



**AVANT PROJET DE NOUVELLES NORMES
ETABLISSEMENTS POUR PERSONNES AGÉES
MAI 2009**

1. OBSERVATIONS GENERALES

1.1. Cohérence des normes - Risque de chevauchement

Outre les règles d'agrément, les maisons de repos sont déjà régies par un nombre important de normes: Inami, Haccp, professionnel des soins de santé, déchets, protection de la vie privée,...

Nous plaçons pour la cohérence entre ces différents textes. Dans cette optique, si une matière est déjà régie de manière appropriée par un texte existant, il nous semble souhaitable de s'y référer plutôt que de créer une réglementation qui risque de générer des chevauchements et des problèmes d'application au niveau du terrain.

1.2. Vers des hausses de prix ... et d'aide sociale

Le renforcement des normes va induire des hausses de prix. Le secteur privé commercial a déjà sollicité que la limite de 5 % soit levée la première année d'application du texte.

1.3. Se donner le temps de la réflexion

L'avant-projet reprend 103 pages de nouvelles normes pour les établissements pour personnes âgées. Reçu le 29 avril, il a été envoyé pour avis avant le 28 mai. Une première réunion a eu lieu le 5 mai. Une seconde est programmée le 25 mai.

Le bref délai vise à ce que l'avis soit rendu par l'actuel Conseil wallon du troisième âge et non par le futur organe consultatif, et ce afin de ne pas perdre de temps.

L'argument est défendable mais rendre un avis dans un délai aussi court sur un texte important limite la possibilité d'un débat un peu fouillé où chacun peut s'exprimer. En outre, ce traitement rapide augmente le risque d'oublis ou d'erreurs menant à des nœuds et, a posteriori, à des arrêtés correctifs.

Vu les impacts organisationnels et financiers, il faut se donner le temps de la réflexion. A défaut, on aura des mauvaises surprises.

Pour différencier l'objet, les points spécifiques sont différenciés:

- accueil familial (AF);
- maisons de repos (MR);
- résidences-services (RS);
- centre d'accueil de jour (CAJ).

2. CHARTE QUALITE (ART. 3)

2.1. Texte proposé

*Pour obtenir le label de qualité, l'établissement pour personnes âgées adresse à l'administration une **déclaration sur l'honneur**, dont le modèle est établi par l'administration, dans laquelle il s'engage à respecter la charte relative à la qualité.*

*Le label de qualité peut être retiré à tout moment par le **Ministre**, sur proposition de l'administration et après avis de la Commission, en cas de non respect de la charte relative à la qualité.*

2.2. Observations

L'octroi et le retrait du label de qualité doit faire l'objet d'une méthodologie objectivée et susceptible d'un débat contradictoire.

Une déclaration sur l'honneur sur base d'une déclaration d'intention n'est pas suffisante pour l'octroi. Il faut une grille d'items ou un cahier de charge.

A partir de quel niveau ou type de manquement à la Charte y aurait-il retrait du label? Ce point est d'autant plus important que le texte proposé ouvre la porte à interprétation et peut-être lu de manière diverse (cf. infra).

Aucune forme de recours n'est définie en cas de retrait. Il n'est même pas prévu que le gestionnaire soit entendu. C'est inacceptable.

2.3. Propositions

a) Les points relatifs à la Charte de qualité doivent être retirés et repris dans un arrêté subséquent.

Il doit définir une **méthodologie** pour l'octroi et l'éventuel retrait ainsi que les modalités d'un **débat contradictoire**.

b) L'utilisation de la Charte qualité doit faire l'objet d'une **expérience pilote** avant d'être généralisée.

3. PROGRAMMATION (ART. 5)

3.1. Texte proposé

La programmation des lits de maison de repos se réalise par arrondissement de la manière suivante:

Au premier janvier de chaque année est calculé:

- le coefficient moyen du nombre de lits fixé par le programme pour l'ensemble de la Région wallonne par rapport aux dernières données de l'Institut National de Statistiques de la population âgées de 75 ans et plus (coefficient X);*
- et pour chaque arrondissement, le coefficient moyen du nombre de lits bénéficiant d'un titre de fonctionnement ou d'un accord de principe dans l'arrondissement par rapport aux dernières données de l'Institut National de Statistiques de la population âgées de 75 ans et plus dans l'arrondissement concerné.*

3.2. Observations

Il faudrait que les formules de calcul figurent dans l'arrêté.

Il conviendrait d'avoir connaissance des simulations sur base de la population de 75 ans et plus.

4. ACCORD DE PRINCIPE – TROUBLES SENSORIELS – REFERENCE (ART. 15)

4.1. Texte proposé

Toute demande d'accord de principe est introduite auprès de l'administration. La demande comprend les éléments suivants (...):

3° Une description détaillée de l'établissement tel qu'envisagé témoignant de la volonté de répondre aux normes d'agrément concernant le bâtiment, sa capacité d'accueil, son accessibilité aux personnes en chaise roulante et la réponse aux besoins des personnes souffrant de troubles sensoriels;

4.2. Observations

La prise en compte de troubles sensoriels est justifiée.

Néanmoins, il faudrait préciser par voie de circulaire les attentes et si possible des sources ou référentiels.

5. CONVENTION - REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR - DELAIS DE RIGUEUR (ART. 19)

5.1. Texte proposé

Pour être recevable, la demande d'agrément d'une maison de repos, d'une maison de repos et de soins ou d'un court séjour doit être accompagnée des documents suivants (sauf si, précédemment, ils ont déjà été fournis à l'administration) (...):

7° le projet de convention entre le gestionnaire et le résidant si l'établissement n'utilise pas le modèle type établi par l'administration ;

8° le règlement d'ordre intérieur si l'établissement n'utilise pas le modèle type établi par l'administration;

5.2. Observations

Les modifications de la convention ou du règlement d'ordre intérieur sont à envoyer à l'administration.

Aucun délai de rigueur n'est prévu pour les réactions de l'administration relatives à des modifications de convention ou de règlement d'ordre intérieur. Cela peut induire une insécurité juridique. Nous avons eu connaissance de cas où la modification est transmise et où l'administration a réagi après 6 mois. Ils sont isolés mais très fâcheux.

Il est proposé d'appliquer, *mutatis mutandis*, le délai de rigueur de trois mois prévu dans la procédure d'agrément bruxelloise (Cocom).

5.3. Proposition

"Toute modification de la convention ou du règlement d'ordre intérieur est préalablement soumise à l'approbation de l'administration. Elle dispose de nonante jours à dater de la réception du document pour statuer. A défaut de réponse dans ce délai, la modification est réputée approuvée".

6. AF – CERTIFICAT MEDICAL (ART. 22)

6.1. Texte proposé

La demande d'agrément d'un accueil familial (...) elle doit être accompagnée des documents suivants (...):

3° un certificat médical attestant que la personne accueillante est dans un état de santé compatible avec l'accueil d'une ou de plusieurs personnes âgées à son domicile.

6.2. Observations

Que faut-il entendre par "état de santé compatible avec l'accueil d'une personne âgée"?

Que se passe-t-il si l'état de la personne se dégrade?

Ne faut-il pas renouveler annuellement ce certificat?

7. MR - CAJ - DEMANDE D'AGREMENT (ART. 19 ET 21)

7.1. Observations

Actuellement, en vertu d'un arrêté du Gouvernement wallon du 18 décembre 2003, pour être agréée, une MR avec des lits MRS doit rentrer notamment:

- *une copie des conventions conclues avec d'autres établissements de soins, des établissements ou des services, notamment ceux avec lesquels une liaison fonctionnelle doit être assurée conformément aux normes d'agrément;*
- *le nombre de lits pour lesquels l'agrément spécial est demandé;*
- *le règlement d'ordre intérieur relatif à l'activité médicale;*
- *s'il échet, lorsqu'elle est réglementairement requise, la preuve de la réduction équivalente de lits;*
- *l'acte de nomination ou la convention qui lie l'établissement avec le médecin coordinateur et conseiller.*

Il y a des exigences analogues pour les centres d'accueil de jour qui sont aussi centres de soins de jour.

7.2. Proposition

Puisque l'on va vers un titre unique d'agrément, les mentions spécifiques aux MRS et CSJ doivent être reprises dans la description du dossier de demande figurant dans l'arrêté.

8. FERMETURE D'URGENCE (ART. 26)

8.1. Texte proposé

Si la fermeture d'urgence est motivée par des circonstances imprévisibles dans le chef du gestionnaire, ce dernier conserve son titre de fonctionnement, l'établissement pouvant être remis en activité dès qu'il est avéré qu'il a été remédié aux conséquences à l'origine de la fermeture d'urgence.

Si la responsabilité du gestionnaire est clairement engagée, la décision de fermeture d'urgence est accompagnée d'une proposition de retrait d'agrément et, plus particulièrement, considérant que le comportement du gestionnaire porte gravement atteinte à la santé et à la sécurité des résidents, copie du constat des inspecteurs est transmise sans délai au procureur du Roi.

8.2. Observations

La fermeture d'urgence peut découler:

- de facteurs "exogènes" (inondation, incendie, ...);
- de manquement dans la gestion.

Les deux cas sont de nature fort différente et doivent être traités différemment. Le texte est à revoir.

9. MR - DEROGATION (ART. 30)

Il est prévu un mécanisme de dérogation pour les normes de bâtiment en cas d'impossibilité technique, de coût démesuré ou de conflit de normes.

Cette mesure devrait aussi valoir pour les normes de bâtiment MRS si c'est juridiquement possible (les normes MRS sont fédérales, l'agrément MRS est régional).

10. CAJ - SUBVENTION A INDEXER (ART. 31)

La subvention journalière de 5 euros des centres d'accueil de jour devrait être indexée.

ANNEXE I

11. CHARTE QUALITE

La Charte donne le sentiment d'être un projet de vie standardisé. A ce titre, sa valeur sociale ajoutée est discutable.

Ce texte fait référence à des droits. Il est singulier que l'adhésion à un texte optionnel implique de prendre des initiatives pour que des droits soient respectés.

Par son libellé, la Charte ouvre la porte à des lectures fort subjectives.

La qualité n'est appréhendée que du point de vue du résident. La qualité de vie du personnel et la qualité dans ses implications environnementales sont totalement absentes.

11.1. Respect des droits fondamentaux

11.1.1. Texte proposé

En premier lieu, le respect de la dignité humaine, c'est à dire la reconnaissance de l'identité de chaque personne, le respect de l'histoire individuelle de chacun, de son intimité et de son espace personnel, de sa propre conception du monde, de l'organisation de sa vie spirituelle et le droit de poursuivre le développement de son potentiel humain.

Chaque résidant a aussi droit à l'autonomie, à la sécurité et à l'épanouissement de sa personne. Cela implique entre autres, le droit à la vie privée, le droit à la vie affective, le droit à une vie sexuelle entre adultes consentants, le droit à la participation aux décisions collectives, le droit d'obtenir des services et des aides de manière à accroître son aptitude à vivre de manière indépendante et le respect des rythmes de vie.

Le vouvoiement est la règle.

11.1.2. Redondance avec l'article 4 du Décret

Pour mémoire, cet article prévoit que:

Les établissements pour personnes âgées qui bénéficient d'un titre de fonctionnement en vertu du présent décret sont tenus :

- 1° de respecter les droits individuels des résidents;*
- 2° de garantir le respect de leur vie privée, affective et sexuelle;*
- 3° de favoriser le maintien de leur autonomie;*
- 4° de favoriser leur participation à la vie sociale, économique et culturelle;*
- 5° de garantir un environnement favorable à leur épanouissement personnel et à leur bien-être;*
- 6° d'assurer leur sécurité dans le respect de leurs droits et libertés individuels.*

11.1.3. Dignité humaine

a) Il est proposé une définition de la dignité humaine. Dans la loi CPAS figure cette notion. Elle donne lieu à une jurisprudence aussi imposante que foisonnante. Il ne nous paraît pas raisonnable de prétendre la circonscrire en quatre lignes.

Avoir une vie conforme à la dignité humaine, c'est aussi pouvoir se vêtir, être nourri, être logé, être soigné;...

b) Il est singulier qu'un gestionnaire s'engage par une charte à respecter un droit constitutionnel.

11.1.4. Prise en compte des impératifs de la vie communautaire

*Une norme d'agrément dispose que "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**".*

La charte doit aussi intégrer cet aspect. En particulier, le "*respect des rythmes de vie*" doit exister compte tenu des impératifs de la vie communautaire. A titre d'exemple, il n'est pas concevable que chacun prenne ses repas quand bon lui semble.

11.1.5. Proposition

a) Les éléments garantis à l'article 4 du Décret doivent être retirés.

b) Il ne faut pas proposer une définition de la dignité humaine mais seulement rappeler le principe constitutionnel.

(...) le respect de la dignité humaine, e'est à dire la reconnaissance de l'identité de chaque personne, le respect de l'histoire individuelle de chacun, de son intimité et de son espace personnel, de sa propre conception du monde, de l'organisation de sa vie spirituelle et le droit de poursuivre le développement de son potentiel humain.

c) Ajouter "*compte tenu des impératif de la vie communautaire*" après "*respect des rythmes de vie*".

11.2. L'accueil et l'accompagnement

11.2.1. Texte proposé

Cela implique un accompagnement spécifique pour les personnes désorientées ou présentant des handicaps sensoriels ou autres, un accompagnement pour toute activité extérieure à l'établissement, en ce compris les visites médicales en polyclinique ou auprès de médecins spécialistes ainsi que pour une hospitalisation (en ce compris le choix du mode de transport optimal) et l'accompagnement en coordination en cas de départ.

La fin de vie impose la mise en place d'un accompagnement adapté et renforcé.

11.2.2. Observations

En pratique, l'accompagnement en cas de visite médicale n'est pas nécessairement réalisé par du personnel de l'établissement.

En cas de fin de vie, un "*accompagnement adapté et renforcé*" tombe sous le sens. Mais pratiquement, c'est quoi? On retombe sur une difficulté rencontrée avec la norme qui précise que l'établissement doit avoir suffisamment de personnel.

11.2.3. Proposition

a) Ajouter les mots "*interne ou externe*" après spécifique.

b) *La fin de vie impose également la mise en place d'un accompagnement spécifique adapté et renforcé.*

11.3. La santé

11.3.1. Observations

Les éléments repris renvoient pour l'essentiel à ce qui est prévu dans la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Par ailleurs que signifie "*réaménager ses espoirs*"?

11.3.2. Propositions

Retirer ce qui est déjà garanti par la loi sur les patients et utiliser d'autres mots que "*réaménager ses espoirs*".

11.4. La nutrition et l'alimentation

11.4.1. Sachant que la dénutrition est dommageable pour la santé, il faut absolument y obvier par tous les moyens

Plus haut, on garantit le "*droit d'accepter ou de refuser les traitements exclusivement destinés à prolonger la vie*".

Il y a là un conflit potentiel: par exemple le placement d'une sonde peut aller à l'encontre de ce droit.

Proposition

Ajouter "*compte tenu du droit du résidant d'accepter ou de refuser les traitements exclusivement destinés à prolonger la vie*" après "*tous les moyens*".

1.4.2 La salle de restauration doit ressembler à une vraie salle de restaurant.

Pratiquement, cela veut dire quoi? Que ce n'est pas un réfectoire?

Pour notre part, nous n'avons pas connaissance de "*fausse salle de restaurant*".

11.5. Bien-être

11.5.1. Le bien-être est une sensation de plaisir et d'équilibre physique, psychologique et social qui repose sur la satisfaction des besoins du corps et de l'esprit

Le point 1 garantit le respect de l'"*identité*", de la "*conception du monde*" de chacun et de "*son autonomie*".

La conception qu'un individu peut avoir du bien-être peut différer sensiblement de celle d'un autre compte tenu de son identité et de sa conception du monde.

Dans ce contexte, une définition générale du bien-être n'a pas à être énoncée.

En particulier:

- pourquoi parler uniquement de besoins, i.e. de manques. Un être humain a aussi des désirs, des projets et des rêves;
- la définition ne dit rien de la vie affective. Elle n'est pas à notre estime réductible à une satisfaction de besoin;
- le bien-être peut dépendre du fait de mener une existence en accord avec ses opinions philosophiques ou religieuses. Un musulman qui fait le ramadan, un catholique qui va à la messe ou un bouddhiste qui médite agit en fonction d'une croyance personnelle qui n'est pas réductible à un besoin de l'esprit;
- ce qui est proposé pour améliorer le bien-être est principalement de type matériel.

A notre estime, ce que l'on vise ici c'est essentiellement des soins relationnels et de confort.

En Anglais, pour bien-être, il y a deux termes: wellness et well-being. Ici, c'est uniquement le wellness qui est envisagé. C'est une approche en surface du bien-être.

Proposition

5. Soins relationnels et de confort ~~Bien-être~~

~~Le bien-être est une sensation de plaisir et d'équilibre physique, psychologique et social qui repose sur la satisfaction des besoins du corps et de l'esprit. Une approche du bien-être peut se réaliser~~
~~notamment~~ peut notamment être amélioré par des techniques de soins relationnels, grâce au confort matériel et au respect du physique de la personne.

11.5.2. Les techniques de soins relationnels organisés par une équipe interdisciplinaire composée au mieux d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de logopèdes, de psychologues, d'éducateurs et d'assistants sociaux (...)

- a) Les soignants ont un rôle important dans les soins relationnels et font partie intégrante de l'équipe pluridisciplinaire.
- b) Les besoins relationnels des individus sont variables. Une personne plus "solitaire" ne doit pas se voir imposer des soins relationnels.
- c) Le psychologue et le logopède sont des qualifications utiles. Néanmoins, elles ne sont pas financées. Avoir déjà un psychologue et un logopède est un effort spécifique.

Proposition

Dans le respect de la liberté de chacun, les techniques de soins relationnels organisés par une équipe interdisciplinaire composée ~~au mieux~~ idéalement de soignants, d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de logopèdes, de psychologues, d'éducateurs et d'assistants sociaux (...).

ANNEXE II

12. NORMES INCENDIE

D'après nos informations et après une lecture transversale, sont uniquement supprimés des mesures transitoires dans l'annexe actuelle:

- les points 0.1.1 et 0.1.2;
- le chapitre 4 - dispositions particulières;
- le chapitre 5 - dispositions transitoires.

13. MR - REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR - MESURE DE CONTENTION (1)

13.1. Texte proposé

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 résidant, la durée de la contention ou de l'isolement qui ne peut dépasser une semaine, sa prolongation éventuelle ainsi que les règles spécifiques de surveillance.

13.2. Observations

a) Il ne paraît pas réaliste d'organiser chaque semaine une prolongation avec le médecin. Après une (deux) prolongation(s), il faudrait une durée supérieure à une semaine.

b) Lors de la réunion du 5 mai, la représentante d'Infor-Home a estimé que la famille pouvait s'opposer, sous sa responsabilité, à l'application des mesures de contention.

Ce point devrait être clarifié sur le plan juridique et repris dans la circulaire d'application.

13.3. Suggestion (à affiner)

Ajouter:

"En cas de seconde prolongation, la durée de la mesure peut être d'une durée supérieure à une semaine sans pour autant excéder un mois".

14. MR - CONVENTION - ASSURANCE EN RESPONSABILITE CIVILE (1.6.1.)

14.1. Observations

a) Il y a une obligation d'assurance en responsabilité civile pour le personnel mais pas pour les résidents.

b) A Bruxelles, ce type d'assurance est recommandé et va bientôt être imposé.

c) Cette assurance n'est pas fort onéreuse et évite des charges conséquentes au résidant en cas d'actes malencontreux de sa part. Néanmoins, certains résidents refusent d'y souscrire.

d) Certains gestionnaires offrent cette protection de base par une extension de la police d'assurance de l'établissement.

14.2. Propositions

Ajouter un point du type:

La convention mentionne l'obligation pour la personne âgée d'être couverte par une assurance en responsabilité civile individuelle ou collective.

15. MR – ELEMENTS INCLUS DANS LE PRIX DE JOURNEE (2.1.)

L'avenant du 13 juin 2005 du Protocole 2 du 1^{er} janvier 2003, conclu entre l'Autorité fédérale et les Autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant la politique de santé à mener à l'égard des personnes âgées porte sur les prix qui sont appliqués en institutions d'accueil ou d'hébergement pour personnes âgées.

Les Régions se sont engagées à le traduire dans leur droit respectif.

Il conviendrait d'adapter le texte proposé à la lumière de ce protocole, en distinguant notamment supplément et avances en faveur de tiers.

16. MR - ACCES A UN ORDINATEUR PUBLIC (2.1.)

Texte proposé

Le prix devra couvrir:

La mise à disposition dans un lieu approprié d'un ordinateur permettant l'envoi et la réception de messages par voie électronique.

17. MR - INCLUSION DES SUBSTITUTS DE REPAS DANS LE PRIX DE JOURNEE (2.1.)

17.1. Texte actuel

Les substituts de repas ne sont pris en compte qu'à concurrence du coût d'un repas normal.

17.2. Texte proposé

Le prix de journée couvre notamment les substituts de repas.

17.3. Observations

Le coût d'un substitut peut être plus élevé que celui d'un repas. Il faudrait plutôt que le substitut de repas puisse être facturé pour sa valeur excédent celle du prix de revient des repas.

17.4. Propositions

Ajouter la phrase: *"Les substituts de repas ne sont pris en compte qu'à concurrence du coût d'un repas normal"*.

18. MR - INCLUSION DU MATERIEL D'INCONTINENCE DANS LE PRIX (2.1.2)

18.1. Observations

En secteur public, le matériel d'incontinence est un supplément dans 51,7 % des MR et 70,6 % des MRS. Pour l'ensemble des résidants wallons, c'était 36,4 % en 2003.

Pour les personnes concernées, le matériel d'incontinence est un soin de base. Il y a des abus dans la facturation de ce matériel dans certains établissements.

Certaines familles exercent des pressions sur les équipes de soins pour limiter l'usage de ce matériel, voire viennent avec du matériel inapproprié acheté dans des magasins "discount".

Compte tenu de ces éléments, notre *Fédération est favorable au principe* de l'inclusion du matériel dans le prix de journée et ce afin notamment de clarifier la situation et de la mutualiser.

Accompagné d'un financement Inami, cette inclusion est susceptible d'améliorer l'accessibilité des maisons de repos. Sans financement Inami, elle risque d'induire des hausses de prix.

Il y a eu une opération similaire en Flandre en 2007. Elle a amené une hausse des prix plafonnée à 1 euro pour tous les résidents et ce suite à une concertation avec le secteur¹. Il est à prévoir que cette base soit, le cas échéant, utilisée comme référence en Région wallonne.

Nonobstant le fait que la hausse serait mal ressentie par les résidents autonomes et augmenterait le recours aux débiteurs d'aliment, elle risque d'induire une hausse des dépenses d'aide sociale des CPAS que l'on peut estimer à 1 millions d'euros.

Part des résidents aidés – Secteur public	15,0%	Radioscopie 2006 – Uvcw
Résidents – Belgique	46.250,00	Inami – 2007
Part résidents non incontinent	60,0%	Inami – 2004
Hausse de prix	1	Circ.Communauté flamande
Jour	365	
Institution avec matériel déjà inclus - Wallonie	0,361	Inami – 2003
Coût total	970.840,69	

18.2. Proposition

Accepter le principe de l'inclusion du matériel dans le prix de journée.
Ceci devra être accompagné d'une intervention Inami.

19. MR - PERSONNEL DE REACTIVATION FINANCE PAR LES ORGANISMES ASSUREURS (2.1.1.)

C'est le personnel de réactivation (et non paramédical) qui est financé par les mutuelles.

20. MR-MRS - PRIX UNIQUE (2.1.4.)

Le prix d'hébergement au sein d'un même établissement doit être le même pour les lits de maison de repos et pour les lits de maison de repos et de soins.

21. MR - DOSSIER INDIVIDUEL - DEFINITION (3)

Le contenu du dossier individuel est dorénavant défini non plus dans l'arrêté d'exécution mais dans l'article 23 du Décret.

¹ Circ. 22.5.2007 de la Communauté flamande.

22. MR - DOSSIER DE SOINS (8.1.)

22.1. Texte proposé

8.1. Il est tenu pour chaque résidant un dossier individualisé de soins, éventuellement informatisé. Celui-ci peut être consulté à tout moment par le résidant 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 et paramédicales 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.

8.1.2. Ce dossier individualisé 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.

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

22.2. Texte de l'Inami (art. 152, par.4, A.R. 6.7.1996²)

Les MR et MRS qui hébergent des bénéficiaires classés dans les catégories de dépendance A, B ou C doivent tenir un dossier de soins par bénéficiaire. Il doit comporter:

a) le plan de soins et d'assistance dans les actes de la vie journalière établi par la personne responsable des soins de l'institution, qui précise la contribution des différentes catégories de personnel prévu par l'intervention forfaitaire. Ce plan est évalué et adapté au moins une fois par mois en fonction de l'évolution du degré de dépendance par rapport aux soins;

b) pour les actes techniques effectués par le personnel infirmier et paramédical prévu pour l'intervention forfaitaire: les prescriptions médicales, la nature et la fréquence des actes techniques et l'identité de la personne qui les a dispensés.

22.3. Recommandation du groupe de travail médecin coordinateur de l'Inami

Au niveau de l'Inami, le groupe de travail médecin coordinateur a fait la proposition suivante:

Afin d'éviter les malentendus, il faut bannir l'expression "dossier médical" au profit de l'expression "fiche de liaison faisant partie du dossier de soins". Ces fiches devraient être standardisées et, idéalement, informatisées. Ici aussi la présence d'incitants financiers est nécessaire et il faudrait donc prévoir un mode de financement de cette standardisation. Le groupe de travail estime par ailleurs que les fiches devraient être standardisées par zones de manière à ce que les médecins traitants aient toujours le même type de fiches de liaison à remplir, quelle que soit l'institution où ils exercent.

Il serait également souhaitable de donner une définition, sinon du contenu, du moins de l'objectif précis de ces fiches (assurer une communication claire entre le médecin traitant et l'équipe de

² A.R. portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

soins, et entre le médecin traitant et le médecin qui pourrait être appelé à le remplacer en cas d'urgence).

22.4. Propositions

a) Remplacer le point 8.1.1. par la formule.

Pour tous les résidants, un dossier de soins global est tenu conformément aux dispositions prévues dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

b) Ajouter un paragraphe au point 8.7. pour préciser le rôle de la fiche de liaison.

La fiche de liaison vise à assurer une communication claire entre le médecin traitant et l'équipe de soins, et entre le médecin traitant et le médecin qui pourrait être appelé à le remplacer en cas d'urgence.

23. MR - MEDICAMENTS - PREPARATION - 3 JOURS (8.4.)

23.1. Texte proposé

Les médicaments ne peuvent être préparés ~~pour~~ plus de trois jours à l'avance.

23.2. Observation

La modification vise à éviter des erreurs dans l'administration de médicaments. Préparer un semainier pour un maximum de 7 jours nous semble plus raisonnable.

Le Groupe de travail infirmier de la Commission "Grand âge" a fait état le 6 mai 2009 de pratiques de 3 à 4 jours.

23.3. Proposition

Les médicaments ne peuvent être préparés ~~pour~~ plus de ~~trois~~ sept jours à l'avance.

24. MR- MATERIEL EN CAS D'ISOLEMENT (8.6.1.)

24.1. Texte proposé

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 résidant souffrant d'une maladie contagieuse.

24.2. Observations

La norme a du sens mais jusqu'où va-t-on dans la demande relative au matériel? Il conviendrait d'énumérer le matériel visé par voie de circulaire (gant, bonnet, tablier, chausson).

25. MR - DIRECTEUR - DEROGATION POUR RECRUTEMENT (9.1.)

25.1. Observations

En Région wallonne, dans certaines zones, il devient très difficile de trouver des directeurs ayant l'attestation de connaissance spécifique et ayant satisfait aux épreuves de recrutement. *A contrario*, des personnes, qui ont suivi les cours pour cette attestation il y a longtemps et qui n'ont pas ou peu exercé, satisfont à l'exigence réglementaire mais leurs connaissances ne sont plus en phase avec la réalité d'un secteur qui est en constante mutation.

Par ailleurs, on constate que certaines personnes qui ont récemment suivi la formation de directeur ont un bagage qui ne leur permet pas d'assurer pleinement leur fonction.

25.2. Propositions

En sa séance du 20 mars 2008, le Conseil wallon du troisième âge a proposé de prévoir une possibilité de dérogation à titre exceptionnel (une fois tous les cinq ans):

"En cas d'absence de plus de deux mois, le gestionnaire doit désigner, pour remplacer le directeur, une personne ayant satisfait aux épreuves sanctionnant la formation visée au point 8.1.2 ou par toute personne apportant la preuve qu'il suit ladite formation. Le bénéfice de cette disposition dérogatoire ne peut être invoqué qu'une seule fois tous les 5 ans".

26. MR - DIRECTEUR FORME DANS UNE AUTRE REGION (9.1.2.6.)

26.1. Texte proposé

Les cycles de formations organisés sur la base des réglementations des autres régions ou communautés 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 la formation spécifique.

26.2. Observation

Cette modification positive avait été sollicitée par la Fédération. La personne devra suivre la part du module de base sur la réglementation wallonne.

27. MR - PERSONNEL ADMINISTRATIF - PAS DE FORMATION (9.1.3.)

27.1. Observation

Le personnel de soins et d'hôtellerie doit suivre une formation continuée. Ce n'est pas le cas du personnel administratif. Ce n'est pas équitable.

27.2. Proposition

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

28. MR - 1 JOUR DE FORMATION POUR LE PERSONNEL D'HOTELLERIE (9.2.)

28.1. Texte proposé

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

28.2. Suggestion

Il serait utile de préciser que l'on vise des personnes physiques et non des ETP.

29. MR - UN INFIRMIER OU UN AIDE-SOIGNANT DE NUIT PAR TRANCHE ENTAMEE DE 50 LITS (9.3.3.)

29.1. Actuellement

1 par tranche entamée de 75 lits.

29.2. Normes à Bruxelles

Jusque 60 résidants: 1 membre du personnel soignant;

- *par tranche de 60 résidants supplémentaires: 1 membre du personnel soignant supplémentaire;*
- *à partir de 75 résidants dont au moins 50 sont des cas B ou C: 1 membre du personnel soignant + 1 infirmier(ère);*
- *à partir de 101 résidants, quel que soit le nombre de cas B ou C: 1 membre du personnel soignant + 1 infirmier(ère);*
à partir de 121 résidants: 2 membres du personnel soignant + 1 infirmier(ère);
- *à partir de 181 résidants: 3 membres du personnel soignant + 1 infirmier(ère) (art. 110, 112 et 113).*

29.3. Aspects financiers

29.3.1. Combien d'ETP faut-il pour assurer une permanence de 8 heures - 7 jours sur 7?

365	jours calendrier
104	jours de week-end (non prestés)
24	jours de congés légaux (non prestés)
10	autres congés (moyenne: jours fériés, congés locaux, congés liés à l'âge, ...) (hypothèse)
227	jours prestables
15	jours d'absence autres que congé (hypothèse)
6,6%	"taux d'absentéisme"
1	jour de formation (hypothèse)

211	jours prestés	
Une personne qui est à temps plein preste		211 jours.
Si on est dans un régime de 8 heures par jour, pour avoir une personne 8 heures par jour, 7 jours sur 7, il faut:		
1,73 ETP	=365/211	

Dans un régime de 38 heures semaine, il faut donc 1,82 ETP.

29.3.2. Que coûte un membre du personnel soignant 8 heures, 7 jours sur 7?

Selon les barèmes Inami, un membre du personnel soignant coûte en moyenne avec 10 ans d'ancienneté 43.615,53 euros sur base annuelle.

Cela implique un surcoût de $1,82 * 43.615$, euros, soit 79.381,12 euros par an.

29.3.3. Quel serait l'impact du changement?

Avec une norme de 75, il faut dans les maisons de repos publiques 232 ETP la nuit.

Avec une norme de 50, il faut dans les maisons de repos publiques 325 ETP la nuit, soit 93 en plus.

Cela implique un surcoût de **7,4 millions d'euros**. A cela s'ajouterait la hausse d'aide sociale.

Avec une personne par tranche de 60, il faudrait 36 ETP en plus, soit un surcoût de 2,9 millions d'euros.

29.3.4. Quel serait le surcoût potentiel par jour et lit?

En moyenne: 1,63 euro

Dans un établissement de 101 lits: 2,1 euros.

Dans un établissement de 60 lits: 3,6 euros.

On doit craindre des hausses de prix et d'aide sociale.

Ces hausses seraient d'autant plus douloureuses si elles s'ajoutaient à une majoration pour le matériel d'incontinence (cf. supra).

29.3.5. Aspect qualité

a) Une personne seule la nuit avec 75 résidents, c'est peu. Si cette personne a un malaise ou accident, les résidents sont livrés à eux-mêmes.

Si un résident tombe du lit, il est difficile de le relever seul(e).

Un membre de personnel seul peut éprouver dans un grand établissement un sentiment d'insécurité.

b) A Bruxelles, on est passé à 1 par 60 en 1996. Afin d'éviter des coûts, il y a eu en bonne partie un glissement du personnel du jour vers la nuit. Le renforcement de l'équipe de nuit s'est fait pas un déforçement de l'équipe de jour.

29.3.6. Propositions

La deuxième personne doit venir "plus vite" mais il n'est pas opportun d'avoir trois personnes la nuit dans un établissement de 101 lits.

- a) Définir une norme par résidants et non par lits.
- b) Moins de 60 résidants : 1 personne.
Par tranche supplémentaire entamée de 70: 1 personne.

nb: Cette orientation a été retenue le 5 mai mais en tenant compte des lits y compris ceux des résidences-services. Sans les lits résidences-services, son impact peut être estimé à 0,56 euro par jour et résidant en moyenne, soit 2,3 millions d'euros au niveau du secteur public.

30. MR - NORMES DE PERSONNEL DE SOINS DE JOUR (9.3.5)

30.1. Texte proposé

9.3.5. Dans les maisons de repos de 50 lits et plus, 1,5 équivalent temps plein de personnel de soins ou de réactivation est requis par tranche entamée de 10 lits.

30.2. Observations

A Bruxelles, on a pris l'option de se référer aux normes Inami dans un souci de simplification administrative. Ne pourrait-on faire de même pour les établissements de plus de 50 lits?

30.3. Proposition

Les maisons de repos de 50 lits et plus disposent du personnel imposé par l'arrêté ministériel du 6 novembre 2003 fixant le montant et les conditions d'octroi de l'intervention visée à l'article 37, par. 12, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dans les maisons de repos et dans les maisons de repos et de soins pour personnes âgées.

31. MR - 2 JOURS DE FORMATION PAR AN POUR LE PERSONNEL DE SOINS ET DE REACTIVATION (9.3.9.)

31.1. Texte proposé

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.

31.2. Observations

a) Il existe déjà des exigences de formation de l'Inami en matière de soins palliatifs et de soins aux déments.

En outre, en vertu de la réglementation relative aux professionnels de soins de santé, le personnel soignant doit suivre au moins 8 heures de formation continue.

b) La formation est un plus en terme de qualité. Aucun financement n'est prévu par la Région pour la formation. Notre Centre de formation est disposé à examiner cette question avec la Région wallonne pour ce qui concerne les maisons de repos du secteur public.

c) A Bruxelles, à l'avenir, l'exigence sera la suivante:

Le personnel de soins et de réactivation est tenu de participer à une formation continuée de minimum 30 heures par deux ans pour un ETP.

Le fait de travailler sur deux ans facilite l'organisation.

d) Le personnel de soins recouvre aussi le personnel de réactivation.

31.3. Propositions

Chaque personne membre du personnel de soins est tenue de participer à une formation continuée de minimum 30 heures par deux ans.

32. MR - ENREGISTREMENT DU DELAI DE REPONSE AUX APPELS (13.3.)

32.1. Texte proposé

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

32.2. Observation

Le délai de conservation des enregistrements gagnerait à être précisé.
A Bruxelles, dans un projet pour une norme similaire, on a opté pour 3 mois.

33. MR - BAIGNOIRE OU DOUCHE A HAUTEUR VARIABLE (14.4.)

33.1. Texte actuel (13.4)

Il y a lieu de prévoir au minimum une baignoire ou une douche par douze personnes.

33.2. Texte proposé

*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.*

34. MR - BAIGNOIRE A HAUTEUR VARIABLE (14.5)

34.1. Propositions

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

Pour les nouveaux bâtiments, les extensions ou les réaménagements qui feront l'objet d'un accord de principe après le 31 décembre 2009, une baignoire à hauteur variable supplémentaire sera prévue lorsque l'établissement dépasse, au-delà des trente premiers résidants, la moitié de toute nouvelle tranche de trente résidants.

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

34.2. Observations

Cette disposition étend aux MR la norme MRS. Elle est positive mais a un coût.

35. MR - FIN DES CHAMBRES A 3 LITS (15.5)

35.1. Texte proposé

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

35.2. Observations

En secteur public wallon, il subsiste environ 10 % de chambres à plus de deux lits. Une part d'entre elles sont toutefois occupées par 1 ou 2 personnes. En outre, la majorité des chambres à plus de deux lits sont à terme condamnées faute de demande.

Chambre à:	
1 lit	67,9 %
2 lits	22,4 %
Cabinet de toilette	57,1 %

36. MR - FACTURES - PLUS DE MENTION DE L'INTERVENTION INAMI (17.2)

36.1. Texte actuel (16.4)

Une facture mensuelle détaillée, incluant la mention de l'intervention de l'Inami, établit la balance des sommes dues et des recettes.

36.2. Texte proposé (17.2)

Une facture mensuelle détaillée établit la balance des sommes dues et des recettes.

36.3. Observation

Cette modification va dans le sens de la simplification administrative.

37. MR - UNITES POUR PERSONNES DESORIENTEES (18.3 – 18.4.)

37.1. Texte actuel

Le lieu de vie doit avoir une superficie minimale de 60 m² et être composé d'un espace cuisine, accessible et adapté, d'une table unique autour de laquelle toute la communauté de vie se rassemble, ainsi que d'un espace de repos muni de fauteuil.

La continuité de la présence du personnel est assurée.

37.2. Texte proposé

Il est prévu un lieu de vie d'une superficie de l'ordre de cinq m² par résidant et composé d'un espace cuisine, accessible et adapté, d'une table unique ou de plusieurs tables permettant de rassembler les résidants et le personnel et permettant une participation conviviale aux repas et aux activités collectives, ainsi qu'un espace de repos muni de fauteuils en nombre suffisant.

Au moins un membre du personnel de soins est présent dans l'unité adaptée de 7 heures à 21 heures.

37.3. Observations

Ne faudrait-il pas envisager un deuxième modèle? Il semble qu'il y ait des formules alternatives, à Charleroi notamment.

38. CONSEIL DES RESIDANTS

Relevons que les normes sur ce Conseil sont dorénavant à l'article 24 du Décret alors qu'elles étaient à l'article 34bis de l'actuel arrêté.

ANNEXE IV

39. RS- ACCES A UN ORDINATEUR PUBLIC (2.1.)

39.1. Texte proposé

Le prix devra couvrir:

La mise à disposition dans un lieu approprié d'un ordinateur permettant l'envoi et la réception de messages par voie électronique;

39.2. Observations

L'ordinateur commun a du sens en maison de repos. Mais en résidences-services? L'ordinateur ne sera t-il surtout d'usage privé?

40. RS – FACTURATION EN SUPPLEMENT DE L'ENERGIE ET DE L'EAU (2.1.2)

40.1. Texte proposé

A moins que des compteurs individuels ne mesurent les consommations correspondant aux logements individuels, le prix comporte en outre:

- *le chauffage;*
- *l'eau courante, chaude et froide;*
- *les consommations électriques.*

40.2. Observations

Dans une logique de "All in", il est surprenant de facturer ces éléments en suppléments.

Il est un peu paradoxal de prôner l'inclusion du matériel d'incontinence et de requérir la facturation en supplément du chauffage et de l'eau qui renvoient à des besoins de base.

TABLE DES MATIERES	1
1. Observations générales.....	1
1.1. Cohérence des normes - Risque de chevauchement.....	1
1.2. Vers des hausses de prix... et d'aide sociale	1
1.3. Se donner le temps de la réflexion	1
2. Charte qualité (art. 3)	2
2.1. Texte proposé	2
2.2. Observations.....	2
2.3. Proposition	2
3. Programmation (art. 5).....	2
3.1. Texte proposé	2
3.2. Observations.....	3
4. Accord de principe – troubles sensoriels – reference (art. 15).....	3
4.1. Texte proposé	3
4.2. Observations.....	3
5. Convention - reglement d'ordre interieur - délais de rigueur (art. 19)	3
5.1. Texte proposé	3
5.2. Observations.....	3
5.3. Proposition	4
6. AF – certificat médical (art. 22)	4
6.1. Texte proposé	4
6.2. Observations.....	4
7. MR - CAJ - demande d'agrement (art. 19 et 21)	4
7.1. Observations.....	4
7.2. Proposition	4
8. Fermeture d'urgence (art. 26)	5
8.1. Texte proposé	5
8.2. Observations.....	5
9. MR - derogation (art. 30)	5
10. CAJ - subvention a indexer (art. 31)	5
Annexe I	5
11. Charte qualité	5
11.1. Respect des droits fondamentaux	6
11.1.1. Texte proposé	6
11.1.2. Redondance avec l'article 4 du Décret	6
11.1.3. Dignité humaine	6
11.1.4. Prise en compte des impératifs de la vie communautaire	6
11.1.5. Proposition	7
11.2. L'accueil et l'accompagnement.....	7
11.2.1. Texte proposé	7
11.2.2. Observations.....	7
11.2.3. Proposition	7
11.3. La santé	7
11.3.1. Observations.....	7
11.3.2. Propositions.....	8
11.4. La nutrition et l'alimentation.....	8
11.4.1. Sachant que la dénutrition est dommageable pour la santé, il faut absolument y obvier par tous les moyens	8
1.4.2 La salle de restauration doit ressembler à une vraie salle de restaurant.....	8
11.5. Bien-être	8

11.5.1. Le bien-être est une sensation de plaisir et d'équilibre physique, psychologique et social qui repose sur la satisfaction des besoins du corps et de l'esprit	8
11.5.2. Les techniques de soins relationnels organisés par une équipe interdisciplinaire composée au mieux d'ergothérapeutes, de kinésithérapeutes, de logopèdes, de psychologues, d'éducateurs et d'assistants sociaux (...)	9
ANNEXE II.....	9
12. Normes incendie.....	9
ANNEXE III	10
13. MR - Reglement d'ordre interieur - mesure de contention (1)	10
13.1. Texte proposé	10
13.2. Observations.....	10
13.3. Suggestion (à affiner).....	10
14. MR - convention - assurance en responsabilité civile (1.6.1.)	10
14.1. Observations.....	10
14.2. Propositions.....	10
15. MR – éléments inclus dans le prix de journée (2.1.).....	11
16. MR - accès à un ordinateur public (2.1.).....	11
Texte proposé.....	11
17. MR - inclusion des substituts de repas dans le prix de journée (2.1.).....	11
17.1. Texte actuel	11
17.2. Texte proposé	11
17.3. Observations.....	11
17.4. Propositions.....	11
18. MR - Inclusion du matériel d'incontinence dans le prix (2.1.2).....	11
18.1. Observations.....	11
18.2. Proposition	12
19. MR - personnel de réactivation financé par les organismes assureurs (2.1.1.).....	12
20. MR-MRS - prix unique (2.1.4.).....	12
21. MR - Dossier individuel - définition (3)	12
22. MR - Dossier de soins (8.1.)	13
22.1. Texte proposé	13
22.2. Texte de l'Inami (art. 152, par.4, A.R. 6.7.1996)	13
22.3. Recommandation du groupe de travail médecin coordinateur de l'Inami.....	13
22.4. Propositions.....	14
23. MR - médicaments - préparation - 3 jours (8.4.).....	14
23.1. Texte proposé	14
23.2. Observation	14
23.3. Proposition	14
24. MR- matériel en cas d'isolement (8.6.1.)	14
24.1. Texte proposé	14
24.2. Observations.....	14
25. MR - Directeur - dérogation pour recrutement (9.1.).....	15
25.1. Observations.....	15
25.2. Propositions.....	15
26. MR - directeur formé dans une autre Région (9.1.2.6.)	15
26.1. Texte proposé	15
26.2. Observation	15
27. MR - Personnel administratif - pas de formation (9.1.3.)	15
27.1. Observation	15
27.2. Proposition	15

28. MR - 1 jour de formation pour le personnel d'hôtellerie (9.2.)	16
28.1. Texte proposé	16
28.2. Suggestion	16
29. MR - Un infirmier ou un aide-soignant de nuit par tranche entamée de 50 lits (9.3.3.)	16
29.1. Actuellement	16
29.2. Normes à Bruxelles	16
29.3. Aspects financiers	16
29.3.1. Combien d'ETP faut-il pour assurer une permanence de 8 heures - 7 jours sur 7?... 16	
29.3.2. Que coûte un membre du personnel soignant 8 heures, 7 jours sur 7?	17
29.3.3. Quel serait l'impact du changement?.....	17
29.3.4. Quel serait le surcoût potentiel par jour et lit?	17
29.3.5. Aspect qualité	17
29.3.6. Propositions	18
30. MR - Normes de personnel de soins de jour (9.3.5)	18
30.1. Texte proposé	18
30.2. Observations	18
30.3. Proposition	18
31. MR - 2 jours de formation par an pour le personnel de soins et de réactivation (9.3.9.)	18
31.1. Texte proposé	18
31.2. Observations	18
31.3. Propositions	19
32. MR - Enregistrement du délai de réponse aux appels (13.3.)	19
32.1. Texte proposé	19
32.2. Observation	19
33. MR - Baignoire ou douche à hauteur variable (14.4.).....	19
33.1. Texte actuel (13.4).....	19
33.2. Texte proposé	19
34. MR - Baignoire à hauteur variable (14.5)	20
34.1. Propositions	20
34.2. Observations	20
35. MR - Fin des chambres à 3 lits (15.5)	20
35.1. Texte proposé	20
35.2. Observations	20
36. MR - Factures - plus de mention de l'intervention inami (17.2)	20
36.1. Texte actuel (16.4).....	20
36.2. Texte proposé (17.2)	20
36.3. Observation	21
37. MR - Unités pour personnes désorientées (18.3 – 18.4.)	21
37.1. Texte actuel	21
37.2. Texte proposé	21
37.3. Observations	21
38. Conseil des résidents	21
Annexe IV	21
39. RS- Accès à un ordinateur public (2.1.)	21
39.1. Texte proposé	21
39.2. Observations	21
40. RS – Facturation en supplément de l'énergie et de l'eau (2.1.2)	22
40.1. Texte proposé	22
40.2. Observations	22