

Charleroi, le **21 MAR. 2025**

**CIRCULAIRE A L'ATTENTION DES
DIRECTEURS DES MAISONS DE
REPOS POUR PERSONNES
AGEES et de MAISONS DE REPOS
ET DE SOINS**

Pour information aux fédérations

Rue de la Rivelaine, 21
6061 CHARLEROI
www.aviq.be

DIRECTION ACCUEIL ET HEBERGEMENT SANTE

Nos réf. : AVIQ/DAHS/MB/11-26/circ.MR.2024/06 DAHS

Personnes de contact :	Benoît Marot	benoit.marot@aviq.be	071 33 76 06
	Marc Delwaide	marc.delwaide@aviq.be	071 33 73 15

CIRCULAIRE MR 2024/01 DAHS

Objet : Mise en œuvre de l'arrêté du Gouvernement wallon du 14 décembre 2023 modifiant l'annexe 120 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, en ce qui concerne la prise en charge de l'incontinence et de la nutrition au sein des maisons de repos et de soins et des maisons de repos (Moniteur belge 5/2/2024) – Entrée en vigueur et modalités de contrôle et d'évaluation.

Madame la Directrice,

Monsieur le Directeur,

Un arrêté du Gouvernement wallon du 14 décembre 2023 modifiant l'annexe 120 du Code réglementaire wallon de l'Action sociale et de la Santé, en ce qui concerne la prise en charge de l'incontinence et de la nutrition au sein des maisons de repos et de soins et des maisons de repos a été adopté et publié le 5 février 2024 au Moniteur belge.

Il est entré en vigueur un an après sa publication au Moniteur belge, soit le **15 février 2025**.

Contexte de l'adoption de l'AGW du 14 décembre 2023

Ces dix dernières années, l'état de santé et le profil de la population en maison de repos (et de soins) a grandement évolué si bien qu'il a été jugé indispensable d'adapter les normes réglementaires pour garantir une qualité des soins optimale et efficace et une politique de prévention des risques.

L'accompagnement de la continence et la nutrition constituent un levier important pour mettre en œuvre une politique de prévention et de promotion de la santé dans les structures d'hébergement pour aînés.

Cet arrêté précise notamment l'interdépendance de ces deux concepts. En effet, l'avancée en âge engendre chez la personne âgée une perte d'appétit qui entraîne une perte d'énergie et un amaigrissement, lesquels favorisent le risque de dénutrition. Il existe aussi une corrélation entre la nutrition, les infections urinaires, les escarres et les chutes¹.

L'incontinence et la dénutrition sont deux facteurs significatifs qui augmentent le risque de chute chez la personne âgée.

L'incontinence relève de la sphère intime du résident et reste ainsi de l'ordre du tabou alors même que son manque de prise en charge a un impact sur la qualité de vie du résident et sur la charge de travail des professionnels.

L'incontinence ne doit pas être vue comme une normalité mais bien comme un syndrome gériatrique à investiguer par la recherche de la ou des causes et des traitements à proposer pour éviter la mise en place systématique de protections palliatives. De nouvelles pratiques professionnelles, des exercices de kinésithérapie ou des traitements médico-chirurgicaux peuvent prévenir, réduire et régler ce problème.

Comme le rappelle le centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE)² en 2018 dans un de ses rapports sur l'utilisation du forfait incontinence ainsi que plusieurs autres études et rapports³⁴⁵⁶, l'incontinence n'est pas uniquement liée au vieillissement même si celui-ci a un effet physiologique sur divers organes liés à la continence (les reins, la vessie, les muscles du plancher pelvien, la prostate, etc.).

Concernant la nutrition, des études en MR/MRS (Nutriaction 2008-2013, SPF-SP 2011) montrent que près d'une personne sur 5 est dénutrie et qu'une personne sur 2 est à risque de dénutrition.

En maison de repos, les résidents sont souvent atteints de syndromes gériatriques caractérisés notamment par une anorexie liée à l'âge, une satiété précoce, un allongement de la période de satiété et une prise de repas plus longue.

Les personnes âgées ont des besoins nutritionnels différents des adultes plus jeunes, vu leur âge et vu leurs problèmes de santé. Ils doivent dès lors bénéficier d'une prise en charge préventive ou curative et personnalisée au niveau de leur alimentation.

Un webinaire a eu lieu le 29 février 2024, à la suite de la publication du texte au Moniteur belge : vous pouvez retrouver la présentation à l'adresse :

https://www.avig.be/sites/default/files/documents_pro/2024-03/Webinaire%20modification%20AGW%20incontinence%20et%20nutrition.pdf

¹ [FICHE CONSEILS NUTRITION DEF.pdf \(sraenutrition.fr\)](#)

² [Optimalisation des forfaits pour incontinence | KCE \(fgov.be\)](#)

³ Cardozo, L, Rovner, E, Wagg, A, Wein, A, Abrams, P. (Eds) Incontinence 7th Edition (2023). ICI-ICS. International Continence Society, Bristol UK, ISBN: 978-0-9569607-4-0.

⁴ [L'incontinence urinaire chez la personne aînée - Exercices et traitements \(chumontreal.gc.ca\)](#)

⁵ Les aînés et le vieillissement-L'incontinence : [Incont-fra.pdf \(canada.ca\)](#)

⁶ L'incontinence urinaire : [Urofrance | Incontinence urinaire \(fuites d'urine\) - Urofrance](#)

Lors de ce webinaire, des questions ont été posées et des réponses élaborées : ces échanges vont faire l'objet d'une publication sur le portail de l'AVIQ, après concertation avec les fédérations du secteur.

Dans l'intervalle, la présente circulaire apporte déjà des **recommandations** d'outils sur la base de l'existant « evidence based » et des **échanges** entre l'agence et le secteur.

Elle vise aussi à exposer la manière dont l'AVIQ procédera à l'**évaluation** et au **contrôle** de la mise en œuvre du dispositif.

Elle est déclinée en points relatifs à la continence, la nutrition, les chutes, l'hygiène buccodentaire, les escarres avant d'aborder le rôle de la Direction de l'Audit et de l'Inspection.

1. La continence

L'annexe 120 du CRWASS est complétée par un paragraphe (20.4) sur la gestion de la continence :

« Toute maison de repos et toute maison de repos et de soins disposent de procédures écrites concernant l'évaluation, la gestion de la continence et les moyens mis en œuvre pour la maintenir. Elle dispose de matériel d'incontinence adapté en quantité et en qualité suffisante pour satisfaire aux besoins personnalisés du résident identifiés dans le dossier individualisé de soins du patient, à la suite de l'évaluation et de la mise à jour de celle-ci. Ce matériel est accessible à tout moment. »

Afin de vous aider à construire la procédure, voici les éléments qui nous semblent importants d'intégrer à celle-ci :

- Les différentes missions des professionnels au chevet du résident en termes de maintien et gestion de la continence,
- Les outils utilisés pour évaluer les éventuelles incontinences,
- Les moyens mis en œuvre pour maintenir la continence,
- La gestion des dispositifs d'aide à la continence et le cas échéant, du choix du matériel d'incontinence.

Pour réaliser un plan de soins personnalisé de la continence et déterminer le matériel d'incontinence dont le résident a besoin, des diagrammes décisionnels ou tout autre outil fourni par vos fournisseurs sont utilisés et conservés dans le dossier individualisé de soins afin de démontrer qu'une démarche réflexive a lieu.

Afin de prévenir l'incontinence dite « par urgenturie », les horaires des tours de changes doivent s'adapter, dans la mesure du possible, au rythme physiologique des résidents. Il est recommandé d'utiliser un calendrier mictionnel qui permet de connaître les habitudes mictionnelles et également de satisfaire aux besoins personnalisés du résident.

En fonction des capacités physiques et cognitives du résident, il ne sera pas toujours possible de réaliser ces évaluations et de mettre en place des actions préventives et curatives. Il vous est néanmoins demandé de noter toutes les actions et justifications au sein du dossier individuel de soins afin de montrer la démarche réflexive qui se fait au sein de votre établissement, pour chaque résident.

Concernant les évaluations :

La nouvelle réglementation précise en son point 8.1.1. " Des évaluations sont établies par le personnel de soins à l'admission du résident dans l'établissement et tenues à jour afin d'assurer le suivi et la continuité des soins, à propos de la continence au moyen d'outils spécifiques à la continence urinaire ou fécale, de l'état nutritionnel, des risques de chute et d'escarre. Les données et le résultat des évaluations sont enregistrées dans le dossier individualisé de soins afin de suivre l'évolution de la santé du résident et de planifier des actions en vue d'améliorer la qualité de vie de celui-ci. »

De manière générale, il existe des échelles et des outils d'évaluation divers que vous pouvez choisir afin qu'ils s'adaptent à la population rencontrée, aux contextes de soins de votre établissement, ou au choix d'utilisation de l'équipe.

L'utilisation de ces outils et échelles n'enlève en rien l'importance du jugement clinique des différents professionnels qui sont à même de détecter des situations particulières.

Afin de vous aider dans votre choix, voici un ensemble de sites officiels où sont répertoriés des outils et échelles validés :

- Belgian Screening Tools : [BeST3 intropagina \(ugent.be\)](#)
- Instruments de mesures et guidelines pour les infirmiers : [Instruments de mesure et guidelines pour les infirmiers | SPF Santé publique \(belgium.be\)](#).
- Base de données numérique réunissant tous les guides de pratique clinique et autres supports d'information evidence-based à destination des prestataires de soins belges : [Home | Ebpracticenet \(ebpnet.be\)](#)

Outils spécifiques à la continence urinaire ou fécale :

La continence, comme d'autres problèmes de santé, doit être évaluée au moyen d'outils spécifiques⁷⁸, afin d'éviter les interprétations du personnel et/ou du résident. Ces évaluations permettent également d'orienter et d'adapter les prises en charge ainsi que d'évaluer le résultat des interventions mises en place.

Actuellement, au sein des établissements, la continence est la plupart du temps évaluée au moyen de l'échelle de Katz qui n'est pas adéquate étant donné que celle-ci est non spécifique, ne permettant donc pas de caractériser l'incontinence et d'envisager les interventions adéquates.

Nous vous proposons une liste d'échelles pour la continence urinaire et fécale :

Incontinence urinaire	Incontinence fécale
Echelle de mesure du handicap urinaire	Score de Pescatori
L'International consultation incontinence questionnaire short form	Score de Vaizey
Contilife	Questionnaire de constipation (KESS)
Urinary symptom profile	

⁷ Recommandations pour l'utilisation du calendrier mictionnel et des questionnaires de symptômes ou de qualité de vie dans l'évaluation d'une incontinence urinaire : [TEXF-PU-2007-00171252-6-2.PDF \(urofrance.org\)](#)

⁸ Société nationale française de colo-proctologie : Scores et outils : [Scores et outils » SNFCP](#)

Au-delà des propositions d'échelles ou d'outils mentionnés dans la circulaire, si d'autres outils propres à l'établissement sont utilisés et répondent à l'objectif de la norme, selon l'équipe de soins, ceux-ci peuvent être conservés. Nous y reviendrons dans la partie consacrée à l'évaluation de la mise en œuvre et au contrôle.

2. La nutrition

Dans l'annexe 120 du CRWASS, les points 8.1.1. et 3.1.5. sont relatifs au dossier de soins du résident et complétés, le cas échéant à la suite d'une prescription du médecin traitant, par un paragraphe sur les directives paramédicales en diététique.

Evaluations de l'état nutritionnel (point 8.1.1. et 7.8. et 7.10.) :

Dans ce cadre, il importe de dépister la dénutrition et d'évaluer sa sévérité.

Les évaluations de l'état nutritionnel commencent tout d'abord par **la mesure de la taille et une pesée mensuelle** avec report du poids sur un abaque de suivi de poids avec les alarmes prévues (réf point 3.1.5. Le dossier de soins 3°, c, v), car ce sont déjà les variations de poids qui révèlent des modifications de la composition corporelle et permettent une première évaluation grossière des réserves nutritionnelles de l'organisme. Si l'encodage du poids sur l'abaque déclenche une alarme, il est recommandé de réaliser le MNA afin de d'évaluer son état nutritionnel.

Le MNA est un outil gériatrique validé : la première partie du MNA (MNA Short Form) permet d'identifier les personnes âgées dénutries ou présentant un risque de dénutrition et la deuxième partie du MNA (MNA Long Form) permet une évaluation plus en profondeur afin d'estimer la sévérité du mauvais état nutritionnel.

Il est conseillé d'utiliser le MNA lorsqu'une alarme apparaît sur l'abaque de suivi de poids et obligatoirement à l'admission, chaque fois que l'état de santé du résident le requiert et au moins une fois par an, et dans tous les cas à la suite d'une chute ou d'une hospitalisation (8.1.1.)⁹.

Le MNA permet de classer tous les résidents en fonction de leur statut nutritionnel (*bon état nutritionnel, risque de dénutrition, dénutrition avérée*)

Le résident identifié à risques (de dénutrition) (7.8. et point 3.1.5. Le dossier de soins 3°, c, v) est le résident qui a été dépisté à l'aide du MNA et dont le statut nutritionnel est à risque de dénutrition ou de dénutrition avérée.

Les évaluations de l'état nutritionnel (8.1.1.) doivent être réalisées :

- A l'admission du résident et tenues à jour ;
- Sur une base individuelle et chaque fois que l'état de santé le requiert ;
- Au moins une fois par an ;
- A la suite d'une chute ¹⁰ ;
- A la suite d'une hospitalisation ¹¹.

Afin d'assurer le suivi et la continuité des soins nutritionnels du **résident identifié à risques**, le **plan individuel de soins nutritionnels** est présent dans le dossier individuel de soins et comprend les données suivantes (7.8.) :

- la mesure de la **taille** ;

⁹ À savoir, une chute qui entraîne des conséquences (et donc pas à chaque chute) ou à la suite d'une hospitalisation de plusieurs jours.

¹⁰ Voir note 9

¹¹ Voir note 9.

- la **pesée mensuelle** avec report du poids sur un abaque de suivi de poids comprenant les alarmes (indice de masse corporelle et critères phénotypiques) ;
- les résultats du dépistage de la dénutrition et de l'évaluation nutritionnelle du résidant par le Mini Nutritional Assesment (**MNA**) ;
- le **statut nutritionnel** du résidant (ndlr : à risque ou pas) ;
- le **plan d'actions nutritionnel**, l'actualisation régulière de celui-ci et l'évaluation des actions selon une concertation pluridisciplinaire en tenant compte de l'état général du résidant et selon les directives médicales.

Les évaluations de l'état nutritionnel doivent donc se trouver dans les « directives paramédicales en diététique » qui se trouvent dans le dossier de soins (point 3.1.5. Le dossier de soins 3°, c, v)

La nourriture est adaptée aux besoins nutritionnels qualitatifs et quantitatifs de la personne âgée. (7.1.)

Les rations alimentaires et leurs textures sont adaptées aux besoins nutritionnels du résident afin que chaque résident puisse bénéficier au minimum d'un apport adéquat personnalisé à son état de santé physique et psychique. (7.9.) Voir Le plan d'actions nutritionnel.

Les régimes diététiques prescrits par le médecin traitant sont observés. La diversité culturelle et les habitudes des résidents sont prises en compte (7.1.)

3. Les chutes

Evaluation du risque de chute :

Dans le cadre de cet AGW, une évaluation du risque de chute est demandée au 8.1.1. Que cela soit la dénutrition ou l'incontinence, ils sont tous les deux facteurs de risque et donc doivent être intégrés dans cette évaluation du risque de chute, en plus des différents facteurs de risque élevés, tels que l'âge, le sexe, les pathologies chroniques, la prise de médicaments, la peur de chuter¹².

En effet, la dénutrition va engendrer une sarcopénie qui aura pour conséquence une perte de masse et de force musculaire qui aura elle un impact majeur sur l'équilibre et la marche.

Pour l'incontinence, la relation est multiple également, le fait de se déplacer rapidement, et le fait de centrer l'attention sur le problème de l'incontinence engendre une moindre vigilance lors des déplacements et ainsi accroît le risque de chutes.

Pour les résidents pouvant se déplacer y compris avec l'aide d'une personne ou d'une aide technique, l'outil d'évaluation préconisé est le Timed Up and Go¹³. Il y a également le test Tinetti.¹⁴

L'évaluation du risque de chute et les interventions à mettre en place peuvent suivre l'algorithme mis en place par « Montero-Odasso et al¹⁵ » que l'on retrouve dans la

¹² Bourdessol, H., & Stéphanie Pin. (2005). *Prévention des chutes chez les personnes âgées à domicile*. France: Inpes.

¹³ [Kinésithérapeutes - Circulaire 2006/5 \(fgov.be\)](#)

¹⁴ [Nomenclature kinésithérapie - Article 7 de la nomenclature \(fgov.be\)](#)

¹⁵ Montero-Odasso M, van der Velde N, Martín FC, Petrovic M, Tan MP, Ryg J, et al. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative. *Age Ageing* 2022;51(9). Figure 1. Algorithm for

synthèse de bonne pratique de la Haute Autorité de la Santé¹⁶ sur les personnes âgées à risque de chute. Cet algorithme propose une classification du risque de chutes en 3 catégories : faible risque, risque intermédiaire et haut risque.

Les résidents restant alités ou en chaise roulante ne sont pas épargnés par ce risque de chute, par un effet de déconditionnement physique et fonctionnel qui va engendrer des déséquilibres musculosquelettiques entraînant la chute.

4. L'hygiène buccodentaire

Procédure et évaluation de l'hygiène buccodentaire

Il existe plusieurs outils d'évaluations d'évaluation de l'hygiène buccodentaire qui sont : ROAG, OAG, OHAT, BOHSE, GOSO-PAD.

A la suite d'un groupe de travail composé d'experts et d'établissements pratiquant déjà l'évaluation de l'état buccodentaire, il ressort que l'outil préconisé est le ORAL HEALTH ASSESSMENT TOOL (OHAT) qui reprend 8 items qui sont : les lèvres, la langue, l'ensemble gencive-muqueuse, la salive, les dents naturelles, les prothèses, l'hygiène buccale et la douleur.

Proposition de procédure :

- L'outil d'évaluation utilisé (OHAT)
- L'examen visuel de l'état buccodentaire
 - Entre 0 et 3 : la bouche est considérée comme saine, l'état est à maintenir par des soins habituels.
 - Entre 4 et 7 : la bouche est saine mais une surveillance est nécessaire.
 - Entre 8 et 9 : La bouche est dans un état préoccupant, des soins sont nécessaires et l'avis spécialisé du chirurgien-dentiste est fortement recommandé.
 - Entre 12 et 16 : la bouche est pathologique, des soins sont obligatoires, l'intervention du chirurgien-dentiste est nécessaire.
- La périodicité d'évaluation et d'examen de l'état buccodentaire :
 - A l'admission du résident
 - Lors d'une plainte du résident
 - A la suite d'une chute ou d'une hospitalisation qui a altéré ou dégradé l'état buccodentaire (ex. : dent cassée, perte de dentier, ...)
- L'enregistrement de la conclusion de l'évaluation dans le dossier de soins du résident.
- Les actions à mener sur la base de cette évaluation.

Conformément au point 9.3.8 concernant la formation permanente du personnel de soins et de réactivation, il est conseillé d'aborder les formations relatives à l'hygiène buccodentaire dans les thèmes liés à la nutrition et à l'hygiène.

5. Les escarres

Le risque d'escarre doit être évalué afin de pouvoir prévenir et agir le plus rapidement et adéquatement possible.

Il existe plusieurs échelles d'évaluation utilisées couramment pour les personnes âgées comme celles de NORTON et BRADEN.

risk stratification, assessments and management/interventions for community-dwelling older adults.p.9. World guidelines for falls prevention and management for older adults: a global initiative

¹⁶ [synthese aps personnes agees a risque de chute.pdf](#)

Nous recommandons d'utiliser celle de BRADEN étant donné qu'elle intègre la nutrition dans son évaluation ce qui n'est pas le cas pour NORTON alors que la dénutrition est un facteur de risque des escarres.

Evaluation et intervalle de réévaluation :

Comme l'indique le 8.1.1 de la nouvelle réglementation :

« Des évaluations sont établies par le personnel de soins à l'admission du résident dans l'établissement et tenues à jour afin d'assurer le suivi et la continuité des soins.

Le choix de l'intervalle entre deux évaluations est déterminé sur une base individuelle mais une réévaluation est effectuée et notée dans le dossier du résident, chaque fois que son état de santé le requiert et au moins une fois par an, et dans tous les cas à la suite d'une chute ou d'une hospitalisation. »

Il est important d'évaluer ces différents aspects lors de l'admission du résident dans votre établissement pour disposer d'un point de comparaison lorsqu'une réévaluation aura lieu.

Une évaluation n'a de sens que si elle est effectuée de manière régulière et de façon systématique. C'est pour cette raison, qu'il vous est demandé d'évaluer au moins une fois par an ces risques.

Les hospitalisations des personnes âgées peuvent entraîner d'importants changements et rendre les résidents plus dépendants. On parle de causes iatrogènes liées à l'hospitalisation¹⁷¹⁸. Celle-ci sont de plusieurs ordres : infections nosocomiales, incontinence, dénutrition, syndrome d'immobilisation. Il est donc important de réévaluer vos résidents une fois revenus dans votre établissement.

Ces phénomènes iatrogènes arrivent après une hospitalisation de plusieurs jours. Il ne vous est pas demandé de réévaluer les résidents fréquentant l'hôpital de jour.

En ce qui concerne la réévaluation à la suite d'une chute, le texte doit faire l'objet d'une correction matérielle : il ne vous est pas demandé de faire une réévaluation du résident à **chaque** chute mais bien lorsque la chute entraîne des conséquences (altération, dégradation).

Le jugement clinique du professionnel de la santé est important et décidera si une réévaluation de la situation est nécessaire en dehors des moments fixés par la réglementation.

Evaluation du dispositif et contrôle

De la concertation menée avec les fédérations du secteur, il apparaît pertinent et utile de décrire les modalités qui découlent de l'entrée en vigueur en termes d'évaluation et de contrôle du respect de la norme.

Durant une période de 3 ans à compter de la date de notification de la présente circulaire, l'attention de la Direction de l'Audit et de l'Inspection (DAI) se décline comme suit :

¹⁷Société française de gériatrie et de gérontologie : la dépendance iatrogène suite à une hospitalisation [La dépendance iatrogène : « Suite à une hospitalisation, les personnes âgées ont 60 fois plus de risque de développer des incapacités fonctionnelles » – SFGG](#)

¹⁸ Prévenir la dépendance iatrogène liée à l'hospitalisation chez les personnes âgées : [FICHE ORGANISATION DES PARCOURS \(has-sante.fr\)](#)

1. faire un recensement des différents outils que vous utilisez afin de voir si ceux-ci répondent aux objectifs de la norme. Il s'agit de récolter les pratiques de terrain et d'évaluer dans quelle mesure ces dernières coïncident avec le dispositif, s'il doit être revu ou amélioré.

2. porter son attention, dans une vision d'amélioration continue, au plan d'actions nutrition – continence, que vous aurez rédigé, sous la forme d'un document écrit qui sert de référence pour votre établissement, en vue de mettre en place les mesures relatives à la continence et à la nutrition visées à l'article 2, 3°, à l'article 2, 4°, a), et à l'article 2, 4°, b), relativement aux points suivants :

- L'actualisation du modèle de dossier de soins,
- La mise à jour régulière des dossiers de soins individualisés,
- La réalité de la procédure écrite définie par l'établissement pour l'accomplissement des soins apportés à la personne selon les règles de l'art applicables aux professionnels de santé,
- L'existence des registres conservés au sein de la maison de repos ou de la maison de repos et de soins contiennent :
 - 1° le nom du résident ;
 - 2° la référence à la procédure correspondant aux soins ;
 - 3° la date de début de l'évènement et de chaque changement,
- Les modalités mises en place pour effectuer l'analyse qui permet d'évaluer de manière systématique la qualité de la prise en charge en vue d'alimenter le programme de qualité de l'établissement,
- La présence et l'accessibilité à tout moment du matériel d'incontinence adapté en quantité et en qualité suffisante,
- La collecte et le partage des données entre professionnels de santé dans le respect de la procédure écrite définie par l'établissement pour l'accomplissement des soins.

Durant cette période, l'évaluation du dispositif ainsi repris dans la présente circulaire et en place, porte sur les constats formulés sous forme de recommandations intégrées dans le plan d'actions issu des audits et inspections.

Ce délai permet également une analyse globale de la conformité du secteur, couvrant l'ensemble des normes applicables, et ceci dans une vision d'amélioration continue.

Consciente des efforts requis, l'Agence reste attentive à un dialogue constructif avec les établissements et se tient à disposition pour toute précision.

**Le Ministre de la Santé, de l'Environnement, des Solidarités et de l'Economie sociale,
de l'Egalité des Chances et des Droits des Femmes,**



Yves COPPIETERS

GLOSSAIRE

Repas complet et équilibré : repas qui est constitué d'au moins des trois principaux groupes d'aliments : les aliments riches en glucides (féculents, céréales, ...) ; les aliments riches en protéines (viandes, poissons, œufs, produits laitiers, ...) et les légumes. A cela s'ajoute d'autres familles alimentaires comme les fruits, les boissons non sucrées, les matières grasses ajoutées et les graines et les oléagineux (cfr. La pyramide alimentaire). En pratique, culturellement, les légumes sont au repas du midi et parfois du soir

Il est important de savoir que l'équilibre alimentaire ne se construit pas seulement sur un simple repas, d'où l'importance de varier le choix des aliments.

Collations : repas léger, rapide, composé d'un aliment ou d'une petite préparation d'aliments que l'on prend entre les repas.

Collations destinées aux résidents à risque de dénutrition ou dénutris : type de collations particulières caractérisés par leurs richesses en énergie (calories) et en protéines.

Encas : synonyme de collation

Menus de même valeur nutritionnelle : se dit d'un plat ou d'une préparation alimentaire qui contient la même quantité de nutriments que la référence.

Pour l'aspect pragmatique, pour que deux plats aient la même valeur nutritionnelle, il faut que l'aliment principal ou les aliments principaux des deux plats appartiennent à la même ou aux mêmes familles alimentaires dans la pyramide alimentaire.

La feuille de goût du résident : voir exemple en annexe