



**PWNS**



Plan Wallon en Nutrition Santé et bien-être des Aînés

# CAHIER SPECIAL DES CHARGES

**Charte qualité alimentation nutrition**

**Label de certification**

**Modalités pour la certification volontaire des MR/MRS  
(années civiles 2018-2022)**



**Wallonie**  
**familles santé handicap**  
**AVIQ**

## **Le présent cahier spécial des charges est constitué de :**

- Un récapitulatif des critères de la charte,
- Un formulaire d'autoévaluation de la charte qualité alimentation nutrition en maison de repos,
- Une déclaration sur l'honneur à l'adhésion à la Charte pour la candidature à :
  - l'audit de certification,
  - l'accompagnement par un diététicien agréé.
- En annexe, le logigramme de certification et la charte qualité alimentation nutrition.



### **Recherches et rédaction**

H. LEJEUNE, S. FEDERINOV, M. DELWAIDE, P. PLANCHE

### **Editrice responsable**

Alice BAUDINE . Administratrice générale  
Rue de la Rivelaine, 21 . 6061 CHARLEROI

N°de dépôt légal : D/2018/7646/14



Un problème avec une administration ?  
Le médiateur répond à vos questions !  
[www.le-mediateur.be](http://www.le-mediateur.be)

En 2010 avec la création du Plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés (PWNS-be-A), la Wallonie relevait le défi d'une alimentation optimale et d'un état nutritionnel préservé pour les aînés en maison de repos.

La Wallonie s'est investie dans la rédaction de la Charte qualité alimentation-nutrition, partie intégrante du Plan National Nutrition Santé. L'application de cette charte devait permettre à terme l'obtention d'un label régional «Qualité- Nutrition» par les maisons de repos.

Dans la poursuite des travaux engagés avec le PWNS-be-A, le présent cahier spécial des charges permet aux maisons de repos et maisons de repos et de soins d'adhérer à cette charte et de prétendre au **label régional de certification « Qualité-Nutrition » du PWNS-be-A.**

Sept critères de la Charte Qualité Alimentation-Nutrition du PWNS-be-A ont été établis et serviront de base pour une inscription libre des maisons de repos. En effet, le principe de la charte, en tant que référentiel qualité, est que celle-ci puisse être adoptée librement par les maisons de repos et maisons de repos et soins, indépendamment de normes obligatoires.

La certification comprend 7 étapes :

- Adhésion à la charte
  - Auto-évaluation et Préparation
  - Candidature
  - Audit sur site
  - Rédaction du rapport d'audit
  - Validation du rapport d'audit
  - Décision de certification
- 
- Adhésion à la charte, auto-évaluation, préparation et Candidature

Pour se porter candidat au certificat, l'établissement doit avant tout adhérer à la Charte qualité alimentation-nutrition du PWNS-be-A. La Charte se trouve en annexe et sur le site de l'AViQ : [www.aviq.be](http://www.aviq.be) (thématique : Bien-être et Santé / Plus d'infos / Les Aînés).

Seules les maisons de repos sur le territoire de langue française en Wallonie ont un accès aux modalités de certification du PWNS-be-A.

Le candidat trouvera dans ce cahier spécial des charges les éléments utiles pour se préparer et effectuer son auto-évaluation (formulaire d'auto-évaluation en fin de dossier). Le guide du PWNS-be-A pour les maisons de repos constitue également un outil indispensable au même titre que l'abaque informatique traçant l'évolution mensuelle du poids chez le résident. Ces outils se trouvent également sur le site de l'AViQ : [www.aviq.be](http://www.aviq.be) (thématique : Bien-être et Santé / Plus d'infos / Les Aînés).

Un cahier des charges complémentaire existe pour les établissements faisant appel à un service de catering externalisé (restauration, approvisionnement en repas et/ou en denrées alimentaires). Les maisons de repos concernées devront en faire mention dans leur courrier de candidature afin de recevoir ce document complémentaire.

Tout établissement peut se porter candidat au certificat pourvu que son auto-évaluation atteste de la mise en œuvre des 15 critères absolus et de minimum 5 critères relatifs.

Néanmoins, les établissements ne rencontrant pas la totalité de ces critères pourront, à leur demande, bénéficier d'une aide, d'un accompagnement pour rencontrer ces critères (maximum 8 heures par MR) par un diététicien agréé, membre de l'UPDLF et mandaté par le comité de certification à condition que son auto-évaluation atteste de la mise en œuvre de minimum 8 critères absolus.

Les prestations d'audit et d'accompagnement font l'objet d'une subvention les deux premières années.

S'il estime son autoévaluation suffisante, l'établissement peut ensuite se déclarer prêt pour l'audit de certification ou de l'accompagnement.

Le directeur de l'établissement doit envoyer par courrier sa candidature (accompagnement ou certification) ainsi que son formulaire d'auto-évaluation de la charte complété et signé à l'adresse suivante :

Secrétariat du Comité de Certification du PWNS-be-A – AViQ Rue de la rivelaine, 21 à 6061 Charleroi.

Une fois accordé, **le certificat est valable 3 ans.** Le renouvellement du certificat doit se faire au minimum 6 mois avant l'expiration des 3 ans. Il équivaut à une nouvelle demande de candidature.

Au cas où le certificat n'est pas accordé à l'issue de l'audit externe, l'établissement qui le souhaite pourra réitérer sa demande de candidature avec un maximum de 3 candidatures sur les 2 premières années qui font l'objet d'une subvention.

- Audit sur site

L'audit est réalisé par un diététicien auditeur de certification mandaté par le comité de certification.

Un auditeur de certification ne peut pas accompagner l'établissement dans la préparation de l'audit.

La certification se déroule selon les modalités définies dans le Manuel de l'auditeur de certification.

L'audit, d'une durée maximale de 4 heures, a lieu sur rendez-vous, en matinée.

L'auditeur de certification fait un bref rapport de ses constats au directeur de l'établissement ou à son délégué en présence du Responsable Qualité & Nutrition ainsi que de toute personne désignée par le directeur. L'auditeur se réserve le droit de différer l'annonce du résultat global de l'audit. Si un doute existe au sujet d'un critère, il peut faire valoir la nécessité d'en discuter avec ses collègues avant de se prononcer.

L'attestation de visite avec les commentaires éventuels est signée par le directeur de l'établissement. Une copie est laissée au directeur, l'auditeur de certification reprenant l'original.

- Rapport d'audit

Le rapport de l'audit est basé sur le modèle prévu dans le Manuel de l'auditeur de certification.

- Validation rapport d'audit

Le rapport de l'audit est transmis pour validation à un auditeur de certification senior qui ensuite le transmet au comité de certification.

- Décision de certification

Le Comité de certification examine le rapport d'audit et les éventuels commentaires de l'auditeur de certification et du responsable de l'établissement ou son délégué, motive sa décision et la communique à l'établissement accompagnée du rapport d'audit.

En cas de refus, l'établissement qui le souhaite pourra réitérer sa demande de candidature après avoir remédié aux manquements constatés lors de l'audit, avec un maximum de 3 candidatures sur les 2 premières années qui font l'objet d'une subvention.

En cas de contestation de la décision, l'établissement candidat peut demander au Comité de certification de réexaminer sa décision, en se prévalant d'un élément nouveau qui n'a pas été pris en considération au moment de la décision. La demande de réexamen doit être introduite dans le mois de la notification de la décision de refus.

### Réclamations et défense de la valeur du certificat

Au cours de la période de validité de la certification, s'il s'avère que les conditions de certification ne sont plus rencontrées, le comité de certification peut accorder au service un délai pour sa mise en conformité (processus de remédiation). Les représentants du service viennent ensuite défendre leur dossier devant le Comité de certification en apportant les preuves de leur conformité.

## Publicité

L'UPDLF et l'AViQ publient sur leurs sites respectifs la liste des établissements qui ont obtenu la certification.

La liste des établissements qui ont obtenu la certification sera également diffusée aux différents partenaires œuvrant dans le secteur des MR/MRS.

L'établissement certifié peut afficher pendant la période de validité du certificat **le label de certification du PWNS-be-A** (symbole indiquant que l'établissement est certifié PWNS-be-A).

En fin de document se trouve un canevas simple d'auto-évaluation de la charte qualité alimentation-nutrition du PWNS-be-A. L'auto-évaluation réalisée n'engage pas le service. Il est cependant souhaité qu'il soit complété avec sincérité par rapport à la réalité de la maison de repos.

Avant de répondre au questionnaire, il est recommandé de lire attentivement les 11 pages qui suivent.

Pour toute information complémentaire, Marc DELWAIDE se tient à votre disposition au 0471/855.792 ou par mail à [marc.delwaide@aviq.be](mailto:marc.delwaide@aviq.be).

## **Améliorer l'état nutritionnel des seniors résidant en maison de repos et maison de repos et de soins**

Le plan Wallon Nutrition Santé et bien-être des Aînés (PWNS-be-A) veut s'attaquer au problème de la dénutrition dans les maisons de repos. Cette situation de déplétion des résidents dans nos établissements contraste avec celle de la plus grande part de la population wallonne pour laquelle la surnutrition et son résultat majeur l'obésité, sont des menaces omniprésentes pour la santé.

Par le passé, la dénutrition des aînés était considérée comme une simple manifestation du vieillissement voire la manifestation d'une santé précaire, le symptôme commun à diverse pathologies, bref une sorte de fatalité liée à l'âge. On sait aujourd'hui que c'est vrai et faux à la fois. Ce qu'on sait désormais c'est qu'au lieu d'une conséquence, l'état nutritionnel des aînés est une condition sine qua non du maintien de leur santé. Toutes choses étant égales, un état nutritionnel non compromis par le manque de soins est la condition préalable au succès de la prise en charge des pathologies qui surviennent avec l'âge mûr : fractures, infections, insuffisances organiques, nécessité de chirurgie, problèmes cognitifs, ...

Dans les maisons de repos, la proportion des aînés dont l'état nutritionnel est compromis (25 % de dénutris et 45% de résidents à risque de dénutrition) est environ double de celle de leurs homologues soignés à domicile, étant entendu que la santé à âge égal des résidents en hébergement collectif est globalement plus précaire.

Le fondement de la lutte contre la dénutrition, c'est son dépistage et le déploiement de mesures organisationnelles de la maison de repos, les unes systématiques, les autres individuelles propres à la personne.

Conformément aux engagements wallons dans les plans nutrition santé nationaux et internationaux, eu égard à la situation nutritionnelle des aînés wallons vivant en communauté, une charte nutritionnelle conçue au niveau national, est appuyée depuis 2008 par le Gouvernement wallon. Sa mise en œuvre a été testée dans huit maisons de repos de Wallonie et a démontré son efficacité. L'autorité publique wallonne s'est engagée à en faire la promotion et à sensibiliser le secteur d'offre de soins à son contenu. Les derniers chiffres de la dénutrition des aînés restent extrêmement préoccupants de sorte qu'il nous faut tous ensemble nous retrousser les manches et donner à cette charte un caractère plus formel.

Le test de faisabilité piloté par l'Union Professionnelle des Diplômés en Diététique de Langue Française (UPDLF) a été mené de juillet à décembre 2011 dans six maisons de repos et maisons de repos et de soins en Région Wallonne et ensuite dans deux maisons de repos sans diététicien à demeure. Certains éléments ont été affinés et nuancés pour prendre en compte les charges de travail compatibles avec les ressources humaines et techniques actuellement déployées dans le tissu d'offre de soins résidentiels pour les aînés.

La charte est une politique de santé officielle du Gouvernement wallon depuis 2011. Les démarches d'adhésion à la charte et de certification ont été commandées en 2016 par l'autorité publique avec l'accord de toutes les parties prenantes : les bénéficiaires et les métiers présents dans la maison de repos parmi lesquels on compte les gestionnaires.

Cette certification s'inscrit également dans la démarche d'une amélioration de la qualité dans les établissements d'hébergement pour les aînés.

### **Dispositions pratiques de la « Charte Qualité Alimentation-Nutrition » en maison de repos (MR) et maison de repos et de soins (MRS)**

Pour les maisons de repos et maisons de repos et de soins qui souhaitent adhérer à la Charte Qualité Alimentation-Nutrition, remplir ces **critères** permettra d'assurer le meilleur état nutritionnel possible aux aînés qui y résident.

## Critère 1. Mettre en place des procédures de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel

Dépister la dénutrition le plus tôt possible est un facteur de succès pour la corriger de manière efficace. Quand un état de dénutrition ou un risque de dénutrition est détecté chez un résident, il est très important de les prendre en charge rapidement et de suivre l'évolution de son état nutritionnel de près afin de vérifier l'efficacité des interventions mises en place. Un grand soin doit donc être accordé à la mise au point de procédures de dépistage efficaces et pouvant être appliquées le plus simplement possible afin de limiter la charge de travail qu'elles occasionnent.

### **Pré-requis**

Avant même de parler de dépistage ou de suivi de la dénutrition, l'état de santé global des résidents en MR/MRS fait l'objet d'un suivi régulier. La Charte Qualité Alimentation-Nutrition demande que ce suivi global comprenne également un suivi de l'état bucco-dentaire, à raison de deux fois par an, ainsi qu'une pesée mensuelle des résidents avec une balance adaptée à la diversité des situations. Le poids de chaque résident est suivi sur un graphique afin de permettre de repérer facilement une modification éventuelle du poids. Afin d'adhérer à la Charte, les MR/MRS devront s'assurer de la présence de personnel de soins en suffisance pour prendre en charge ces actes de suivi.

### **Dépistage de la dénutrition**

Les seules exclusions de cette démarche sont celles qui sont explicitement exprimées par le résident ou son représentant désigné en cas d'incapacité.

Les conclusions du test de faisabilité amènent à proposer la démarche suivante afin de dépister le plus tôt possible un éventuel état de dénutrition.

#### 1. A l'admission :

Plusieurs données seront collectées à l'admission du résident. De manière générale, chaque MR/MRS est invitée à détailler dans une fiche de procédures son propre protocole de mesure de la taille et du poids et de le porter à la connaissance du personnel chargé de ces tâches. Les références de la charte pour qualifier l'état nutritionnel d'un aîné en maison de repos sont les fluctuations du poids, le MNA et une confirmation éventuelle de la dénutrition sous forme de diagnostic médical.

#### - Mesure du poids

D'emblée il importe que le poids du résident soit mesuré dans des conditions reproductibles et similaires afin que les différentes mesures puissent être comparées et refléter le plus fidèlement possible l'évolution du poids de la personne. Le résident est donc pesé au même moment de la journée et avec un habillement similaire d'une fois à l'autre. Par ailleurs, la balance utilisée est calibrée régulièrement afin de s'assurer de l'exactitude de la mesure fournie. La personne effectuant les pesées s'identifie lors de l'enregistrement et tant que possible, réalise la pesée des mêmes résidents. Au cas où le résident est équipé d'une sonde ou d'un appareillage non amovible, on en prend note afin de pouvoir en tenir compte lors de l'interprétation des différentes pesées.

- Mesure de la taille

Le résident est mesuré à l'admission à l'aide d'une toise. Si le résident éprouve des difficultés à se tenir droit ou ne peut pas se tenir debout, on prend la mesure talon-genou<sup>1</sup> et on évalue sa taille d'après cette mesure.

D'après la taille et le poids du résident, on calcule son **indice de masse corporelle (IMC)<sup>2</sup>**. Si le résident connaît la taille qu'il avait au début de l'âge adulte, et que cette information paraît fiable, cette donnée est utilisée préférentiellement pour le calcul de l'IMC. Un IMC supérieur ou égal à 23 indique généralement un état nutritionnel satisfaisant. Un IMC inférieur à 23 peut évoquer un risque de dénutrition. Toutefois, l'IMC à lui seul ne constitue pas un marqueur efficace pour dépister la dénutrition. Une personne avec un IMC supérieur à 23 peut être dénutrie, de même qu'une personne avec un IMC inférieur à 23 peut être en bon état nutritionnel. Le calcul de l'IMC doit donc être couplé au MNA afin de procéder à une évaluation valable de l'état nutritionnel.

- Test du MNA (annexe 2)

On veille ensuite à compléter avec le résident (ou sa famille) un questionnaire, le Mini Nutritional Assessment (MNA<sup>TM</sup>), et ce dès l'admission en MR. Ce questionnaire permet d'établir un score servant à dépister la dénutrition.

Le questionnaire est composé de deux parties. La première partie (Dépistage), que l'on appelle aussi MNA<sup>TM</sup> Short Form, peut être remplie sans que la seconde partie (Évaluation globale) ne le soit. Si le score obtenu lors de cette première partie du questionnaire est supérieur ou égal à 12, la personne présente un état nutritionnel normal. S'il est de 11 ou moins, la personne présente un risque de dénutrition et il faut continuer l'évaluation en effectuant la deuxième partie du MNA<sup>TM</sup>. Si le score au MNA<sup>TM</sup> complet est compris entre 17 et 23,5, on estime que la personne présente un risque confirmé de dénutrition. Enfin, le score au MNA<sup>TM</sup> complet inférieur à 17 signale la présence d'une dénutrition avérée.

Confirmation de l'état nutritionnel par le médecin traitant

Si la procédure de dépistage décrite ci-dessus identifie un risque de dénutrition ou une dénutrition avérée, le texte de la Charte prévoit qu'un professionnel de santé effectue la passation du Subjective Global Assessment (SGA<sup>TM</sup>). Ce test vise à mener une évaluation nutritionnelle de la personne, en se basant sur l'historique du patient ainsi que sur un examen clinique. Toutefois, au vu du test de faisabilité, l'utilisation du SGA<sup>TM</sup> telle que prévue dans la charte ne semble actuellement pas applicable, c'est pour cela que l'on préférera utiliser le MNA<sup>TM</sup> complet pour l'évaluation nutritionnelle.

Le SGA est un outil d'évaluation facultatif et son utilisation est laissée à l'appréciation du médecin traitant, qui pourra l'appliquer s'il souhaite affiner son diagnostic du niveau de dénutrition du patient.

Le critère retenu dans le présent cahier des charges consiste à ce que dans le dossier du patient le médecin traitant soit explicitement averti de l'état nutritionnel initial du résident : état nutritionnel satisfaisant, état de risque nutritionnel ou état de dénutrition, mis en évidence par les dépistages initiaux décrits ci-dessus.

---

<sup>1</sup> Formules de Chumlea.

<sup>2</sup> Appelé aussi Indice de Quetelet ou BMI (Body Mass Index)

## Qu'est-ce que l'IMC ou BMI ou indice de Quetelet?

L'Indice de Masse Corporelle est un coefficient calculé en divisant le poids de la personne (exprimé en kilogrammes) par sa taille (exprimée en mètres) élevée au carré. Ce coefficient permet d'évaluer l'adéquation du poids par rapport à la taille et doit être interprété par rapport à des normes.

$$\frac{\text{Poids (kg)}}{\text{Taille (m)}^2} = \text{IMC (kg/m}^2\text{)}$$

Chez les adultes jeunes, un IMC normal est compris entre 20 et 24,9. On parle d'insuffisance pondérale en-dessous d'un IMC de 20, de surpoids pour un IMC compris entre 25 et 29.9 et enfin d'obésité à partir d'un IMC de 30.

Cependant la composition corporelle change avec l'âge, et ces normes ne sont plus d'application chez les aînés de plus de 70 ans. Pour ceux-ci, on estime qu'un IMC inférieur à 23 peut constituer un signe de dénutrition.

## 2. Suivi de l'état nutritionnel et initiation de la prise en charge

Le MNA™ est également appliqué lors d'une perte de poids de plus de 5% en un mois. Une perte de poids de 10% en 6 mois impose aussi un MNA qui peut interférer avec les MNA semestriels applicables à tous en fonction de sa survenance. Le MNA peut bien sûr être prescrit par ordonnance médicale.

Il est aussi utilisé lors du transfert du résident dans un autre service ou à l'hôpital (et au retour) ou même lors du retour à domicile après un court séjour.

Le suivi à mettre en place sera fonction du résultat du dépistage de la dénutrition et du plan de soins individualisé du résident.

Si la personne ne présente **pas de risque de dénutrition** (score MNA™ short form  $\geq 12$ ), il conviendra de lui réserver un suivi de routine tel que décrit dans les pré-requis (incluant une pesée mensuelle et un examen bucco-dentaire à effectuer tous les six mois), associé à une évaluation de son état nutritionnel à l'aide du MNA™ short form tous les 6 mois.

Si la personne présente un **risque de dénutrition** (score MNA™ complet de 17 à 23,5), il faut mettre en place une prise en charge nutritionnelle appelée « *support nutritionnel précoce* » à l'initiative du diététicien ou du personnel soignant. La traçabilité de cette prise en charge doit se trouver dans le dossier individualisé de soins. Il est recommandé de peser le résident tous les 15 jours avec réalisation du MNA™ complet tous les 3 mois. Cette surveillance permet un suivi plus rapproché de la courbe pondérale ;

Le médecin traitant doit être averti de la variation de l'état nutritionnel de son patient lors de la visite qui suit (passage de l'état nutritionnel satisfaisant à l'état de risque nutritionnel)

Enfin, si la personne présente une **dénutrition avérée** (score MNA™ complet  $\leq 17$ ), il faut mettre en place une prise en charge nutritionnelle appelée « *support nutritionnel précoce* » à l'initiative du diététicien ou du personnel soignant. La pesée est suivie chaque semaine avec réalisation du MNA™ complet tous les 3 mois. Pour le mieux, la prise en charge nutritionnelle personnalisée du résident dénutri s'ajoutera à l'application de la stratégie globale de l'établissement, en fonction de la décision prise en concertation de manière pluridisciplinaire entre le médecin traitant, l'infirmière, la diététicienne et le résident (empowerment) ou son représentant. Le médecin traitant est explicitement averti du passage de l'état de

risque nutritionnel à l'état de dénutrition avérée. Son implication ultérieure qui relève de la liberté thérapeutique n'est pas prise en compte comme critère relatif à la charte PWNS-be-A. En conformité avec les droits du patient et plus généralement du principe d'empowerment, les gestes techniques décrits ci-dessus restent soumis à l'accord du bénéficiaire. Si ce dernier renonce à ces soins, il en sera fait mention dans son dossier. Lorsque le projet thérapeutique du résident se limite à des soins palliatifs, ces démarches biométriques perdent implicitement leur pertinence.

## **Critère 2. Présence d'un « Responsable qualité & nutrition »**

Pour adhérer à la charte, la MR/MRS doit s'assurer de la présence dans l'établissement d'une personne assurant le rôle de responsable qualité et nutrition. La charte prévoit que cette personne sera en possession du diplôme de bachelier en diététique. Le temps de travail du diététicien devrait être proportionnel à la taille du service, c'est à dire au nombre de résidents.

Sur dérogation de l'instance certificatrice de la charte, en fonction de la taille de l'établissement, un référent nutrition non diététicien peut assurer cette responsabilité pourvu qu'il bénéficie de la guidance à distance d'un diététicien.

La présence d'un diététicien une fois par semaine doit poser la question de la qualité du suivi et de la communication au sein de l'équipe soignante. Il est capital de s'assurer de la continuité de la stratégie nutritionnelle. Dans le cas d'une présence sporadique (un jour/semaine) un cahier de communication destiné au diététicien, sera tenu par un référent nutrition non diététicien, qui pourra recueillir certaines informations lorsque le diététicien n'est pas présent. Si un référent nutrition non diététicien est présent dans des MR/MRS, il n'interfère dans les consignes alimentaires qu'à travers le CLAN.

Les rôles du responsable qualité et nutrition sont variés : il veillera à la bonne application de la charte par le service, à la qualité de l'alimentation, à un rythme de repas adéquat et au respect de règles d'hygiène alimentaire. Le responsable qualité et nutrition participera également à la planification des menus pour les repas des résidents, aux achats des aliments et des éventuels suppléments nutritionnels oraux. Enfin, et ce point est d'une grande importance, le responsable qualité et nutrition est chargé de collaborer avec le médecin traitant, le médecin coordinateur (en MRS) et l'équipe soignante, afin d'effectuer le suivi nutritionnel des résidents à risque ou en état de dénutrition.

**Par ses conséquences, si le simple dépistage améliore sensiblement l'état nutritionnel global des résidents, dans une seconde étape seule l'approche multidisciplinaire des cas individuels de dénutrition est garante du second bénéfice marginal de la charte**

Au sein de cette équipe multidisciplinaire le diététicien possède des compétences qui peuvent apporter une réelle valeur ajoutée au Plan Wallon Nutrition Santé dans les MR/MRS. Il maîtrise les critères permettant l'établissement d'une alimentation équilibrée. Il connaît bien les aliments et leur mode de préparation en cuisine de collectivité et pourra communiquer avec le cuisinier afin d'apporter des améliorations à l'enrichissement des plats ou des textures, si nécessaire. Enfin, il connaît les besoins nutritionnels spécifiques des aînés, même lors de situations pathologiques complexes, et pourra collaborer avec l'équipe soignante pour proposer une prise en charge nutritionnelle personnalisée aux résidents qui en ont besoin.

## Critère 3. Mise en place d'un « Comité de liaison alimentation et nutrition » (CLAN)

### Constitution du CLAN

L'adhésion à la charte Qualité Alimentation-Nutrition demande qu'un Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN) soit organisé. Ce comité sera constitué des professionnels impliqués d'une manière ou d'une autre dans l'alimentation des résidents : cuisinier, diététicien, personnel soignant (infirmiers et aides-soignants), médecin, logopède, kinésithérapeute, ergothérapeute et un membre de la direction... En pratique, si tous les intervenants ne sont pas présents lors d'une réunion du comité, la prise de décision nécessite néanmoins la présence de trois personnes parmi les professions suivantes : médecin (ou médecin coordinateur pour les MRS), infirmier, diététicien, cuisinier et membre de la direction. Si l'établissement possède plus de 70 lits, il possèdera son propre CLAN. Pour les établissements plus petits, un regroupement peut être autorisé à condition d'obtenir l'accord de l'instance certificatrice de la charte.

### Rôles du CLAN

Le CLAN définit, met en œuvre et fait le monitoring du plan opérationnel de la MR/MRS<sup>3</sup> dans le domaine qualité-nutrition. Il garantit que les informations relatives à la nutrition circulent de manière efficace entre les différents acteurs concernés, y compris les acteurs externes à l'établissement s'il y en a, comme le médecin traitant par exemple. C'est au sein du CLAN qu'il est décidé du protocole à adopter pour dépister la dénutrition et pour effectuer le suivi des résidents dénutris, ainsi que de la prise en charge nutritionnelle à adopter, en fonction des situations et des pathologies. On y discute aussi des dispositions à prendre en termes de sensibilisation, d'information et éventuellement de formation du personnel soignant aux différents aspects de l'alimentation des aînés résidant en MR/MRS. Enfin, après que des indicateurs aient été définis dans le plan opérationnel de l'établissement, le diététicien en fournira le monitoring au CLAN. Il s'appuie pour cela sur ses statistiques mensuelles de l'état nutritionnel des résidents, et le CLAN les examinera.

Les statistiques présentées incluront dans la mesure du possible les indicateurs qualité du RAI (Resident Assessment Instrument) en rapport direct avec l'alimentation et la nutrition.

Indicateurs qualité du RAI	Chiffres à examiner par le CLAN
Repas insuffisants	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de MNA effectués sur l'année par résident</li><li>- Statut nutritionnel des résidents (bon état nutritionnel, risque de dénutrition ou dénutrition avérée)</li><li>- Nombre de résidents ayant changé de statut nutritionnel (amélioration ou détérioration de l'état nutritionnel)</li><li>- Nombre de résidents bénéficiant d'un plan individuel de réhabilitation nutritionnelle validé par un médecin</li><li>- Nombre de résidents ayant bénéficié de suppléments nutritionnels oraux plus d'un mois par an</li><li>-</li></ul>
Perte de poids	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de pesées effectuées sur l'année par résident</li></ul>
Alimentation par sonde	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre de résidents avec alimentation entérale (par sonde naso-gastrique ou par gastrostomie)</li></ul>
Hygiène bucco-dentaire	<ul style="list-style-type: none"><li>- Nombre d'examens bucco-dentaires réalisés par un dentiste, par an et par résident</li></ul>

<sup>3</sup> Un tel plan tient en deux pages A4. Il est indispensable à l'intégration de la charte à l'organisation générale de la maison de repos. Si nécessaire, sur base d'un petit travail préparatoire sous forme de questionnaire et à la condition de disponibilité d'un de nos collaborateurs, l'équipe du PWNS-be-A peut déléguer un diététicien ½ journée pour l'élaboration de ce plan avec le CLAN désigné;

## Modalités pratiques

En pratique, le CLAN décide lui-même de la fréquence de ses réunions, mais il en faut minimum quatre par an. Les réunions du comité seront probablement plus fréquentes au début, lors de l'implémentation de la charte Qualité Alimentation-Nutrition et puis s'espaceront en fonction des besoins. Le diététicien anime le CLAN et en assure les tâches de secrétariat. Chaque réunion sera guidée par un ordre du jour et fera ensuite l'objet d'un compte rendu transmis à l'ensemble des membres. Le plan opérationnel doit être validé par le Directeur de la maison de repos.

Bien qu'il puisse s'agir des mêmes personnes, il importe de ne pas confondre la dimension organisatrice du CLAN et le fonctionnement de l'équipe multidisciplinaire qui examine cas par cas les états nutritionnels préoccupants. Lorsque le CLAN fonctionne sur ces deux dimensions : globale et individuelle, il importe que les deux dimensions apparaissent dans l'ordre du jour. Une réunion trimestrielle pour l'équipe multidisciplinaire en charge de la prise en charge individuelle des cas, ce n'est pas suffisant. Le contact multidisciplinaire<sup>4</sup> a lieu au moins une fois par mois.

## Critère 4. Créer un environnement agréable et une atmosphère favorable lors des repas

Les critères décrits sous ce point sont des critères minimaux auxquels la MR/MRS doit répondre pour adhérer à la Charte Qualité Alimentation-Nutrition.

### - Offrir un cadre agréable et convivial

Le repas doit être un moment privilégié qui se déroule dans un environnement calme et apaisant. Ce moment doit être accompagné et encadré pour permettre à chacun de manger à son rythme.

Manger à la salle à manger ou manger en chambre ? La convivialité du repas pris en commun est importante et à encourager, mais cela peut aussi représenter un obstacle pour certains résidents. Il faut néanmoins que le repas pris en commun soit encouragé et ne pas être rendu problématique par l'organisation de la maison de repos. A chaque service d'adapter son offre pour qu'elle soit attractive et réponde aux besoins des résidents : aménagement de la salle à manger, repas à thèmes, repas de fête, repas associant les familles... Ce sont autant de moments privilégiés qui valorisent la maison de repos comme lieu de vie et d'échanges.

L'organisation de repas de fêtes, les anniversaires, les repas où les familles sont invitées, les repas estivaux pris en terrasse sont autant d'occasions de valoriser l'acte de manger.

### - Garantir la présence de personnel suffisant à chaque repas pour aider les aînés à manger

Ce critère est crucial, car c'est un maillon sensible de la chaîne : si la personne n'a pas la possibilité de manger et qu'aucune aide n'est disponible, alors la prise en charge décrite dans la Charte « Qualité Alimentation & Nutrition », est vouée à l'échec. S'il est difficile d'augmenter les quotas de personnel pour ce poste, on peut suggérer au gestionnaire la présence de l'ensemble du personnel présent aux repas et aussi lui suggérer de répartir le personnel durant la journée, week-end et jours fériés de sorte que celui-ci ne soit pas en sous-effectif au moment des repas. Le critère objectif d'une aide suffisante aux repas est

---

<sup>4</sup> Si le médecin traitant ne peut être présent lors des réunions de l'équipe multidisciplinaire<sup>2</sup>, il peut agir par délégation : l'infirmière, le diététicien, le médecin coordinateur, un autre médecin.

le suivant : le dossier individualisé de soins doit mentionner si le résident a besoin d'une aide au moment du repas et de quelle nature est cette aide. En cas d'évaluation, la conformité entre l'aide reçue et l'aide prescrite peut être vérifiée par autoévaluation de la part des professionnels concernés.

#### **- Garantir la disponibilité d'un matériel approprié pour aider les personnes âgées à manger et à boire**

Un nombre important de résidents sont dépendants en maison de repos et de soins. Des adaptations et des aides techniques doivent donc être proposées en fonction de leurs difficultés : des verres adaptés pour les personnes qui ont des troubles de la déglutition, du matériel incassable pour les personnes qui tremblent, des bavoirs, des couverts adaptés facilitant la préhension, ...

Il y a également tout un travail sur la texture des aliments qui doit être réfléchi, comme par exemple épaissir les liquides pour les personnes qui souffrent de troubles de la déglutition.

***Pour ce problème spécifique de la prise en charge médicale adéquate des troubles de la déglutition, en particulier lorsqu'ils s'accompagnent de troubles cognitifs importants (démences), il s'agit bien sûr de débats qui doivent avoir lieu en équipe multidisciplinaires et qui relèvent de décisions purement thérapeutiques de sorte que la prise en charge médicale adéquate des troubles de la déglutition, bien que susceptible d'avoir un impact important sur l'état nutritionnel des résidents n'est pas retenue comme critère de bonne mise en œuvre de la charte PWNS-be-A.***

***En revanche, l'établissement doit pouvoir offrir des textures et des rations en relation avec les troubles de déglutition (critère 5)***

#### **- Proposer des heures de repas respectant le rythme et les besoins nutritionnels des personnes âgées**

L'horaire des repas doit être réparti sur la journée de façon à permettre aux résidents d'avoir un apport alimentaire équilibré. Trop souvent le repas du soir est proposé en fin d'après-midi (trop tôt) et le petit-déjeuner lorsque la matinée est déjà bien entamée (trop tard). Cette situation engendre un jeûne nocturne excessif et un manque d'appétit à l'un ou l'autre repas (dîner et souper) parce que trop rapproché du repas précédent. Le jeûne nocturne devrait idéalement être inférieur à 12 heures, c'est-à-dire que moins de 12 heures doivent séparer le début du repas du soir et le début du petit-déjeuner. Si on peut tolérer un jeûne nocturne un peu plus long pour les résidents en bon état nutritionnel, il convient de le limiter à 12 heures et moins pour les résidents dénutris, soit en modifiant les heures des repas, soit en proposant une collation en soirée, comme un entremet lacté, une tartine ou un fruit. Cela peut aussi être un moment adéquat pour proposer un supplément nutritionnel oral, s'il leur en est prescrit un. Inutile de souligner qu'en aucun cas cette mesure n'est contraignante pour le résident (empowerment)

Etablir un rythme de repas adéquat représente un défi pour les MR/MRS car l'organisation et les heures de repas sont directement liées aux horaires et à la disponibilité du personnel soignant.

### **Critère 5 . Garantir l'accès à une alimentation saine et équilibrée**

Les critères décrits sous ce point sont des critères minimaux auxquels la MR/MRS doit répondre pour adhérer à la Charte Qualité Alimentation-Nutrition.

## **- VARIÉTÉ ET DIVERSITÉ : OFFRIR SUFFISAMMENT DE CHOIX**

Il faut offrir suffisamment de choix et de diversité aux repas : au minimum le choix entre 2 propositions de petit-déjeuner, 2 propositions pour le repas de midi, 3 propositions pour le repas du soir et 3 pour les collations. De plus, un même menu alternatif ne peut pas être proposé plus de deux fois sur la même semaine, afin d'éviter que la personne qui ne souhaite pas consommer le menu proposé se retrouve toujours avec le même plat de remplacement.

Il faut également veiller à ce que les choix proposés soient de qualité nutritionnelle équivalente au repas prévu dans le menu standard. Par exemple, s'il est proposé du fromage en remplacement de la charcuterie, cela convient, car un aliment source de protéines est remplacé par un autre apportant des protéines également. Ce n'est pas le cas si on propose une garniture sucrée pour le pain en remplacement de charcuterie.

Il convient également de proposer un repas du soir suffisamment complet, c'est-à-dire qu'il soit composé d'un féculent, d'une source de protéines et d'une portion de légumes.

Enfin, il s'agit d'élaborer les menus en tenant compte des directives nutritionnelles telles que décrites précédemment tout en assurant une variété qui stimule l'appétit des résidents (en jouant sur la présentation, la couleur, la diversité des aliments...).

## **- RESPECTER LES HABITUDES ALIMENTAIRES ET LES PRÉFÉRENCES DES RÉSIDENTS**

Les habitudes alimentaires de nos aînés diffèrent des nôtres. Elles sont plus traditionnelles.

L'entrée en MR/MRS bouscule les habitudes de vie des aînés. Dès lors, il est bien qu'ils conservent malgré tout un maximum de repères familiers : nature des plats servis (les aînés apprécient de manger souvent des pommes de terre, par exemple), associations d'aliments, présentation (le vol-au-vent est-il servi dans un vidé ?) et horaire des repas.

## **- METTRE À DISPOSITION DES RATIONS ALIMENTAIRES INDIVIDUELLES ET ADAPTÉES AUX GOÛTS ET PRÉFÉRENCES DU RÉSIDENT AFIN QUE CHACUN PUISSE BÉNÉFICIER D'UN APPORT ADÉQUAT PERSONNALISÉ**

Pour respecter les habitudes alimentaires et les goûts des résidents, il faut les connaître. L'entrée en maison de repos est un moment clé pour découvrir et consigner les préférences de la personne âgée. Des outils existent :

- La fiche de goût reprend les aliments que le résident aime et n'aime pas. Elle est destinée à tenir compte de l'évolution des goûts du résident. Toute modification du goût d'un résident sera notée sur la fiche de départ. Par ailleurs, ces fiches sont précieuses dans la mesure où une personne devenue démente ne peut plus exprimer ses goûts.

- L'histoire de vie remédie à l'érosion cognitive relative à l'âge. Ce mémoire reprend l'histoire de la vie de la personne. Des questions sont posées au résident sur sa vie avant qu'il n'entre dans la maison de repos, notamment sur ce qu'il aimait ou qu'il n'aimait pas manger, s'il préférerait le salé ou le sucré. Ce document s'avère très utile pour les personnes désorientées qui n'arrivent plus à s'exprimer, à raconter ce qu'elles aiment réellement.

## - OFFRIR DES MENUS ET REPAS COMPOSÉS ET VALIDÉS PAR UN DIÉTÉTICIEN.

Le diététicien est en général le professionnel le mieux formé à s'assurer de l'équilibre alimentaire d'un plan de menus. Il a été formé pour être capable de traduire les recommandations nutritionnelles belges, formulées par un groupe d'experts, en termes de portions alimentaires à proposer à des personnes ou groupes de personnes, répondant à des besoins nutritionnels mais également conformes à certaines habitudes alimentaires. Comme l'équilibre alimentaire repose sur la qualité mais aussi sur la diversité, il doit s'envisager non pas sur une journée mais bien sur un minimum d'un mois de menus.

Davantage exposé aux maladies dégénératives et au cancer, plus que quiconque, l'aîné a besoin d'antioxydant d'où l'importance de mettre régulièrement à sa disposition des fruits et des légumes frais et dans la mesure du possible non cuits.

## Critère 6. Qualification et formation du personnel

Les critères décrits sous ce point sont des critères minimaux auxquels la MR/MRS doit répondre pour adhérer à la Charte Qualité Alimentation-Nutrition.

- **A terme, disposer de l'accès à la profession de restaurateur (en collectivité) pour professionnaliser le métier de cuisinier**

L'adhésion à la charte Qualité Alimentation-Nutrition demande que le cuisinier de la MR/MRS soit un professionnel formé à cet effet. La cuisine en collectivité est un métier qu'il faut apprendre. Cuisiner pour des groupes de personnes âgées nécessite la connaissance de certaines techniques et la mise en place d'une organisation spécifique. Par exemple, cuisiner pour des personnes âgées demande de maîtriser des techniques d'enrichissement de l'alimentation... Les techniques de préparation des plats mixés sont aussi bien utiles pour présenter aux résidents des repas appétissants, de bon goût et à la consistance adéquate (ni trop liquide ni trop compacte)... En premier lieu, les employés de cuisine doivent bénéficier d'une formation relative à la Charte Qualité Alimentation-Nutrition et ensuite ils doivent bénéficier d'une formation de cuisine adaptée à la personne âgée. Ce critère n'est pas exclusif mais exigera une dérogation argumentée.

Une dérogation peut être accordée par l'instance certificatrice de la charte lorsque deux conditions sont réunies :

1. Si le chef de cuisine peut faire valoir une expérience de 5 ans dans cette fonction.
  2. Si le chef de cuisine peut faire valoir dans son curriculum vitae une formation permanente suffisante susceptible d'être prise en compte pour la restauration collective ou en alternative ou complément du critère précédent que la maison de repos et l'employé s'engagent à bénéficier dans les 5 ans d'au moins 80 heures de formation permanente en rapport avec la restauration de collectivité pour aînés.
- **Existence d'une planification de formation spécifique au secteur professionnel de soins aux aînés et formation continue de l'ensemble du personnel intervenant en maisons de repos et en particulier sur la problématique de la dénutrition des aînés.**

Les MR/MRS souhaitant adhérer à la charte se doivent de prévoir un programme de formation pour leur personnel, touchant différents points sensibles en lien avec la problématique de la dénutrition, comme par exemple les maladies neurodégénératives (maladie d'Alzheimer, maladie de Parkinson, ...), les escarres, les troubles de la déglutition, les effets secondaires des médicaments, l'alimentation en fin de vie... Autant de thèmes qui informeront le personnel plus avant sur ces problématiques et si possible mettront en

lumière les points d'attention pour chaque profession. De telles formations peuvent servir à consolider un esprit d'équipe afin que chacun se sente concerné par le statut nutritionnel des résidents et sache qu'il constitue une pierre nécessaire à cet édifice.

### **Critère 7. Présence d'un support d'information entre l'hôpital, la MR/MRS et les soins à domicile pour un meilleur suivi nutritionnel par une feuille de liaison nutritionnelle à intégrer au dossier individualisé de soins pour chaque résident.**

Une FEUILLE DE LIAISON NUTRITIONNELLE doit accompagner le résident lors de son transfert vers un hôpital, un autre service ou vers les organisations de soins à domicile après un court séjour. Ce document se révèle d'une utilité précieuse pour faire circuler les informations nécessaires à la prise en charge de la personne. Ce dossier doit être établi comme une procédure systématique dans les MR/MRS afin de remplir la fonction espérée.

Pour les MRS, le contenu de cette feuille de liaison doit être discuté et convenu dans le cadre de la liaison externe gériatrique des deux hôpitaux les plus proches de l'établissement et qui disposent d'un programme de soins de gériatrie.

Pour les MR, le contenu de cette feuille de liaison peut être concerté avec le service gériatrique des hôpitaux avec lesquels elles ont le plus de contacts.

Le document de liaison inclut un graphique du poids de la personne si possible depuis son admission dans l'établissement. Selon le principe de subsidiarité, le contenu du reste du document est discuté avec les services compétents des hôpitaux déjà cités.

## Formulaire d'autoévaluation de la charte qualité alimentation nutrition en maison de repos

Critère	Sous-critère	Appréciation	
		OUI	NON
1. Procédures de dépistage et de suivi de l'état nutritionnel	A l'admission : taille, poids, IMC, MNA		
	Chaque résident est classé sur le plan nutritionnel		
	Chaque résident est pesé au minimum chaque mois et possède un graphique Poids/temps		
	Le MNA short form est appliqué au minimum tous les 6 mois. ●		
	On vérifie s'ils sont d'accord avec le dépistage ●		
	Tout changement d'état nutritionnel est signalé par écrit dans le dossier du patient au médecin traitant		
2. Présence d'un Responsable qualité nutrition	Présence d'1 ETP diététicien par 300 résidents versus un référent bénéficiant de l'appui sporadique d'un diététicien (minimum 4h par mois sur place).		
	Le RQN organise la prise en charge multidisciplinaire des cas de dénutrition ou à risque de dénutrition		
	Le RQN anime le CLAN, en assure le secrétariat et suit le plan opérationnel nutrition de l'établissement		
3. Comité de liaison alimentation et nutrition » (CLAN)	Le CLAN se réunit au minimum quatre fois par an et des CR existent pour chaque réunion		
	Le CLAN élabore un plan opérationnel nutrition, veille à sa mise en œuvre et l'évalue. ●		
	Le CLAN concilie nutrition et alimentation		
	Les résidents dénutris bénéficient d'une approche pluridisciplinaire de leur dénutrition (minimum diététicien et infirmier).		
4. Environnement favorable lors des repas	L'utilisation de la salle à manger est favorisée ●		
	Personnel suffisant pour aider les aînés aux repas		
	Matériel de table approprié ●		
	Horaire de repas conforme		
5. Accès à une alimentation saine et équilibrée	Choix entre divers menus à chaque repas		
	La feuille de goût existe et est prise en compte ●		
	Plan des menus (mensuel) validés par un diététicien		
6. Plan de formation	Cuisinier de collectivité ou analogue (dérogations)		
	Plan de formation annuelle par métiers ●		
7. Feuille de liaison nutritionnelle	La FLN est discutée avec les deux hôpitaux les plus proches ●		
	Chaque résident sortant en bénéficie ●		
	Elle inclut un suivi graphique du poids ●		

Satisfaire aux 15 sous-critères absolus et au minimum 5/10 aux sous-critères relatifs (marqués par ●)

En foi des critères mentionnés ci-dessus et en accord avec ce cahier spécial des charges :

Je, soussigné le Directeur de l'établissement d'hébergement collectif pour aînés :

Nom/prénom : .....

Nom et adresse de l'établissement : .....

estime pouvoir légitimement souscrire à la charte qualité alimentation nutrition de mon établissement et je me porte candidat à la certification du PWNS-be-A. Par conséquent, j'autorise l'auditeur de certification mandaté par le comité de certification à visiter mon établissement sur RV afin de réaliser l'audit de certification.

estime que mon établissement ne rencontre pas la totalité de des critères pour souscrire à la charte qualité alimentation mais atteste que mon auto-évaluation confirme la mise en œuvre de minimum 8 critères absolus.

Je demande dès lors à bénéficier d'un accompagnement gratuit de maximum 8 heures par un diététicien agréé mandaté par le comité de certification.

Date / Signature :





Avec la participation de



L'AVIQ c'est aussi ...

 **Une administration centrale**

Rue de la Rivelaïne, 21 - B-6061 CHARLEROI  
☎ 071/33 77 11 - ✉ [info@aviq.be](mailto:info@aviq.be)

 **Un centre de documentation**

Avec plus de 5000 documents (ouvrages scientifiques, revues, romans, films, albums pour enfants, etc.) sur le handicap, la santé, la famille.  
✉ [documentation@aviq.be](mailto:documentation@aviq.be)

 **Des newsletters**

Ne manquez rien des actualités de l'AVIQ et des secteurs de la famille, de la santé et du handicap : abonnez-vous directement aux newsletters électroniques sur [www.aviq.be](http://www.aviq.be).

 **Des sites spécialisés**

[www.bienvivrechezsoi.be](http://www.bienvivrechezsoi.be) : l'autonomie à domicile

[wikiwiph.aviq.be](http://wikiwiph.aviq.be) : le wiki wallon pour l'information des personnes handicapées.



L'AVIQ : *des réponses personnalisées pour une vie de qualité !*

 **0800 94434**  
appel gratuit Familles

 **0800 16210**  
appel gratuit Seniors

 **0800 16061**  
appel gratuit Handicap

[www.aviq.be](http://www.aviq.be)



[www.facebook.com / aviq.be](http://www.facebook.com/aviq.be)

[info@aviq.be](mailto:info@aviq.be)