50 heures) :

- comptabilité générale
- comptabilité spécifique aux C.P.A.S.
- fiscalité

9.1.2.3.4. Gestion des ressources humaines (50 heures) :

- droit social
- statut public
- gestion du personnel

9.1.2.3.5. Programme qualité (25 heures) :

- éléments de soins gériatriques
- gestion de la qualité
- animation et loisirs

9.1.2.3.6. Stage et visites didactiques (50 heures) :

- stage dans une maison repos (40 heures)
- visites didactiques thématiques (10 heures)

9.1.2.3.7. Le Ministre précise le contenu minimum des matières.

9.1.2.4. Le cycle de formation visé au point 9.1.2.2. ci-dessus doit être agréé par le Ministre.

La durée de l'agrément de ce cycle de cours est de cinq ans.

Le Ministre détermine les titres et l'expérience utile requis des personnes chargées d'assurer les formations.

9.1.2.5. Sur la base des diplômes des participants, les instituts de formation peuvent, de manière motivée, accorder des dispenses de certains cours mais sans dépasser 50 heures.

9.1.2.6. Les cycles de formations organisés sur la base des réglementations des autres régions ou communautés ainsi que les cycles de formation spécifiques suivies au sein des autres Etats membres de l'Union européenne sont assimilés au cycle de formation visé au 9.1.2.2. Toutefois, il conviendra dans ce cas de faire la preuve de la connaissance des règles spécifiques en vigueur au sein de la Région wallonne en ayant suivi les modules relatifs à ces règles.

9.1.2.6bis. A l'issue du cycle de formation visé aux points 9.1.2.2. à 9.1.2.4., il est délivré aux lauréats une attestation de réussite dont le modèle est défini par le Ministre.

9.1.2.7. Tout directeur est tenu de participer à des activités de formation permanente de deux jours au moins par an. Le programme de ces journées doit être communiqué à l'administration pour approbation au plus tard deux mois avant leur organisation.

9.1.3. Du personnel administratif.

Le directeur est assisté par un membre du personnel le secondant dans les diverses tâches d'administration et d'accueil.

Pour toute maison de repos comprenant de 70 à 100 places, y compris les places de maison de repos et de soins et les places de court séjour, au moins 0,5 équivalent temps plein de personnel administratif est requis.

Pour toute maison de repos comprenant plus de 100 places, y compris les places de maison de repos et de soins et les places de court séjour, au moins un équivalent temps plein de personnel administratif est requis.

Elle peut assurer tout ou partie de ces tâches avec l'aide de services extérieurs, obligatoirement liés avec elle par convention écrite. Les modalités d'assimilation de ces prestations à des frais de personnel et, sur cette base, à une évaluation en équivalents temps plein sont déterminées par le Ministre.

Le personnel administratif bénéficiera, au sein ou non de l'établissement, d'une formation permanente d'au moins une journée par an.

La formation permanente est en lien avec les thématiques identifiées dans les objectifs déclinés à partir du Projet de vie institutionnel ou est réalisée en fonction des problématiques rencontrées sur le terrain.

L'établissement tient un tableau récapitulatif du volume, de la nature des formations et reprenant l'identité du travailleur pour chaque formation suivie.

Un plan de formation est tenu par l'établissement.

Sans préjudice de l'alinéa 5, en dessous d'un 3/4 d'un temps plein, l'obligation de formation est proratisée proportionnellement au temps de travail effectif.

9.2. Du personnel d'hôtellerie.

La maison de repos doit assurer les tâches de cuisine et restaurant, de lingerie et buanderie, l'entretien technique, la propreté et l'hygiène des locaux et répondre aux différentes exigences reprises dans les présentes normes. Les tâches qui lui sont confiées sont clairement stipulées dans le contrat ou dans l'acte de nomination.

Pour ce faire, la maison de repos dispose de personnel suffisant en nombre et en qualification.

Au minimum, un équivalent temps plein pour 15 résidents est requis, au prorata du nombre de lits bénéficiaires d'un titre de fonctionnement.

Elle peut assurer tout ou partie de ces tâches avec l'aide de services extérieurs, obligatoirement liés avec elle par convention écrite. Les modalités d'assimilation de ces prestations à des frais de personnel et, sur cette base, à une évaluation en équivalents temps plein sont déterminées par le Ministre.

Le personnel d'hôtellerie bénéficiera, au sein ou non de l'établissement, d'une formation permanente d'au moins une journée par an.

La formation permanente est en lien avec les thématiques identifiées dans les objectifs déclinés à partir du Projet de vie institutionnel ou est réalisée en fonction des problématiques rencontrées sur le terrain.

L'établissement tient un tableau récapitulatif du volume, de la nature des formations et reprenant l'identité du travailleur pour chaque formation suivie.

Un plan de formation est tenu par l'établissement.

Sans préjudice de l'alinéa 5, en dessous d'un 3/4 d'un temps plein, l'obligation de formation est proratisée proportionnellement au temps de travail effectif.

9.3. Du personnel de soins et de réactivation.

9.3.1. On entend par personnel de soins les praticiens de l'art infirmier, les aides-soignants, les membres des professions paramédicales et les kinésithérapeutes au sens de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales.

On entend par personnel de réactivation, les personnes visées 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 de soins et dans les maisons de repos pour aînés ainsi que les personnes exerçant une fonction de réactivation dans les maisons de repos et de soins, ou les centres de soins de jour ou les centres pour lésions cérébrales acquises.

- 9.3.2.** La maison de repos doit disposer de jour comme de nuit d'un nombre suffisant de membres de personnel de soins et de réactivation lui permettant de répondre aux besoins des résidents, en fonction de leur nombre et de leur niveau de dépendance.
- 9.3.3.** Les praticiens de l'art infirmier et les aides-soignants doivent en permanence disposer du temps requis pour répondre aux appels des résidents et effectuer des rondes de jour comme de nuit. En outre, au moins un praticien de l'art infirmier ou un aide-soignant doit être présent de jour comme de nuit pour une capacité de moins de 60 places, deux praticiens de l'art infirmiers ou aides-soignants pour une capacité de 60 à 129 places, trois praticiens de l'art infirmier ou aides-soignants pour une capacité de 130 à 199 places et quatre praticiens de l'art infirmier ou aides-soignants pour une capacité de plus de 199 places, places de maison de repos et de soins et de court séjour inclus.
- 9.3.4.** Sans préjudice de l'application du point 9.3.3., 1,5 équivalents temps plein de personnel de soins et de réactivation est requis pour 10 places au prorata du nombre de lits bénéficiant d'un titre de fonctionnement, places de maison de repos et de soins et places de court séjour inclus.
- 9.3.5.** Pour l'application des points 9.3.2. et 9.3.3., à défaut de mention contraire dans le règlement de travail, la nuit est définie comme la période s'étendant entre 20 heures et 6 heures.

Dans tous les cas, la nuit est une période continue de maximum 11 heures.

- 9.3.6.** Dans le cas où un membre du personnel est engagé pour des tâches relevant de plusieurs catégories du présent chapitre, le contrat de travail, la convention d'entreprise ou l'acte de nomination précise les heures consacrées à chacune des fonctions.
- 9.3.7.** Dans les maisons de repos implantées sur plusieurs sites, les normes relatives au personnel de soins sont applicables site par site.
- 9.3.8.** Le personnel de soins et de réactivation bénéficiera, au sein ou non de l'établissement, d'une formation permanente d'au moins deux journées par an.

La formation permanente est en lien avec les thématiques identifiées dans les objectifs déclinés à partir du Projet de vie institutionnel ou est réalisée en fonction

des problématiques rencontrées sur le terrain.

L'établissement tient un tableau récapitulatif du volume, de la nature des formations et reprenant l'identité du travailleur pour chaque formation suivie.

Un plan de formation test tenu par l'établissement

Sans préjudice du premier alinéa, en dessous d'un 3/4 d'un temps plein, l'obligation de formation est proratisée proportionnellement au temps de travail effectif.

9.3.9. Dans les maisons de repos et de soins, la norme de personnel s'élève par trente résidents, à :

- 1° au moins cinq équivalents temps plein praticiens de l'art infirmier, dont un infirmier en chef. Au-delà des trente premiers résidents, un infirmier en chef supplémentaire est obligatoire lorsque l'établissement dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de trente résidents ;
- 2° au moins 5 équivalents temps plein personnel soignant ou aides-soignants, dont au minimum nonante-cinq pour cent d'aides-soignants ; à dater du 1^{er} janvier 2015, seuls les aides-soignants entrent en considération ;
- 3° 1'équivalent temps plein kinésithérapeute ou ergothérapeute ou logopède, étant entendu que les deux premières disciplines sont dans tous les cas suffisamment représentées au sein de l'établissement et qu'il s'agit de personnel salarié ou nommé à titre définitif. La logopédie est offerte en fonction des besoins des résidents ;
- 4° 0.10 équivalent temps plein de réactivation compétent en matière de soins palliatifs pour le soutien aux soins des patients en phase terminale et disposant d'une des qualifications suivantes : graduat ou licence ou master en kinésithérapie, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie, graduat ou baccalauréat en ergothérapie, graduat ou baccalauréat en thérapie du travail, graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation, graduat ou baccalauréat en diététique, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie, graduat ou baccalauréat ou post-graduat ou master en psychomotricité, licencié ou master en psychologie, graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés, graduat ou baccalauréat d'assistant social ou de "sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg" ou d'infirmier social ou d'"infirmière spécialisée en santé communautaire", graduat ou baccalauréat en sciences familiales, licence ou master en gérontologie, graduat ou baccalauréat d'éducateur ;

5° un équivalent temps plein praticien de l'art infirmier peut être remplacé, au prorata de maximum un équivalent temps plein par trente résidents, et pour autant que la permanence visée au 9.3.11 soit respectée, par une personne disposant de préférence d'une des qualifications suivantes : graduat ou baccalauréat ou licence ou master en kinésithérapie, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en logopédie, graduat ou baccalauréat en ergothérapie, graduat ou baccalauréat en thérapie du travail, graduat ou baccalauréat en sciences de réadaptation, graduat ou baccalauréat en diététique, graduat ou baccalauréat ou licence ou master en orthopédagogie, licence ou master en psychomotricité, licence ou master en psychologie, graduat ou baccalauréat d'assistant en psychologie et assimilés, graduat ou baccalauréat d'assistant social, de « sociaal werker of in de sociale gezondheidszorg », d'infirmier social ou d'infirmière spécialisée en santé communautaire, graduat ou baccalauréat en sciences familiales, licence ou master en gérontologie, graduat ou baccalauréat d'éducateur ou, à défaut, par du personnel soignant dont le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer le minimum de formation requis.

9.3.10. Lorsque la maison de repos et de soins compte plus de septante-cinq lits, l'un des infirmiers en chef est désigné comme infirmier en chef coordinateur.

Le ou les infirmiers en chef remplissent les missions suivantes :

- 1° assurer la gestion journalière du personnel infirmier et du personnel soignant ;
- 2° coordonner le travail pluridisciplinaire du personnel infirmier et paramédical, du personnel de réactivation, des kinésithérapeutes et de aides-soignants ;
- 3° actualiser le dossier infirmier, paramédical, kinésithérapeutique et psychosocial du résident ;
- 4° en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller et le cas échéant le diététicien, évaluer l'état nutritionnel du résident ;
- 5° en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller, formuler des propositions quant à la manière dont il convient de traiter les patients souffrant de démence, le cas échéant en collaboration avec la personne de référence "démence" ;
- 6° assister le médecin coordinateur et conseiller dans l'exercice de sa fonction.

Le ou les infirmiers en chef veillent à ce que les besoins en kinésithérapie, ergothérapie et logopédie repris dans le plan de soins soient rencontrés aussi rapidement que possible.

9.3.11. Un praticien de l'art infirmier est présent dans les maisons de repos et de soins de jour comme de nuit.

9.3.12.1. Qualité et formation

Dans chaque maison de repos et chaque maison de repos et de soins, le gestionnaire désigne au moins un médecin coordinateur et conseiller qui est exclusivement un médecin généraliste agréé qui, au plus tard deux ans après sa désignation, est porteur d'un certificat obtenu après avoir suivi avec fruit un cycle de formation spécifique d'au moins 24 heures agréé par l'Agence et donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller. Les modalités d'agrément du cycle de formation sont définies par le Ministre.

Un médecin coordinateur et conseiller peut exercer cette activité dans plusieurs institutions.

Le cycle de formation comprend au minimum les éléments suivants :

- 1° spécificités de la médecine gériatrique (nutrition, prévention et traitement des escarres, continence,...),
- 2° maladie d'Alzheimer et autres formes de démence ;
- 3° hygiène : utilisation des produits désinfectants et des équipements de protection individuelle, prévention des infections, isolement et gestion de l'antibiothérapie ;
- 4° techniques de communication ;
- 5° législation relative aux établissements d'hébergement et d'accueil pour aînés;
- 6° soins palliatifs, euthanasie, aspects éthiques de la fin de vie et projet de soins personnalisés et anticipés ;
- 7° usage des médicaments chez la personne âgée
- 8° plan d'urgence et plan catastrophe : épidémie, pandémie (dépistage, cohortage, organisation médicale, utilisation rationnelle des moyens, incendie) et plan d'évacuation ;

L'Agence agréé le cycle de formation spécifique donnant accès à la fonction de médecin coordinateur et conseiller en maison de repos et maison de repos et de soins aux conditions suivantes :

- 1° le contenu du cycle de formation comprend au minimum les éléments inscrits à l'alinéa précédent ;
- 2° la demande d'agrément est introduite à l'Agence, à l'adresse aines@aviq.be, au moyen d'un formulaire dont le modèle est arrêté par le Ministre ;
- 3° la formation promeut l'interaction entre les participants et les formateurs. Outre les exposés pléniers, des discussions thématiques de groupe, interactives, sont organisées, auxquelles participent au maximum 30 personnes ;
- 4° la formation s'adresse aux médecins généralistes agréés ;
- 5° les formateurs ont une formation universitaire ou d'enseignement supérieur, avec un titre et/ou une expérience reconnue dans la discipline.

L'Agence transmet dans les 30 jours calendriers de réception de la demande sa décision.

A l'issue du cycle de formation, un certificat est délivré par l'organisme de formation aux participants ayant suivi avec fruit tous les éléments du cycle de formation, selon le modèle déterminé par le Ministre. L'organisme tient à jour la liste des candidats ayant réussi.

Dans les maisons de repos et les maisons de repos et de soins établies sur plusieurs sites ou dont l'importance nécessite l'activité de plusieurs médecins coordinateurs et conseillers, 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.

Pour conserver sa qualification de médecin coordinateur et conseiller, le médecin concerné suit chaque année au moins 6 heures de formation continue en lien avec sa fonction ou sa formation de base.

9.3.12.2. Désignation du médecin coordinateur et conseiller

Lorsqu'une fonction de médecin coordinateur et conseiller est vacante, le gestionnaire ou le directeur de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins en avertit dans les 15 jours ouvrables le cercle de médecins généralistes sur le territoire duquel l'institution est établie, de même que les médecins généralistes qui y soignent les résidents. La notion de jour ouvrable désigne tous les jours autres que le samedi, le dimanche et les jours fériés légaux.

Le cercle de médecins généralistes, ci-après, le cercle, informe sans délai ses membres de la vacance et de l'appel à candidature d'un poste de médecin coordinateur et conseiller. Les candidats disposent d'un délai d'au moins trente jours à dater de l'information donnée par le cercle pour introduire leur candidature au siège du gestionnaire ou à l'adresse de l'établissement.

A l'invitation du gestionnaire ou du directeur, le cercle donne un avis consultatif sur les candidatures reçues. Au terme de la procédure de recrutement et de désignation, le gestionnaire ou le directeur notifie son choix au cercle.

Le directeur de l'institution informe les résidents, les membres du personnel et le ou les hôpitaux avec le(s)quel(s) la maison de repos ou la maison de repos et de soins a un lien fonctionnel ou une convention de collaboration de la désignation du médecin coordinateur et conseiller. Le Directeur conserve le contrat d'entreprise visé au point 9.3.12.3.

9.3.12.3. Contrat et Rémunération.

Le Médecin Coordinateur et Conseiller peut être le médecin traitant de résidents de l'institution où il exerce son activité. Pendant ses heures de prestations, il n'est pas autorisé à remplir la fonction de médecin traitant.

Le médecin coordinateur et conseiller bénéficie d'un contrat d'entreprise à durée indéterminée, comprenant un préavis de 3 mois.

En cas de manquement grave de nature à rendre immédiatement et définitivement impossible toute collaboration professionnelle entre les parties, il peut être mis fin sans préavis au contrat par l'une ou l'autre partie.

En cas de conflit entre le médecin coordinateur et conseiller et les médecins traitants fréquentant l'institution et entre le médecin coordinateur et conseiller et le directeur ou gestionnaire de l'établissement, c'est la Commission provinciale de l'Ordre des Médecins concernée qui est saisie et chargée de statuer.

Au moins 75 % des heures de prestations sont accomplis au sein de l'institution.

Les rémunérations du médecin coordinateur et conseiller telles que visées dans 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 de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées ne peuvent se négocier à la baisse notamment lors de marchés publics. L'institution ne peut prélever aucun pourcentage sur le

montant du forfait dû au médecin coordinateur et conseiller ou sur tout autre montant payé au médecin coordinateur et conseiller au-delà du forfait.

Le médecin coordinateur a l'obligation de continuité de sa fonction.

S'il échet, le médecin coordinateur et conseiller adhère et collabore à la cellule « médecin coordinateur et conseiller » du Cercle du territoire où se situe l'institution.

En cas d'empêchement d'au moins 50 % de son temps de prestation dans l'établissement, il lui incombe de veiller à la continuité de sa mission. Il pourvoit à son remplacement quel que soit le motif de son empêchement. Il communique au Directeur de la Maison de Repos (et de Soins), un contrat de collaboration avec un autre confrère médecin coordinateur et conseiller apte à le remplacer et à assurer la continuité. Ce remplaçant est préalablement agréé par le directeur. A défaut de remplacement, le gestionnaire peut mettre fin unilatéralement au contrat d'entreprise sans préavis.

Pendant la durée de l'empêchement, le médecin coordinateur et conseiller cède à son remplaçant les droits et obligations résultant du contrat d'entreprise conclu entre le médecin coordinateur et conseiller et l'institution.

Un contrat temporaire tripartite est signé et les honoraires pour ses prestations sont versées au remplaçant par l'institution.

Si l'empêchement est inférieur à 50 % de son temps de prestation dans l'établissement, le médecin coordinateur et conseiller reportera les heures non prestées qui devront au plus tard être prestées durant l'année civile.

Le médecin coordinateur et conseiller dispose d'un lieu de travail éventuellement partagé, équipé d'une connexion internet pour exercer correctement sa fonction.

9.3.12.4. Fonction et Missions.

Dans chaque maison de repos et chaque maison de repos et de soins, le médecin coordinateur et conseiller exerce sa fonction en étroite collaboration avec la direction et l'infirmier chef en maison de repos et de soins et l'infirmier en maison de repos.

A ce titre, il

1° participe à la rédaction du Projet de vie de l'institution ;

- 2° participe à la rédaction du Programme Qualité de l'institution et à la démarche d'amélioration continue de la qualité de l'établissement ;
- 3° participe à la rédaction du rapport concernant l'évaluation de la qualité des soins : au moins une fois par an, en concertation avec la Direction et le médecin coordinateur et conseiller, un rapport est rédigé par le ou les infirmier(s) en chef de la maison de repos et de soins et au moins un infirmier de la maison de repos concernant l'évaluation de la qualité des soins. Il est transmis au cercle de médecins généralistes compétent et est tenu à la disposition des médecins traitants fréquentant l'institution ainsi que du personnel.
- 4° peut donner des conseils à l'adaptation des locaux, extension et diversification des activités et achat de matériel ;
- 5° participe aux relations avec les médecins traitants et avec le cercle de médecins généralistes du territoire où l'institution est établie ;
- 6° participe à la cellule de crise quand elle est active ;
- 7° participe au plan catastrophe ;
- 8° participe aux réunions de la plateforme de soins palliatifs ;
- 9° participe aux réunions de concertation - collaboration - coordination avec les services hospitaliers avec lesquels l'institution a un lien fonctionnel ;
- 10° veille à obtenir un certificat médical qui donne les indications de suivi de traitement et l'état sanitaire du résident au retour d'une hospitalisation, en cas d'épidémie. Il est informé du portage par un résident d'un germe potentiellement dangereux pour la communauté ;
- 11° si la situation le nécessite, organise la prescription et la distribution de médicaments y compris les médicaments d'urgence en concertation avec les pharmaciens.

En relation avec le corps médical, il coordonne

- 1° la continuité des soins médicaux ;
- 2° la composition et la mise à jour des dossiers médicaux et promeut la présence d'un projet de soins personnalisé pour chaque résident,
- 3° les activités médicales afférentes à des affections qui constituent un danger pour les résidents ou le personnel ;

4° la politique de soins (programme de dépistages, de vaccination,...). Pour ce qui est des médicaments, le médecin coordinateur et conseiller sensibilisera à leur usage rationnel.

Plus spécifiquement en concertation avec le ou les infirmier(ères) en chef en maisons de repos et de soins ou l'infirmier(ère) en maison de repos, il

1° participe à la concertation pluridisciplinaire à intervalles réguliers; les médecins traitants y sont invités lors de situations compliquées ou complexes ;

2° participe à la mise en place des politiques concernant la maîtrise des infections liées aux soins, la prévention des escarres et plaies chroniques, les soins buccodentaires, la problématique d'incontinence et les soins palliatifs ;

3° est consulté lors de la définition des procédures en matière de contention et/ou d'isolement.

En ce qui concerne la formation, le médecin coordinateur et conseiller collabore et participe

a) à l'organisation des activités de formation continue du personnel de l'institution dans le domaine des soins de santé ;

b) au développement de l'hygiène générale de l'établissement ;

c) à la formation du personnel soignant, paramédical et infirmier en matière de soins palliatifs et soins relatifs à la fin de vie telle que visée au point 22.1 du chapitre XI de l'annexe 120 du CRWASS ;

d) à sensibiliser à une politique nutritionnelle qui concilie les besoins alimentaires avec le plaisir de manger en concertation le cas échéant avec la diététicienne ;

e) aux formations organisées par le référent en démence sur la manière dont il convient de traiter les résidents souffrant de troubles cognitifs, notamment en ce qui concerne l'approche non médicamenteuse.

9.3.13. Le libre choix par le résident ou son représentant du médecin traitant et de l'hôpital est garanti et ne peut pas être influencé.

Lorsqu'un résident n'a pas de médecin traitant au moment de son entrée ou si son médecin traitant renonce à poursuivre les soins à son patient, une liste

actualisée des médecins généralistes disponibles est remise au résident ou à son représentant

- 9.3.14.** Chaque maison de repos et chaque maison de repos et de soins dispose d'un règlement général de l'activité médicale à la rédaction duquel participe le médecin coordinateur et conseiller. Y sont définis les droits et obligations des médecins traitants qui y sont actifs. Ce règlement est remis à chaque médecin traitant qui, par sa signature, s'engage à collaborer aussi efficacement que possible à l'organisation médicale et aux soins médicaux de l'institution.

Le règlement général de l'activité médicale définit au minimum les points suivants :

- 1° l'engagement des médecins traitants de participer à une politique médicale cohérente au sein de l'institution, notamment en matière de prescription de médicaments, de dispensation de soins de qualité, de concertation pluridisciplinaire et de concertation avec le médecin coordinateur et conseiller ;
- 2° le respect des règles définies par le cercle de médecins généralistes où l'institution est implantée pour désigner un médecin traitant lorsque le résident n'en a pas ;
- 3° les heures normales d'ouverture et de visite (sauf en cas d'urgence) ;
- 4° les contacts avec la famille et les proches ;
- 5° les réunions de concertation et de recyclage au sein de l'institution ;
- 6° la tenue du dossier médical du résident ;
- 7° l'utilisation de tout moyen permettant une prescription raisonnée des médicaments et notamment la prescription des médicaments les moins chers ou adaptés à la préparation de médication individuelle ainsi que le recours aux prescriptions électroniques ;
- 8° les modalités pratiques de transmission des attestations de soins donnés et de leur paiement,
- 9° le transfert d'informations en cas de maladies transmissibles

- 9.3.15.** Les Ministres des cultes et délégués du Conseil central laïque demandés par les résidents ont librement accès à l'établissement ; ils y trouvent le climat et les facilités appropriés à l'accomplissement de leur mission. La liberté entière d'opinion philosophique, religieuse et politique est garantie à chacun.

9.3.16. « Du référent pour la démence ».

Les dispositions reprises au point 9.3.16. relatives au référent démence s'appliquent aux maisons de repos et maisons de repos et de soins qui hébergent au moins 25 patients classés dans la catégorie de dépendance Cd.

Le référent pour la démence exerce notamment une fonction de coordination, en collaboration avec l'ensemble du personnel de la maison de repos ou de la maison de repos et des soins dans l'amélioration continue de la qualité de l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs.

Le directeur sollicite le référent pour la démence afin qu'il propose, en concertation avec l'infirmier chef et les membres du personnel, un plan d'action annuel visant à améliorer la qualité de vie des personnes présentant des troubles cognitifs. Ce plan d'action définit les objectifs, les traduit en actions, indique les professionnels qui participent à l'exécution de chaque action, veille à l'exécution des actions et les évalue. Le plan d'action est validé par le directeur et intégré au projet de vie de l'établissement.

9.3.16.1. Les missions du référent pour la démence.

9.3.16.1.1. Le référent pour la démence remplit les quatre missions suivantes :

A. Promouvoir un environnement de vie adapté

- 1° proposer des adaptations de l'environnement de vie dans les espaces collectifs pour faciliter les déplacements et la prise d'initiative des résidents dans la réalisation des activités de la vie quotidienne ;
- 2° proposer des aménagements dans la chambre du résident pour maintenir ou réactiver son autonomie.

B. Accompagner les membres du personnel

- 1° participer à la sensibilisation, formation des membres du personnel en fonction des besoins exprimés ;
- 2° soutenir les membres du personnel dans la mise en place d'activités adaptées et porteuses de sens pour le résident ;
- 3° créer des supports pour répondre à un besoin au sein de l'établissement.

C. Accompagner les résidents qui présentent des troubles cognitifs

- 1° proposer des activités adaptées et porteuses de sens ;

2° réaliser des accompagnements individualisés et coordonner les projets de vie individualisés dans les unités adaptés ou unités de vie en journée ;

3° gérer et prévenir les troubles du comportement.

D. Accompagner les familles

1° participer à l'accueil des familles lors de l'entrée du résident dans l'établissement et dans les semaines qui suivent ;

2° être à l'écoute des familles et rester une personne de référence concernant l'évolution de la maladie du résident et de ses manifestations.

9.3.16.1.2. Dans le cadre de ses missions le référent pour la démence est sous la responsabilité du directeur de l'établissement. C'est le plan d'action, défini avec et validé par la direction en collaboration avec l'infirmier chef, intégré au projet de vie de l'établissement, qui permet au référent démence de prioriser ses activités par mission.

9.3.16.2. Des titres et de l'expérience utile requis des personnes chargées d'assurer la fonction de référent pour la démence

9.3.16.2.1. Sont autorisés à exercer la fonction de référent pour la démence les titulaires d'un diplôme d'infirmier ou d'un des titres de l'enseignement supérieur de type court tel que défini par le décret de la Communauté française du 7 novembre 2013 définissant le paysage de l'enseignement supérieur et l'organisation académique des études, déterminé par le Ministre compétent, et qui détiennent une attestation assurant le minimum de connaissances utiles relatives à assurer la fonction du référent pour la démence.

9.3.16.2.2. Jusqu'au 31 août 2022, la personne désignée comme référent pour la démence doit avoir suivi une formation d'au moins 60 heures, reconnue par le SPF Santé Publique ou l'Agence, ou avoir suivi un cycle de formation d'au moins 70 heures, reconnu par le ministre et avoir satisfait avec fruit à l'épreuve certificative le sanctionnant.

La formation de 60 heures comprend au minimum les matières suivantes :

- * les aspects médicaux de la démence ;
- * les aspects psycho-sociaux de la démence ;
- * les aspects éthico-déontologiques de la démence ;
- * les aspects juridiques de la démence ;
- * l'organisation des soins ;
- * la communication interdisciplinaire et la gestion des plans.

9.3.16.2.3. A partir du 1^{er} septembre 2022, toute personne désignée pour la première

fois comme référent pour la démence doit avoir suivi un cycle de formation d'au moins 70 heures, reconnu par le Ministre compétent et avoir satisfait avec fruit à l'épreuve certificative le sanctionnant.

9.3.16.2.4. Sont dispensés de la formation de 70 heures :

- a) les praticiens de l'art infirmier (bachelier ou équivalent) ayant le titre d'infirmier spécialisé en santé mentale ou gériatrique ou une licence ou un master en gérontologie ou en gériatrie ;
- b) les candidats à la fonction de personne de référence pour la démence qui, après le 1^{er} janvier 2005 et avant le 31 décembre 2011, ont suivi une formation d'au moins 90 heures, comprenant les matières visées ci-avant, et reconnue comme suffisante par la Commission de convention entre les maisons de repos, maisons de repos et de soins, centre de soins de jour et les organismes assureurs ;
- c) les candidats à la fonction de personne de référence pour la démence qui, après le 1^{er} janvier 2005 et avant le 31 décembre 2011, ont suivi une formation d'au moins 60 heures, comprenant les matières visées ci-avant, reconnue comme suffisante par la Commission visée au point b), et qui travaillent dans le secteur des soins aux personnes âgées depuis au moins trois ans.

Les référents démence désignés avant l'entrée en vigueur des présentes dispositions conservent leurs droits en matière de reconnaissance de formation.

9.3.16.3. De la formation de base et de la formation continue des référents pour la démence des établissements d'hébergement pour aînés.

9.3.16.3.1. A partir du 1^{er} janvier 2022, le programme de la formation de base du référent pour la démence est divisé en 5 modules :

- A. La gestion de projets (douze heures).
- B) La connaissance des troubles cognitifs/démence (quinze heures).
- C) La communication appliquée à la prise en charge d'une personne présentant des troubles cognitifs (dix-huit heures).
- D) L'accompagnement des résidents (dix-huit heures).
- E) La transmission des savoirs et la formation (quatre heures).

Le Ministre compétent précise le contenu minimum des modules et détermine les titres et l'expérience utile requis des personnes chargées d'assurer les formations.

9.3.16.3.2. L'organisme de formation peut organiser à l'attention de ses étudiants une période d'observation facultative de maximum 8 heures. Sur présentation d'un justificatif recevable, l'organisme de formation peut accorder la dispense de certains cours mais

sans dépasser 1 journée de formation.

9.3.16.3.3. Une évaluation certificative (trois heures) est organisée au plus tard à la fin du cycle de formation sur la base des modalités arrêtées par le Ministre. Chaque module est coté selon les modalités définies par le Ministre. Chaque organisme de formation définit les modalités de repêchage (examen oral/écrit). Si à l'issue du repêchage, le cycle de formation ou un module n'est pas réussi avec fruit, une procédure de rattrapage est arrêtée par le Ministre.

9.3.16.3.4. Le cycle de formation est agréé par le Ministre. L'agrément est valable cinq ans. A l'issue du cycle de formation visé, le lauréat reçoit une attestation de réussite donnant accès à la fonction de référent pour la démence, dont le modèle est défini par le Ministre.

9.3.16.3.5. Les cycles de formations organisés sur la base des réglementations des autres régions ou communautés ainsi que les cycles de formation spécifiques suivies au sein des autres Etats membres de l'Union européenne sont assimilés à la formation visée au présent point. Toutefois, il conviendra dans ce cas de faire la preuve de la connaissance du module gestion de projet (12H) dont les modalités sont précisées par le Ministre.

9.3.16.3.6. Tout référent pour la démence est tenu de participer à des formations continues, de deux jours au moins par an, en lien avec ses missions. Le programme de ces journées doit être communiqué à l'Agence pour approbation au plus tard deux mois avant leur organisation.

Les référents pour la démence commençant leur fonction avant le 1^{er} janvier 2022 peuvent suivre, sur base volontaire, l'un ou l'autre module.

9.3.16.4. - Des conditions de financement de la fonction de référent démence

Les conditions de financement de la fonction de référent pour la démence sont reprises dans l'arrête ministériel du 06 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 de soins et dans les maisons de repos pour personnes âgées.

10. Du registre des prestations et du tableau du personnel.

10. Le directeur tient un registre, éventuellement informatisé, qui mentionne la qualification du personnel et les dates et les heures des prestations fournies par chacun. Un pointage journalier sera réalisé.

L'horaire de travail journalier est affiché.

Ces documents, tenus à jour en permanence, sont maintenus à la disposition des agents de la Région wallonne chargés du contrôle qui peuvent en exiger copie à tout moment.

11. Des dossiers du personnel.

Pour chaque membre du personnel, y compris le directeur, il est établi un dossier, éventuellement informatisé, comprenant les pièces suivantes :

11.1. L'exemplaire destiné à la maison de repos ou une copie du contrat d'emploi, de l'acte de nomination ou de la convention.

11.2. Une copie du diplôme ou des attestations de formation et d'expérience utile.

11.3. Un extrait 585 du casier judiciaire.

11.4. Le formulaire d'évaluation de santé (annexe II à l'arrêté royal du 28 mai 2003 relatif à la surveillance de la santé des travailleurs), le cas échéant.

Ce dossier, ainsi que la copie des relevés O.N.S.S. sont maintenus à la disposition des agents de la Région wallonne chargés du contrôle qui peuvent en exiger la production à tout moment.

CHAPITRE V. - Des normes concernant le bâtiment

12. De l'entretien, du chauffage, de l'éclairage et des ascenseurs.

12.1. Les bâtiments sont régulièrement entretenus et maintenus à l'abri de toutes humidité ou infiltrations.

Les abords sont régulièrement entretenus, accessibles aux personnes à mobilité réduite et sécurisés.

12.2. Dans toutes les circonstances météorologiques normales, une température minimum de 22° doit être atteinte dans les chambres des résidents et dans tous les locaux qui leur sont accessibles.

Dans les établissements pour lesquels des travaux de reconstruction ou de transformation sont réalisés ainsi que dans les nouveaux bâtiments agréés dès 2015, toutes les dispositions utiles sont prises pour maintenir, dans des circonstances

météorologiques normales, la température en dessous de 27 ° C.

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

Tous les locaux accessibles aux résidents sont pourvus d'un système intérieur ou extérieur permettant aux résidents d'être protégés des rayons du soleil

La nuit, soit entre 22 heures et 6 heures, la température peut être limitée à 18° dans les locaux accessibles aux résidents non occupés.

12.3. Un éclairage suffisant est requis en permanence dans tous les endroits accessibles aux résidents. Il est adapté aux nécessités, en fonction de l'utilisation des locaux.

Un éclairage de nuit, éventuellement sous forme de veilleuses, doit permettre d'assurer la sécurité des déplacements des résidents.

12.4. La surface éclairante est au moins égale au sixième de la surface de chaque local de séjour ou chambre des résidents sans d'entrée éventuel non compris.

Les fenêtres de ces locaux permettent une vision normale de l'environnement extérieur en position assise sans risque d'accidents.

12.5. En ce qui concerne les bâtiments construits après 2005, au moins un ascenseur adapté permettant le transport d'un résident ainsi que la personne l'accompagnant est prévu lorsque le bâtiment compte au moins un niveau accessible aux résidents au-dessus ou au-dessous du niveau normal d'évacuation.

Les ascenseurs répondent aux normes d'accessibilité pour les personnes à mobilité réduite.

Par dérogation aux alinéas 1^{er} et 2, selon que la maison de repos a été mise en exploitation pour la première fois avant ou après le 31 juillet 1984, soit aucun ascenseur ou autre moyen d'élévation n'est requis, soit, il est prévu un ascenseur si l'établissement compte au moins deux niveaux au-dessus du niveau normal d'évacuation.

13. De l'aménagement des couloirs et des escaliers et du système d'appel.

13.1. Les couloirs et les escaliers sont suffisamment larges et pourvus de rampes ou de barres d'appui des deux côtés.

Dans tous les locaux, toutes les inégalités de sol telles que marches, escaliers et autres obstacles doivent être évitées.

La première et la dernière marche, ainsi que toute marche isolée sont pourvues sur leur bord, d'une bande d'une couleur tranchant nettement avec le revêtement de sol.

Les couloirs sont aménagés afin de permettre aux résidents de se reposer, dans la mesure du possible et dans le respect des règles d'évacuation édictées par les pompiers.

13.2. Les locaux accessibles aux résidents, les chambres ainsi que les W.C. et les salles de bains sont munis d'un système d'appel susceptible d'être actionné à tout moment.

Dans les chambres, ce système est accessible du lit et du fauteuil.

Le système d'appel est techniquement conçu de manière à pouvoir localiser en permanence les appels auxquels il doit être répondu rapidement de jour comme de nuit.

Au plus tard le 1^{er} janvier 2012, il doit être impossible d'acquitter un appel en dehors du lieu où il a été lancé.

13.3. Dans les bâtiments construits après le 1^{er} janvier 1999, le système, visé au point 13.2., dans tous les locaux accessibles aux résidents, doit permettre d'enregistrer le délai dans lequel il est répondu à un appel.

Ces enregistrements sont annexés au registre dont question au point 8.6.2 de la présente annexe.

14. Des installations sanitaires.

14.1. Des installations sanitaires séparées, adaptées et en nombre suffisant sont prévues pour les résidents et le personnel.

14.2. Les installations sanitaires comprennent au moins un W.C. pour huit résidents.

Dans les établissements mis pour la première fois en exploitation après le 31 juillet 1984, les installations sanitaires comportent au moins un W.C. par étage accessible aux résidents à mobilité réduite.

Un des W.C. est accessible de plain-pied par niveau de chambres à desservir.

A partir du 1^{er} janvier 2018, toutes les chambres en maison de repos et de soins disposent d'un espace sanitaire comprenant au moins un lavabo et une toilette. Dans le cas d'une nouvelle construction, les chambres satisfont, dès leur occupation, à cette condition. Elles disposent également d'une douche.

14.3. Tous les W.C. sont d'accès facile aux résidents. Ils disposent d'une bonne ventilation. Leur porte ne peut s'ouvrir vers l'intérieur. Ils sont pourvus de barres d'appui inclinées et d'une patère.

14.4. Il y a lieu de prévoir au minimum une baignoire à hauteur variable ou une douche par douze résidents dont la chambre n'est pas équipée d'une douche.

Ces installations sont pourvues de dispositifs antidérapants et de barres d'appui.

La douche est conçue de telle manière que le jet d'eau soit orientable.

Des précautions sont prises pour que les appareils d'arrivée et d'évacuation des eaux ne puissent provoquer des accidents.

14.5. Dans les bâtiments construits après le 1^{er} janvier 1999 au moins une baignoire à hauteur variable sera prévue.

Pour les nouvelles constructions, les extensions ou les reconditionnements qui feront l'objet d'un accord de principe après le 31 décembre 2009 ou, si l'accord de principe n'est pas requis, dont le permis d'urbanisme est postérieur au 31 décembre 2012, une baignoire à hauteur variable supplémentaire sera prévue lorsque l'établissement dépasse, au-delà des trente premiers résidents, la moitié de toute nouvelle tranche de trente résidents.

Tous les établissements devront répondre aux dispositions du 2^e alinéa au plus tard le 1^{er} janvier 2015.

15. Des chambres et de leur équipement.

15.1. Chaque chambre est numérotée.

Le nom des occupants figure à l'extérieur sauf si le résident ou son représentant s'y oppose.

Dans la chambre individuelle ou dans la chambre double, le mobilier comporte au moins : un lit, une penderie-lingerie, un lavabo à eau courante potable chaude et froide avec mélangeur ou mitigeur, une table, un fauteuil adapté, un frigo, une télévision, une chaise, une table de chevet avec tiroir et un système d'éclairage accessible du lit.

Pour les nouvelles constructions, les extensions ou les reconditionnements qui font l'objet d'un accord de principe après le 1^{er} janvier 2020 ou, si l'accord de principe n'est pas requis, dont le permis d'urbanisme est postérieur au 1^{er} janvier 2020, le frigo et la télévision sont inclus dans le prix journalier d'hébergement.

Dans chaque chambre, il est possible de brancher une radio, une télévision et un téléphone. La télévision et le téléphone sont fournis par l'établissement.

Lorsque la chambre comporte plusieurs lits, l'espace entre les lits, en longueur comme en largeur, est de 0,90 m au minimum.

En outre, tout lit est écarté de 0,80 m minimum d'une fenêtre.

15.2. Le résident a, dans sa chambre, la possibilité de disposer de biens et de meubles personnels.

15.3. Le mobilier des chambres est adapté à l'état du résident. Il est fonctionnel et en bon état et disposé tel qu'il peut permettre au résident, un déplacement aisé et aux professionnels, un travail sans risque.

15.4. Dans les établissements comportant des chambres à plusieurs lits, il est prévu une chambre d'isolement qui répond aux obligations prescrites pour les chambres individuelles.

15.5. A partir 1^{er} janvier 2015, la capacité des chambres ne pourra pas dépasser deux résidents.

A titre transitoire et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2019, les établissements pour lesquels des travaux de mise en conformité à la norme précitée sont en cours ou qui, au 31 décembre 2014, disposent d'un bon de commande signé et réceptionné par l'entrepreneur pour des travaux de mise en conformité à la norme précitée ou qui ont obtenu un accord ministériel sur avant-projet ou un accord ministériel pour une acquisition différée pour des travaux de mise en conformité à la norme précitée, peuvent continuer à exploiter les chambres à 3 et 4 lits.

15.6. La superficie minimale des chambres individuelles est de 12 m² par personne et de 9 m² par personne dans les chambres communes, locaux sanitaires éventuels non compris.

A titre transitoire et au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2020 pour les maisons de repos, pour les établissements existants pour lesquels des projets de construction, d'extension ou de reconditionnement étaient approuvés ou étaient en voie d'exécution, au 31 juillet 1984, la superficie nécessaire au logement des personnes âgées ne peut pas être inférieure à 11 m² par personne. Elle est obtenue en faisant l'addition des surfaces nettes de toutes les chambres individuelles et communes, des locaux de séjour et de la salle à manger et en divisant ce total par le nombre de personnes âgées.

A partir du 1^{er} janvier 2018, pour les maisons de repos et de soins, la surface nette par chambre à un lit s'élève au moins à 12 m², les sanitaires non compris. La surface est

portée à 18 m² pour les chambres à deux lits. Les nouvelles constructions répondent dès leur occupation à cette condition.

15.7. Pour les nouvelles constructions, les extensions ou les reconditionnement qui feront l'objet d'un accord de principe après le 31 décembre 2010 ou dont le permis d'urbanisme est postérieur au 31 décembre 2012, la moitié au moins de la capacité d'hébergement visées par les travaux, doit se composer de chambres individuelles, la capacité restante étant constituée de chambres à deux lits au plus. Dans ce cas, les chambres à un lit auront une superficie minimum de 15 m², locaux sanitaires non compris et les chambres à deux lits de 20 m², locaux sanitaires non compris. Toutes les chambres auront des locaux sanitaires distincts comprenant au moins un lavabo, une douche de plain pied et un W.C.; la superficie des locaux sanitaires doit permettre l'accès à des personnes en chaise roulante.

15.8. Dans les bâtiments construits après le 1^{er} janvier 1999, la hauteur minimale des chambres est de 2,50 mètres.

15.9. Les lits de court séjour visé à l'article 334., 2^o, g, du Code décretaal qui feront l'objet d'un accord de principe en programmation à partir du 1^{er} janvier 2010 seront regroupés au sein d'une unité spécifique constituant un ensemble fonctionnel ne comportant que des chambres à un lit d'une superficie minimum de 15 m², locaux sanitaires non compris. Les chambres auront des locaux sanitaires distincts comprenant au moins, un lavabo, une douche de plain pied et un W.C. Deux chambres seront communicantes afin de permettre l'accueil d'un couple.

Les lits de court séjour en exploitation ou en accord de principe avant le 28 décembre 2009 doivent être clairement identifiés, réservés à ce seul usage et idéalement situés dans une unité distincte.

15.10. Chaque chambre dispose d'un éclairage artificiel suffisant, accessible du lit par le résident et adapté aux conditions locales.

16. Du bâtiment en général.

16.1. Toutes les maisons de repos et toutes les maisons de repos et de soins doivent disposer d'une salle de séjour.

A titre transitoire et au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 2020, les maisons de repos de moins de 20 places ayant été en autorisation de fonctionnement provisoire ou agréées sans interruption depuis une date antérieure au 31 juillet 1984 ne sont pas tenues de disposer d'une salle de séjour.

16.2. La salle de séjour doit être accessible à tous les résidents quel que soit leur degré de dépendance.

16.3. Dans les bâtiments construits après le 1^{er} janvier 1998, la maison de repos ou la maison de repos et de soins doit disposer d'une salle de séjour et d'une salle de restaurant, de préférence séparées, accessibles à tous les résidents, quel que soit leur degré de dépendance.

16.4. La superficie totale des lieux de vie commune compte au moins deux mètres carrés par place, places de maison de repos de maison de repos et de soins et de court séjour compris.

Si l'établissement est organisé sur la base de groupes de vie distincts, il y a lieu de prévoir des locaux en nombre suffisant, de sorte que l'intégration dans le cadre de vie habituel soit garantie.

Par lieux de vie commune, il faut entendre tous les espaces intérieurs accessibles aux résidents à l'exclusion des chambres, des cuisines, des escaliers, des couloirs et des sanitaires. Peuvent cependant être considérés comme lieux de vie commune les parties de couloirs et les dégagements dont la largeur a permis l'aménagement de lieux de rencontre, dans le respect le plus strict des normes de sécurité prévues à l'annexe 119.

Tous les locaux accessibles aux résidents sont suffisamment spacieux afin de permettre à une personne à mobilité réduite de se déplacer facilement.

Un des lieux de vie commune sera équipé d'un ordinateur permettant l'envoi et la réception de messages par voie électronique et l'accès à internet.

16.5. Tout établissement comprenant des chambres communes doit disposer d'un local approprié pouvant servir de chambre mortuaire.

16.6. Toute maison de repos et de soins dispose au moins d'une salle équipée pour la pratique collective tant de la kinésithérapie que de l'ergothérapie et de l'animation.

16.7. Les locaux des établissements visés à l'article 1440, alinéa 2, 2°, du présent Code et destinés à la maison de repos et de soins constituent une entité séparée de tout autre service hospitalier ; les locaux logistiques et les voies de circulation internes peuvent toutefois être communs à un service hospitalier agréé.

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

16.9. Tout établissement dispose d'au moins une baignoire adaptée ; au-delà des trente premiers résidents, une baignoire adaptée supplémentaire est obligatoire lorsque

l'institution dépasse la moitié de toute nouvelle tranche de trente résidents. Pour ces baignoires adaptées supplémentaires, il appartient au Ministre de dresser la liste de matériels assimilés

CHAPITRE VI. - De la gestion financière

17.1. Les maisons de repos et les maisons de repos et de soins tiennent pour chaque résident un compte individuel indiquant tout le détail des recettes et dépenses ainsi que des fournitures et services prestés en sa faveur. Ce compte individuel peut être consulté à tout moment par le résident ou son représentant.

17.2. Une facture mensuelle détaillée établit la balance des sommes dues et des recettes. Elle est remise accompagnée de toutes les pièces justificatives au résident ou à son représentant.

17.3. Les comptes individuels des résidents et la comptabilité de l'établissement doivent être tenus à la disposition des agents de la Région wallonne chargé du contrôle qui doivent pouvoir en prendre connaissance sans déplacement des pièces.

17.4. La comptabilité de la maison de repos et de soins est organisée de manière distincte et sur la base d'un plan comptable normalisé. Elle est l'objet d'un contrôle par un réviseur d'entreprise ou d'un contrôle externe indépendant, tel qu'il est précisé par le Gouvernement. Lorsque la maison de repos et de soins est intégrée dans un hôpital ou s'il s'agit d'une structure mixte « maison de repos - maison de repos et de soins », un centre de frais particulier assure la gestion distincte de celle-ci.

Le Ministre ayant la santé dans ses attributions peut déterminer des règles précisant comment les maisons de repos et de soins satisfont à la présente disposition.

CHAPITRE VII. - Normes spécifiques relatives à l'accueil et à l'hébergement des personnes âgées désorientées ou atteintes de troubles cognitifs majeurs ou diagnostiquées démentes dans une unité adaptée

18.1. Lorsqu'il est organisé de jour comme de nuit au sein d'une unité architecturale spécifique, l'hébergement des personnes âgées désorientées ou atteintes de troubles cognitifs majeurs ou diagnostiquées démentes se réalise dans une unité adaptée d'une capacité de huit à trente résidents et respecte la dynamique des groupes restreints.

L'unité adaptée garantit un cadre de vie familial comprenant un respect des rythmes de vie, une participation des résidents aux activités domestiques et un environnement de vie chaleureux ainsi qu'un cadre de vie fonctionnel où l'architecture de l'unité et les activités proposées sont adaptées aux personnes âgées désorientées ou atteintes de

troubles cognitifs majeurs ou diagnostiquées démentes.

L'unité adaptée favorise à la fois l'autonomie individuelle par la participation des résidents aux activités de la vie journalière et l'autonomie collective par la mise en place d'animations de loisirs et d'animations thérapeutiques adaptées.

18.2. Le Ministre arrête les critères d'inclusion des résidents dans l'unité adaptée.

18.2. L'unité adaptée est organisée à l'intérieur de la maison de repos dans un lieu spécifique formant un ensemble fonctionnel affecté exclusivement à cet usage. La superficie du lieu est d'au moins 5 m² par résident. Le lieu de vie est suffisamment éclairé naturellement et dispose d'une vue vers l'extérieur. L'accès vers l'extérieur des résidents désorientés est sécurisé par des moyens techniques appropriés qui permettent de garantir une totale liberté de mouvement aux résidents à l'intérieur de l'unité adaptée.

Il est prévu un lieu de vie et composé d'un espace cuisine, accessible et adapté, d'une table unique ou de plusieurs tables permettant de rassembler les résidents et le personnel et permettant une participation conviviale aux repas et aux activités collectives. Une cuisinière fixe ou mobile est disposée pour réaliser des repas avec et pour les résidents de l'unité. L'unité adaptée comprend aussi un espace de repos muni de fauteuils en nombre suffisant.

Des dispositions sont prises dans l'environnement immédiat des résidents pour faciliter et maintenir leurs capacités fonctionnelles et spatio-temporelles. Il s'agit d'éviter les fins de couloir sans issue, de proposer des lieux circulaires animés, de décorer l'unité dans un style familial, d'indiquer les lieux communs par un pictogramme sur les portes et de mettre à disposition des résidents du matériel d'occupation et fonctionnel pour favoriser la mise en activité par soi-même.

18.3. Le personnel

Au moins un membre du personnel de soins est présent dans l'unité adaptée de 7 heures à 21 heures. Toutes les dispositions utiles sont prises pour assurer l'accompagnement des résidents lors du repas de midi.

18.4. La coordination des activités.

La coordination des activités se déroulant dans le lieu de vie est assurée quotidiennement par un des membres du personnel et de préférence par ou sous la supervision du référent en démence. Une réunion pluridisciplinaire est réalisée une fois par semaine et est coordonnée par la référente en démence si cette fonction existe au sein de la maison de repos.

18.6. Le personnel de l'unité adaptée est tenu de participer à des activités de formation permanente en relation avec le mode de fonctionnement spécifique de l'unité adaptée.

Cette formation doit comporter au moins deux journées par an et peut être organisée à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison de repos au sein de laquelle l'unité adaptée est implantée. Cette formation remplace la formation prévue au point 9.3.8.

18.7 L'unité adaptée peut également accueillir en journée des résidents de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins répondant aux critères d'inclusion tels que définis par le Ministre, dont la chambre n'est pas située dans l'unité adaptée et qui viennent y participer aux activités. La capacité maximum du nombre de résidents participants aux activités de l'unité adaptée est de maximum le double du nombre de résidents de l'unité adaptée, avec un maximum absolu de quarante personnes accueillies.

18.8. Le projet de vie individualisé.

Les évaluations des capacités restantes du résident sont réalisées au cours du 1^{er} mois qui suit son entrée en maison de repos et de soins par le personnel de réactivation, soit au moins un kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un logopède et le référent en démence si la fonction existe au sein de l'établissement et sont classées dans le dossier individuel de soin.

En réunion pluridisciplinaire, les évaluations permettent la mise en la place d'objectifs individualisés, d'une part et l'évaluation de leurs impacts, d'autre part. Les capacités de chaque résident sont réévaluées lorsque l'état de santé de la personne évolue. La fréquence de ces évaluations est laissée à l'appréciation des professionnels.

18.9. Le projet de vie spécifique.

Le projet de vie spécifique de l'unité adaptée précise ses valeurs, ses objectifs, le déroulement d'une journée type, les priorités d'actions définies dans le temps ainsi que les modalités de séjour en décrivant les critères d'inclusion et d'exclusion des résidents.

CHAPITRE VIII. - De l'unité de vie en journée

19.1. Lorsqu'il est organisé en journée, entre 11h et 17h, l'accueil des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs majeurs ou diagnostiquées dément se réalise au sein d'un espace de vie spécifique mais intégré à la maison de repos et de soins. L'unité de vie en journée, d'une capacité maximum de quarante résidents, respecte la dynamique des groupes restreints.

L'accompagnement de ces résidents en journée se réalise dans un cadre de vie familial, stimulant et fonctionnel. L'unité de vie en journée favorise à la fois l'autonomie

individuelle par la participation des résidents aux activités de la vie journalière et l'autonomie collective par la mise en place d'animations de loisirs et d'animations thérapeutiques adaptées aux troubles cognitifs ou aux diagnostiqués dément.

A tout moment de la journée, le résident est libre de rejoindre sa chambre. Le personnel veille à s'en assurer et à l'accompagner s'il ne peut pas s'y rendre par lui-même.

En dehors de ces heures, l'établissement met en place des actions qui favorisent l'intégration de ce public cible parmi les autres résidents. Ces actions sont spécifiées dans le projet de vie de l'établissement.

L'unité de vie en journée des personnes avec troubles cognitifs majeurs ou diagnostiquées dément ne peut pas être apparentée à une unité sécurisée, privative de liberté. L'unité sécurisée ne peut pas avoir sa place dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées.

19.2. Le petit déjeuner et le repas du soir sont pris avec les autres résidents pour faciliter l'intégration des résidents avec troubles cognitifs majeurs ou diagnostiqués dément au sein de l'établissement. Dans l'unité de vie en journée, chaque résident est stimulé en fonction de ses capacités, à réaliser des activités de la vie journalière et à participer à des animations thérapeutiques avec le personnel de réactivation ainsi qu'à des animations ludiques avec le personnel d'animation ou avec les aides-soignantes.

Un espace cuisine est aménagé, la participation des résidents à l'élaboration du repas est encouragée. Le samedi et le dimanche, l'établissement est encouragé à ouvrir son unité de vie en journée.

19.3. L'unité de vie en journée est organisée au sein de l'établissement et dispose d'une superficie d'au moins cinq m² par résident.

Le lieu de vie est suffisamment éclairé naturellement et dispose d'une vue vers l'extérieur.

L'accès au lieu de vie est ouvert au reste de la maison de repos et de soins pour permettre au résident de rejoindre librement sa chambre ou tout autre lieu de vie de l'établissement à tout moment.

19.4. L'unité de vie en journée est organisée à l'intérieur de la maison de repos dans un lieu spécifique formant un ensemble fonctionnel affecté exclusivement à cet usage. Il est prévu un lieu de vie composé d'un espace cuisine, accessible et adapté, d'une table unique ou de plusieurs tables permettant de rassembler les résidents et le personnel et permettant une participation conviviale aux repas du midi et aux activités collectives. La mise en place d'une cuisinière fixe ou mobile est facultative.

L'accueil de jour comprend aussi un espace de repos muni de fauteuils inclinables en nombre suffisant et d'au moins deux toilettes.

Des dispositions sont prises dans l'environnement immédiat des résidents pour faciliter et maintenir leurs capacités fonctionnelles et spatio-temporelles. Il s'agit d'éviter les fins de couloir sans issue, de décorer l'unité dans un style familial, d'indiquer les lieux communs par un pictogramme sur les portes et de mettre à disposition des résidents du matériel d'occupation et fonctionnel pour favoriser la mise en activité par soi-même.

19.5. Au moins un membre du personnel de soins est présent en permanence et un deuxième membre du personnel de soins est présent quand l'unité compte quinze résidents ou plus entre 11 h et 17 h. Toutes les dispositions utiles sont prises pour assurer l'accompagnement des résidents de l'unité de vie en journée lors du repas de midi.

19.6. Le personnel de l'unité de vie en journée participe à des activités de formation permanente en relation avec l'accompagnement des personnes présentant des troubles cognitifs majeurs ou diagnostiquées dément. Cette formation comporte au moins deux journées par an et peut être organisée à l'intérieur ou à l'extérieur de la maison de repos au sein de laquelle l'unité de vie en journée est organisée.

19.7. Les évaluations des capacités résiduelles du résident sont réalisées au cours du 1^{er} mois qui suit son entrée en maison de repos et de soins par le personnel de réactivation : au moins un kinésithérapeute, un ergothérapeute ou un logopède et le référent en démence si la fonction existe au sein de l'établissement et se retrouvent dans le dossier individuel de soin.

En réunion pluridisciplinaire, les évaluations permettent la mise en la place d'objectifs individualisés, d'une part et l'évaluation de leurs impacts, d'autre part. Les capacités de chaque résident sont réévaluées lorsque l'état de santé de la personne évolue. La fréquence de ces évaluations est laissée à l'appréciation des professionnels.

19.9. Le projet de vie spécifique de l'unité de vie en journée précise ses valeurs, ses objectifs, le déroulement d'une journée type, les priorités d'actions définies dans le temps ainsi que les modalités de séjour en décrivant les critères d'inclusion et d'exclusion des résidents.

CHAPITRE IX. - Des normes de qualité

20.1. Chaque maison de repos et chaque maison de repos et de soins dispensent, dans l'accomplissement de leur mission, des soins et des services appropriés à chaque résident. Dans ce cadre, elle développe une politique de qualité axée sur la planification, l'évaluation et l'amélioration systématiques de la qualité des soins et services prestés, ainsi que de son fonctionnement qui est notamment traduite dans le

projet de vie institutionnel prévu au 5.1.

Celle-ci porte au moins sur :

- 1° la dispensation de soins et de services garantissant le respect de la dignité humaine, de la vie privée, des convictions idéologiques, philosophiques et religieuses, le droit de plainte, l'information et la participation de l'utilisateur, compte tenu également du contexte social de l'utilisateur ;
- 2° l'accompagnement spécifique des personnes atteintes de démence ou de troubles cognitifs majeurs ou diagnostiquées démentes ;
- 3° l'efficacité et l'efficience des soins et services offerts ainsi que du fonctionnement ;
- 4° la continuité des soins et services offerts ;
- 5° la fourniture, la conservation et la distribution de médicaments en concertation le cas échéant avec les pharmaciens.

20.2. Chaque maison de repos et chaque maison de repos et de soins dispose d'un programme de qualité qui, au minimum, précise la politique de qualité poursuivie visée au point 20.1, de même que les modalités et la périodicité de l'évaluation de la qualité des soins.

Au moins une fois par an, un rapport concernant l'évaluation de la qualité des soins et contenant au minimum les éléments repris dans le point 20.3 est rédigé par le ou les infirmiers en chef en concertation avec le médecin coordinateur et conseiller. Ce rapport est tenu à la disposition du personnel.

20.3. La maison de repos ou la maison de repos et de soins tient au minimum un enregistrement des données suivantes :

- 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° l'application et le suivi de mesures de contention ou d'isolement.

Les enregistrements précédents font l'objet d'une analyse permettant d'évaluer de manière systématique l'efficacité des soins administrés. En effet, les registres sont analysés régulièrement afin d'en extraire des indicateurs qualités, de définir les points

forts mais aussi les points à améliorer et les lignes de conduite à définir.

20.4. Toute maison de repos et toute maison de repos et de soins disposent de procédures écrites concernant l'hygiène des mains et l'isolement de résidents souffrant d'une infection qui comporte un risque de contamination.

Elle dispose des produits destinés à assurer une bonne hygiène des mains et du matériel nécessaire pour appliquer les procédures visées à l'alinéa 1^{er}.

20.5. Toute maison de repos et toute maison de repos et de soins disposent de procédures écrites à respecter en cas d'application de mesures de contention ou d'isolement. Les mesures de ce genre peuvent être appliquées uniquement à titre exceptionnel, dans le but de garantir la sécurité des résidents qui présentent un danger pour eux-mêmes ou pour les autres résidents, dans le respect du point 1.1.

Un formulaire est rédigé pour chaque résident mis sous contention et mentionne :

- 1° nom et prénom du résident ;
- 2° date du début de la décision ;
- 3° motifs et objectifs ;
- 4° type de contention ;
- 5° modalité d'application de la contention : permanence, nuit, ... ;
- 6° une information préalable à la famille ou au représentant du résident ;
- 7° signature médecin traitant ;
- 8° signature infirmière ;
- 9° une évaluation hebdomadaire.

Avant toutes mesures de contention ou d'isolement, des alternatives sont envisagées par l'équipe de soins.

Le matériel de contention utilisé est adapté selon les besoins du résident et en suffisance.

Une analyse de risque est réalisée chez les résidents à risque notamment par les chutes à répétition bénéficiant d'une décision de non contention.

20.6. La maison de repos et de soins dispose d'un lien fonctionnel avec un service agréé de gériatrie (index G) ou un service agréé de traitement et de réadaptation fonctionnelle destiné aux patients atteints d'affections psychogériatriques (index Sp-psycho gériatrie). Ce lien fonctionnel fait l'objet d'une convention écrite, laquelle stipule notamment que le service G ou Sp-psycho gériatrie et la maison de repos et de soins organisent, au minimum, une réunion par an. Les réunions prévues visent aussi bien la concertation que la formation permanente du personnel des deux partenaires. Les preuves de la concrétisation de ces conventions écrites sont fournies.

20.7. Toute maison de repos et toute maison de repos et de soins invite les résidents à faire connaître, dans un climat ouvert et sans contrainte, leurs souhaits éventuels quant aux soins et traitements futurs. A la demande du résident, ces souhaits sont également notés dans le dossier de soins, étant entendu que ceux-ci sont révocables à tout moment et que ceci ne décharge pas le prestataire de soins de son obligation de toujours chercher à connaître la volonté réelle du patient.

20.8. Toute maison de repos et toute maison de repos et de soins instaure une politique de formation adaptée à chaque discipline.

CHAPITRE X. - De la participation et de l'examen des suggestions et plaintes des résidents

21. 1. Dans chaque maison de repos et dans chaque maison de repos et de soins est créé un conseil des résidents qui se réunit au moins une fois par trimestre. Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce conseil, celui-ci reçoit le soutien du personnel de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins.

21.2. Ce conseil se compose de résidents de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins ou de membres de leurs familles. Le directeur ou son représentant peut assister aux réunions du conseil des résidents. La liste nominative actualisée des membres du conseil des résidents est affichée à un endroit visible.

21.3. Ledit conseil peut émettre un avis, soit de sa propre initiative, soit à la demande du directeur, et ce, au sujet de toutes les questions relatives au fonctionnement général de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins. Un rapport relatif aux réunions est rédigé et peut être consulté par les résidents ou les membres de leurs familles et leurs représentants.

21.4. Les fonctionnaires chargés de l'inspection des maisons de repos et des maisons de repos et de soins peuvent à tout moment consulter ces rapports.

21.5. Des suggestions, des remarques ou des plaintes peuvent être consignées par le résident, son représentant ou sa famille dans un registre. Le plaignant est informé de la

suite qui a été donnée à sa plainte. Le registre susvisé est présenté, une fois par trimestre, sur simple requête au conseil des résidents.

CHAPITRE XI. - Des soins palliatifs

22.1. En vue de soutenir les soins relatifs à la fin de vie dans la maison de repos et de soins, le médecin coordonnateur et conseiller et le ou les infirmiers en chef sont chargés :

- 1° de développer une culture des soins palliatifs et de sensibiliser le personnel à la nécessité de celle-ci ;
- 2° de formuler des avis en matière de soins palliatifs à l'adresse du personnel infirmier, des aides-soignants et du personnel paramédical, du personnel de réactivation et des kinésithérapeutes ;
- 3° de la mise à jour des connaissances des membres du personnel visés au point 2° en matière de soins palliatifs ;
- 4° du respect de la législation en matière d'euthanasie et de soins palliatifs, ainsi que du respect des volontés du résident concernant sa fin de vie ou de sa déclaration anticipée en matière d'euthanasie.

22.2. La maison de repos et de soins dispose d'un lien fonctionnel avec un service Sp soins palliatifs, visé à la rubrique IIIbis " Normes spécifiques par spécialité", point B "Normes spécifiques au service Sp soins palliatifs", des normes spéciales s'adressant au service spécialisé pour le traitement et la réadaptation, index Sp, figurant en annexe de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre.

22.3. La maison de repos et de soins collabore à l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée et collabore avec au moins un infirmier ou médecin hygiéniste hospitalier.

CHAPITRE XII. - Du centre pour lésions cérébrales acquises

23. 1. Normes générales

23.1. Le centre pour lésions cérébrales acquises est destiné aux personnes atteintes d'une lésion cérébrale acquise étant toutefois entendu :

- a) que ces personnes ont été transférées par une section « centre d'expertise pour patients comateux », telle que visée à l'arrêté royal du 4 juin 2008 fixant les normes

auxquelles la section « centre d'expertise pour les patients comateux » doit répondre pour être agréée à moins qu'il ne s'agisse de personnes domiciliées dans une Communauté ou une Région dans laquelle n'est agréée aucune section « centre d'expertise ». En vue de garantir le trajet de soins, lesdites personnes sont transférées par une section comparable au sein de laquelle une rééducation intensive et spécifique a été subie pendant un temps limité. Le transfert est précédé d'une concertation entre les médecins de la section précitée et d'un « centre d'expertise pour patients comateux », pour aboutir à un avis favorable en ce qui concerne l'admission. En outre, lesdites personnes sont examinées, dans les 3 jours suivant leur admission, par un médecin spécialiste du « centre d'expertise pour patients comateux », qui garantit la fonction de liaison externe vis-à-vis du centre ;

- b)** que ces personnes sont fortement tributaires de l'aide de tiers pour pouvoir accomplir les actes de la vie journalière et dès lors appartiennent à la catégorie de dépendance prévue à l'article 148, dernier alinéa, 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.

24. 2. Tout centre pour lésions cérébrales acquises dispose au minimum de cinq lits.

23.2. Normes architecturales

La surface nette par chambre à un lit doit au moins s'élever à 12 m², les sanitaires non compris. La surface est portée à 18 m² pour les chambres à deux lits, les sanitaires non compris.

Dans les nouvelles constructions, les lits sont installés dans une chambre individuelle dont la surface doit s'élever, au moins, à 18 m².

23.3. Normes fonctionnelles

Le centre dispose de matériel de soins adapté en quantité suffisante.

Le matériel suivant est au minimum disponible : soulève-personnes, saturomètres, matelas de prévention des plaies de décubitus de type « alternating », baignoires et lits à hauteur variable, fauteuils roulants, matériel d'aspiration bronchique et matériel de rééducation adapté.

23.4. Normes organisationnelles

Par tranche de 30 pensionnaires visés au point 24.1, 1, la norme du personnel est la suivante :

- a)** 7 équivalents temps plein de praticiens de l'art infirmier, dont un infirmier en chef ;

- b) 12 équivalents temps plein aide-soignant et personnel soignant, dont au minimum 95 % d'aides-soignants ; à dater du 1^{er} janvier 2015, seuls les aides-soignants entrent en considération ;
- c) 1 équivalent temps plein de kinésithérapeute ou ergothérapeute ou logopède ;
- d) 1,5 équivalent temps plein de personnel de réactivation.
Le centre met l'accent sur l'organisation de la formation du personnel soignant, paramédical et infirmier dans le domaine des soins aux personnes atteintes de lésions cérébrales acquises.

23.5. Normes de qualité

Le centre pour lésions cérébrales acquises désigne un point de contact pour les questions éthiques rencontrées par le personnel et la famille ou le représentant du patient.

Chaque centre pour lésions cérébrales acquises collabore avec une section « centre d'expertise » agréée pour les patients comateux, telle que visée à l'arrêté royal précité du 4 juin 2008. Dans le cadre de cette collaboration, les modalités selon lesquelles le centre d'expertise garantit sa fonction de liaison externe vis-à-vis du centre pour lésions cérébrales acquises sont déterminées. Il est notamment précisé de quelle manière :

- 1° la sortie du patient du centre d'expertise est préparée et suivie en concertation ;
- 2° la formation continue du personnel du centre pour lésions cérébrales acquises est assurée par le centre d'expertise ;
- 3° des avis spécialisés y sont échangés en tant que réponse à des problèmes individuels complexes ;
- 4° le centre peut faire appel au comité d'éthique de l'hôpital qui exploite le centre d'expertise.

MODIFICATION

AGW du 28-10-2021 (M.B. 05-11-2021) – Articles modifiés : 9.3.12.1., 9.3.12.2., 9.3.12.3., 9.3.12.4., 9.3.13. et 9.3.14.

Entrée en vigueur : 01-10-2021 – Les MR et MRS disposent d'un délai de 6 mois à dater du 1^{er} octobre 2021 pour conclure un contrat d'entreprise avec un médecin coordinateur et conseiller

AGW du 16-09-2021 (M.B. 04-10-2021) – Insertion : 9.3.16.

Entrée en vigueur : 05-12-2021

AGW du 03-09-2020 (M.B. 08-09-2020) – Article modifié : 2.1.2.

AGW du 16-05-2019 (M.B. 04-11-2019)

Articles modifiés : 1.1., 1.2., 1.3., 1.4., 1.5., 1.6., 2.1., 2.1.2., 2.1.3., 2.1.4., 2.2.1., 3.1.1., 3.1.3., 4.1., 5.1., 6.6., 6.7., 6.7.1., 8.1.3., 8.3., 8.7., 9., 9.1.1.1., 9.1.1.2., 9.1.1.3., 9.1.1.4., 9.1.1.7., 9.1.1.8., 9.1.2.1., 9.1.2.4., 9.1.3., 9.2., 9.3.1., 9.3.3., 9.3.4., 9.3.8., 11.3., 12.1., 12.2., 12.5., 13.1., 13.2., 14.2., 15.1., 15.2., 15.3., 15.5., 15.6., 16.1., 16.3., 16.4., 17.1., 18.1., 18.3., 18.4., 18.5., 19.

AGW du 22-11-2018 (M.B. 13-12-2018) – Article modifié : 18.1

AGW du 18-12-2014 (M.B. 31-12-2014) – Article modifié : 15.5