

J U S T E L - Législation consolidée				
Fin	Premier mot	Dernier mot	Modification(s)	Préambule
		Table des matières	41 arrêtés d'exécution	46 versions archivées
		Fin		Version néerlandaise
belgiquelex . be - Banque Carrefour de la législation				
Conseil d'Etat				

Titre
23 OCTOBRE 1964. - Arrêté royal portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. (NOTE : Consultation des versions antérieures à partir du 28-04-1984 et mise à jour au 08-08-2014) Publication : 07-11-1964 numéro : 1964102306 page : 11709 Dossier numéro : 1964-10-23/01 Entrée en vigueur : 17-11-1964

Table des matières	Texte	Début
Art. 1-3, 3bis, 3ter, 4-7 ANNEXES Art. N1-N21		

Texte	Table des matières	Début
Article 1. Les normes concernant l'organisation générale des hôpitaux et l'organisation de chaque espèce de services sont fixées en annexe du présent arrêté. Art. 2. Chaque espèce de services est désignée par une lettre servant d'index et figurant en regard de chacun des services considérés : Service d'hospitalisation simple H Service de diagnostic et de traitement medical D Service de diagnostic et de traitement chirurgical C Service de maternité M Service des maladies infantiles E Service des maladies contagieuses L [Service pour la neonatalogie intensive..... NIC] <AR 1996-08-20/43, art. 1, 018; En vigueur : 01-01-1997> [...] <AR 15-02-1974, art. 2, § 1> Service pour le traitement de la tuberculose dans les hopitaux generaux B [...] <AR 1984-04-12/41, art. 2, 002; En vigueur : 28-04-1984> [Service specialise pour le traitement et la readaptation fonctionnelle (suivi de la mention de la specialite concernee)..... Sp] <AR 1993-10-12/32, art. 1, 012; En vigueur : 19-10-1993> [...] <AR 1994-02-21/30, art. 1, 013; En vigueur : 01-03-1994>		

[...] <AR 15-02-1974, art. 2, § 1>	
[...] <AR 15-02-1974, art. 2, § 1>	
[Service de soins intensifs	I]
<AR 16-09-1966, art. 1>	
[Service de neuro-psychiatrie infantile	K]
<AR 29-03-1977, art. 1>	
[Service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement	A
Service neuro-psychiatrique de traitement	T]
<AR 15-02-1974, art. 1, § 1>	
[Service de gériatrie	G]
<AR 1984-04-12/41, art. 1, § 1, 002; En vigueur : 28-04-1984>	

Art. 3. Les établissements agréés sous les index C ou D sont admis à toutes les activités du domaine des spécialités chirurgicales ou médicales; les normes reprises sous l'index S ne s'appliquent qu'aux établissements hébergeant exclusivement des malades ressortissant à une catégorie bien spécialisée.

Art. 3bis. <Inséré par AR 1999-04-29/79, art. 1; En vigueur : 06-04-2000> § 1er. Sans préjudice de la possibilité pour un enfant mineur âgé d'au moins 15 ans d'être hospitalisé dans (un programme de soins pour enfants qui comporte un service des maladies infantiles (index E)) ou dans un service neuro-psychiatrique pour enfants (index K), aucun mineur âgé de moins de 15 ans ne peut être hospitalisé dans le service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement (index A), ni dans le service de traitement neuro-psychiatrique (index T) ni dans le groupe des services pour adultes, tel que défini à l'article 1erbis, 5°, de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément d'hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter. <AR 2006-07-13/54, art. 34, 1°, 030; En vigueur : 01-01-2007>

Une dérogation peut être accordée par l'autorité de la communauté concernée qui a l'agrément dans ses attributions pour les hôpitaux où sont effectuées à la fois des prestations chirurgicales et autres prestations médicales exclusivement pour les mineurs.

§ 2. Par dérogation au § 1er, les mineurs âgés de moins de 15 ans peuvent toutefois être admis dans les services visés dans ce paragraphe, à condition que ce soit pour l'un des traitements ou interventions suivants :

- le traitement des grands brûlés;
- les greffes de moelle;
- les transplantations;
- les interventions effectuées au sein d'un service de neurochirurgie, tel que défini à l'annexe 2 de l'arrêté royal du 28 novembre 1986 fixant les normes auxquelles un service d'imagerie médicale où est installé un tomographe axial transverse doit répondre pour être agréé comme service médico-technique lourd au sens de l'article 44 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987;

- le traitement spécialisé d'affections pneumologiques pédiatriques dans les hôpitaux disposant d'au moins 300 lits universitaires agréés;

à condition que l'hôpital qui ne dispose pas d'(un programme de soins pour enfants qui comporte un service des maladies infantiles (index E)) ait conclu, avec un hôpital qui dispose bien d'(un tel programme de soins), une convention de collaboration lui permettant d'avoir recours à un médecin spécialisé en pédiatrie. <AR 2006-07-13/54, art. 34, 1°, 030; En vigueur : 01-01-2007>

§ 3. Par dérogation au § 1er, les mineurs âgés de moins de 15 ans peuvent toutefois être admis dans les services visés dans ce paragraphe pour y subir des interventions chirurgicales dans le cadre d'une " hospitalisation chirurgicale de jour ", au sens de l'arrêté royal du 25 novembre 1997 rendant certaines dispositions de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, applicables à la fonction " hospitalisation chirurgicale de jour ", et restent hospitalisés pour les complications médicales qui en résultent. L'admission susvisée est toutefois subordonnée à la condition que l'hôpital qui ne dispose pas d'(un programme de soins pour enfants qui

comporte un service des maladies infantiles (index E)) ait conclu, avec un hôpital qui dispose bien d'un tel programme de soins), une convention de collaboration lui permettant d'avoir recours à un médecin spécialisé en pédiatrie. <AR 2006-07-13/54, art. 34, 1°, 030; En vigueur : 01-01-2007>

§ 4. Par dérogation au paragraphe 1er, les mineurs âgés de moins de 15 ans peuvent être admis, en cas de circonstances exceptionnelles dans un service des soins intensifs (index I) ou dans un service des maladies contagieuses (index L), sous la surveillance d'un médecin responsable et d'un pédiatre, dans le cadre d'une convention de collaboration.

§ 5. Par dérogation au § 1er, des mineurs âgés de moins de 15 ans peuvent être admis dans un service relevant du groupe des services pour adultes lorsqu'il n'y a pas d'hôpital disposant d'un programme de soins pour enfants qui comporte un service des maladies infantiles (index E)) dans un rayon de 25 km et à condition que l'hôpital où est hospitalisé l'enfant soit lié par une convention de collaboration avec un hôpital disposant d'un service des maladies infantiles agréé (index E) et qu'il puisse, à tout moment, faire appel à un médecin spécialiste en pédiatrie. <AR 2006-07-13/54, art. 34, 1°, 030; En vigueur : 01-01-2007>

Art. 3ter. ¹ Pour les hôpitaux qui, après sélection, exécutent un projet dans le cadre de l'article 107 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, les normes de personnel pour les soins et la surveillance dans les services neuropsychiatriques d'observation et de traitement de patients adultes (index A) et dans les services neuro-psychiatriques de traitement de patients adultes (index T), tel que fixé aux points 4 et 5 de la rubrique " Normes d'organisation " tant des " Normes spéciales applicables au service neuropsychiatrique d'observation et de traitement de patients adultes " que des " Normes spéciales applicables au service neuropsychiatrique de traitement de patients adultes ", s'appliquent au niveau de l'établissement et non au niveau du service hospitalier.]¹

(1)<Inséré par AR [2012-03-06/03](#), art. 1, 042; En vigueur : 01-04-2012>

Art. 4. Pour les services ouverts dans les hôpitaux avant le 1er janvier 1964, des dérogations aux normes peuvent être accordées à conditions qu'elles n'entraînent pas de répercussions incompatibles avec le bon fonctionnement des services.

Art. 5. Les hôpitaux doivent mentionner dans toute correspondance se référant à un patient, hospitalisé et soigné dans un service agréé, le nom et le numéro d'ordre de l'établissement, suivis de l'index identifiant le service.

Art. 6. L'arrêté ministériel du 26 novembre 1959 fixant les modalités de répartition des établissements hospitaliers en vue de leur agréation, modifié par les arrêtés ministériels des 11 juillet 1960, 19 décembre 1960 et 3 octobre 1963, est abrogé.

Art. 7. Notre Ministre de la Santé publique et de la Famille est chargé de l'exécution du présent arrêté.

ANNEXES

Art. N1. Annexe. A. Normes générales applicables à tous les établissements. <annulé partiellement par l'arrêt du Conseil d'Etat n° 120.537 du 12 juin 2003 ; voir M.B. 03.12.2003, Ed. 2 , p. 57842>

Les normes générales applicables à tous les établissements concernant tous les services sans distinction, quel que soit l'index.

I. Normes architecturales.

A. Normes d'hygiène générale des bâtiments.

1° L'établissement sera érigé dans un endroit tranquille et salubre. A défaut, toutes les précautions en vue de la prévention du bruit seront prises.

2° Les bâtiments seront régulièrement entretenus et toute humidité ou infiltration sera combattue.

3° Les matériaux utilisés pour la construction seront incombustibles. Toutes les précautions seront prises pour diminuer le risque d'incendie :

a) par la protection des matériaux combustibles (revêtement ininflammable des planchers et des murs);

b) par l'installation d'un nombre suffisant d'appareils extincteurs et de prises d'eau;

c) par la réalisation de toutes les circulations verticales en matériaux durs et incombustibles;

d) par l'organisation, dans toute la mesure du possible, de voies d'accès praticables pour les voitures de lutte contre l'incendie.

4° Les établissements à étages auront des ascenseurs ou monte-malades en nombre suffisant pour assurer efficacement la circulation verticale.

5° Tous les planchers et parois seront lavables, imperméables et faciles à désinfecter.

Le mobilier sera simple, de préférence en métal, lavable et facile à désinfecter.

6° Les angles au sol seront arrondis.

7° Les ornements, moulures et objets pouvant devenir réceptacles à poussières seront proscrits.

8° Le chauffage, la ventilation et l'éclairage de tous les locaux et couloirs seront assurés, quel que soit le temps et en toutes circonstances.

Un éclairage de secours sera prévu.

9° Toutes les canalisations seront réunies dans des gaines facilement accessibles, prévues dans les murs.

10° Une eau potable de bonne qualité devra être disponible à volonté dans tout le bâtiment.

11° Des installations sanitaires distinctes devront être prévues en nombre adéquat pour les malades, les visiteurs et le personnel.

12° Les eaux usées seront épurées avant leur élimination au dehors dans tous les cas où cette exigence est formulée par le Service de l'Épuration des Eaux usées.

13° Les déchets solides et notamment les déchets de cuisine seront évacués en récipients fermant hermétiquement, les pansements souillés et infectés seront obligatoirement incinérés.

14° Les installations des services généraux, et notamment les cuisines et les buanderies, seront organisées de façon à ne pas incommoder par leurs odeurs ou leurs vapeurs.

B. Normes se rapportant à l'hospitalisation.

1° Les chambres d'hospitalisation seront aménagées dans l'endroit le plus calme et assurant la meilleure orientation.

2° La surface des chambres pour malades sera de 8 m² au moins; dans les locaux contenant plusieurs lits, cette surface pourra être ramenée à 7 m² par lit.

3° Le volume des chambres pour malades sera de 25 m³ au moins; ce cubage pourra être ramené à 20 m³ par lit dans les locaux contenant plusieurs lits.

4° La surface des parois destinées à l'éclairage naturel sera au moins égale au 1/6 de la surface du local.

5° On évitera de dépasser le nombre de 6 lits par local.

6° Les lits seront disposés parallèlement aux fenêtres. Ils seront à l'abri de tous courants d'air.

7° Chaque malade disposera pour son usage personnel d'un lit, d'une armoire et d'une table de nuit. Ces trois pièces constituent le mobilier minimum.

8° Un éclairage artificiel suffisant doit être prévu pour les malades.

L'éclairage de nuit, efficace et discret, sera installé dans les chambres de malades, dans les couloirs et dans les locaux de soin.

9° La ventilation naturelle des chambres doit pouvoir être assurée sans créer de courants d'air.

10° Le chauffage des chambres sera prévu de manière à pouvoir atteindre par tous les temps une température de 20°. Le système adopté proscritra toute flamme et dégagement de gaz ou de poussière ainsi que l'utilisation de cheminées dans les chambres des malades.

11° Les chambres de malades seront pourvues d'au moins 1 lavabo avec eau courante

potable.

12° Des installations sanitaires suffisantes seront prévues dans les unités hospitalières. Elles comprendront au moins : 1 W.C. pour 10 malades, 1 vide-pannes pour 30 malades, 1 salle de bain ou de douche pour 30 malades.

13° Aucune canalisation ne traversera les chambres de malades sans nécessité absolue. Toutes les précautions seront prises pour éviter que ces canalisations ne deviennent des réceptacles à poussières.

14° Un local office sera réservé pour la distribution de la nourriture et de la boisson, et pour la préparation de petits repas. Aucune manipulation insalubre ou dangereuse ne pourra se faire dans ce local.

15° L'unité de soins devra, en outre, disposer d'un local pour l'infirmière.

16° Quand l'hospitalisation dans une unité de soins se fait en chambres communes pour plus de 1/4 des malades, il est indiqué de disposer d'une salle d'examen et de traitement.

17° Un nombre suffisant de chambres à 1 lit doit être prévu pour pouvoir hospitaliser en tous temps les malades pour lesquels l'isolement est indiqué.

II. Normes fonctionnelles.

1° L'établissement devra être facilement accessible aux ambulances.

Des emplacements pour voitures devront être prévus pour les médecins qui pourraient être appelés d'urgence.

Un accès séparé devra être prévu pour les services généraux (morgue, cuisine, etc.).

2° L'accès des sections techniques et des unités d'hospitalisation sera facile, tout en assurant une séparation effective entre les services.

3° Les circulations verticales seront séparées des unités d'hospitalisation.

4° Les activités de polyclinique pour malades ambulants ne pourront être situées dans les unités d'hospitalisation.

Des dispositions spéciales sépareront dans la section de consultation, les malades externes des malades internes.

5° La cuisine sera disposée de façon à permettre une distribution facile et rapide de la nourriture à tous les malades de toutes les unités.

La confection des repas et leur distribution sera faite selon les règles les plus strictes de propreté et d'hygiène. Les repas seront servis chauds aux malades.

6° Un dossier médical et une feuille de température seront tenus constamment à jour pour tous les malades.

Les instructions des médecins, données journellement pour les différents malades, seront consignées dans un registre ou sur fiches.

7° Un système d'appel discret mais efficace sera prévu dans toutes les chambres de malades.

8° Le matériel médical utilisé pour les malades (seringues, pansements, etc) sera soigneusement stérilisé.

(9°) (...) <AR [2006-12-28/57](#), art. 8, 033; En vigueur : 30-07-2007>

III. Normes d'organisation.

1° La direction du traitement des malades sera strictement réservée aux médecins.

L'établissement doit en tous temps pouvoir disposer, dans un délai très court, de l'assistance éclairée de médecins qualifiés.

1°bis. (Chaque hôpital (disposant d'un programme de soins agréé pour enfants, dont fait partie un service agréé des maladies infantiles (index E)), de même que chaque hôpital qui ne dispose pas d'un tel service, mais qui est autorisé, en application du présent arrêté, à traiter des enfants, doit adopter, à l'issue d'une réflexion multidisciplinaire en son sein, un protocole définissant les axes d'une prise en charge spécifique des enfants, tant en hospitalisation, qu'en ambulatoire; l'exécution de cette obligation relève de la responsabilité du gestionnaire de l'hôpital. <AR [2006-07-13/54](#), art. 34, 2°, 030; En vigueur : 01-01-2007>

Ce protocole traitera en particulier :

- des mesures particulières d'information, de conseils et de soutien psychologique à destination des enfants, de leurs parents ou de leurs représentants légaux;

- des actions à mettre en oeuvre pour associer, dans la mesure du possible, les parents à

L'administration des soins prodigués à leur enfant;

- des initiatives mises en place pour améliorer le confort des enfants hospitalisés, en ce qui concerne notamment la décoration des locaux, les repas, les heures de visite;
- des mesures spécifiques visant à assurer la surveillance et la sécurité des enfants tant au sein de l'hôpital, que dans ses abords immédiats (parking, etc.);
- des mesures de concertation entre un pédiatre et le médecin responsable du service pour adultes où est hospitalisé un enfant de plus de 14 ans;
- des mesures de concertation entre les infirmiers spécialisés en pédiatrie et les infirmiers des autres services.

Ce protocole est communiqué aux membres du personnel de l'hôpital, et mis à la disposition des enfants, de leurs parents ou de leurs représentants légaux.) <AR [1999-04-29/79](#), art. 2, 023; En vigueur : 06-04-2000>

2° (Dans chaque hôpital, la responsabilité de l'activité infirmière sera confiée à un infirmier gradué ou accoucheuse, ou à un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse, au titre de chef du département infirmier. Il aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique (, master en gestion et politique des soins de santé) ou master en santé publique. <AR [2007-04-26/63](#), art. 1, 1°, 035; En vigueur : 14-06-2007 et confirmé par AR [2007-04-26/66](#), art. 1, 1°, 037; En vigueur : 17-06-2007>

Sans préjudice de la mission du directeur de l'hôpital, visée à l'article 8, 2°, et à l'article 12 de la loi sur les hôpitaux, le chef du département infirmier participe à l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital, et cela en contact étroit avec le médecin en chef et les responsables des différents aspects des activités de l'hôpital.

Afin de soutenir les aspects de l'organisation et de contenu des soins infirmiers, un cadre intermédiaire composé d'infirmiers-chefs de service doit être prévu dans les hôpitaux généraux. Le cadre intermédiaire est constitué, par 150 lits, par au moins un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique (, master en gestion et politique des soins de santé) ou master en santé publique. <AR [2007-04-26/63](#), art. 1, 2°, 035; En vigueur : 14-06-2007 et confirmé par AR [2007-04-26/66](#), art. 1, 2°, 037; En vigueur : 17-06-2007>

Dans tous les hôpitaux psychiatriques, il y a lieu de prévoir un cadre intermédiaire composé d'infirmiers-chefs de service. Le cadre intermédiaire est constitué par au moins un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique (, master en gestion et politique des soins de santé) ou master en santé publique. <AR [2007-04-26/63](#), art. 1, 3°, 035; En vigueur : 14-06-2007 et confirmé par AR [2007-04-26/66](#), art. 1, 3°, 037; En vigueur : 17-06-2007>

Dans les hôpitaux psychiatriques comptant 150 lits ou plus, le nombre de cadres intermédiaires est déterminé proportionnellement, sur la base d'un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier (, master en gestion et politique des soins de santé) ou master en santé publique, par 150 lits. <AR [2007-04-26/63](#), art. 1, 4°, 035; En vigueur : 14-06-2007 et confirmé par AR [2007-04-26/66](#), art. 1, 4°, 037; En vigueur : 17-06-2007>

Selon l'organisation interne de l'hôpital, des tâches spécifiques peuvent être confiées au cadre intermédiaire, notamment l'accueil et la formation du personnel, les problèmes d'hygiène hospitalière, l'évaluation de la qualité des soins infirmiers, l'éducation du patient, l'introduction de nouvelles procédures et méthodes de travail.

Le chef du département infirmier de l'hôpital se consulte au moins dix fois par an avec les infirmiers-chefs de service afin :

- de définir la vision stratégique du département infirmier;
- d'en évaluer sa cohérence avec la stratégie générale de l'hôpital, notamment en matière d'amélioration de la qualité des soins;
- d'assurer le suivi de sa mise en place et son développement.

L'hôpital établira un organigramme du département infirmier renseignant les responsables du département et des différents services et unité de soins.

En plus de cet organigramme, l'hôpital tiendra une liste de tous les infirmiers de l'hôpital, mentionnant leur diplôme ou brevet et leurs qualifications particulières.

Le nombre de personnes affectées aux soins doit répondre aux conditions spéciales fixées pour les différents services.) <AR 2006-07-13/67, art. 1, 031; En vigueur : 07-09-2006>

(Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut modifier la liste des diplômes qui sont pris en considération pour l'exercice de la fonction de chef du département infirmier et d'infirmier du cadre moyen, visée aux alinéas 1er, 3, 4 et 5.) <AR [2007-04-26/63](#), art. 1, 5°, 035; En vigueur : 14-06-2007 et confirmé par AR [2007-04-26/66](#), art. 1, 5°, 037; En vigueur : 17-06-2007>

3° Le personnel sera placé sous surveillance médicale régulière et devra observer des mesures d'asepsie et d'hygiène.

4° Un règlement d'ordre intérieur organisera les visites aux malades. Des restrictions seront appliquées sur décision médicale.

Des précautions adéquates seront prises pour éviter une surpopulation de visiteurs dans une chambre.

5° (Les ministres des cultes et conseillers laïcs demandés par les patients auront librement accès à l'établissement : ils y trouveront le climat et les facilités appropriés à l'accomplissement de leur mission. La liberté entière d'opinion philosophique, religieuse et politique sera garantie à chacun.) <AR 12-01-1970, art. 1er>

6° Les circulations internes de l'établissement seront étudiées et mises au point graphiquement. (Elles intéressent le personnel, les malades, les visiteurs et la répartition de l'alimentation, etc).

7° L'établissement devra pouvoir recevoir et répondre en tous temps à un appel téléphonique.

8° Toute publicité, démarche ou réclame tapageuse par des moyens généralement réprouvés par le code de déontologie médicale seront proscrites.

9° Toutes les précautions seront prises pour assurer la prophylaxie des maladies contagieuses et l'inspecteur d'hygiène de l'Etat sera consulté dans tous les cas douteux.

Toute affection transmissible lui sera immédiatement signalée en vertu de la législation existante.

9°bis. (hygiène hospitalière

a) généralités

Dans tout hôpital, la promotion de l'hygiène requiert le concours :

- du médecin-chef;
- du chef du département infirmier;
- d'une équipe d'hygiène hospitalière;
- et d'un comité d'hygiène hospitalière.

b) l'équipe d'hygiène hospitalière

L'équipe d'hygiène hospitalière se compose :

- d'un ou plusieurs médecin(s) - hygiéniste(s) hospitalier(s);
- et d'un ou plusieurs infirmier(s) - hygiéniste(s) hospitalier(s).

Dans l'exercice de ses fonctions au sein de l'équipe, le médecin hygiéniste hospitalier dépend du médecin-chef de l'établissement, sous la supervision duquel il travaille directement.

Dans l'exercice de ses fonctions au sein de l'équipe, l'infirmier hygiéniste hospitalier dépend du chef du département infirmier, sous la supervision duquel il travaille directement.

L'équipe d'hygiène hospitalière jouit d'une indépendance opérationnelle mais fait rapport au comité d'hygiène hospitalière, au médecin-chef et au chef du département infirmier. Les décisions opérationnelles de l'équipe d'hygiène hospitalière sont exécutées après concertation avec le médecin-chef et le chef du département infirmier, et pour le compte et sous la responsabilité de ces derniers. L'équipe d'hygiène hospitalière peut collaborer directement avec d'autres comités et instances de l'hôpital.

Le médecin hygiéniste hospitalier coordonne le fonctionnement de l'équipe d'hygiène hospitalière.

Les membres de l'équipe auront suivi une formation appropriée de niveau universitaire comme visée dans les alinéas suivants.

L'infirmier hygiéniste hospitalier sera titulaire d'un diplôme de bachelier en soins infirmiers complété par un master en art infirmier ou un master en santé publique.

Pour pouvoir s'acquitter efficacement de sa fonction, il doit en plus faire la preuve d'avoir suivi avec succès une formation dans au moins les domaines suivants :

- infections nosocomiales : prévention et contrôle; aspects microbiologiques et infectiologiques; aspects épidémiologiques;**
- législation relative à l'hygiène hospitalière.**

Cette formation comprend au moins 250 heures de contact.

Par dérogation aux alinéas précédents, l'infirmier qui, à la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, fait fonction d'infirmier-hygiéniste hospitalier en application des normes d'agrément en application à ce moment, ne doit pas remplir les conditions fixées en ce qui concerne la formation.

Le médecin hygiéniste est un médecin ou un pharmacien-biologiste clinique qui a suivi une formation équivalente à celle de médecin-hygiéniste hospitalier comme décrite ci-dessous.

Pour pouvoir s'acquitter efficacement de sa fonction, il doit faire la preuve d'avoir suivi avec succès une formation dans au moins les domaines suivants

- infections nosocomiales : prévention et contrôle; aspects microbiologiques et infectiologiques; aspects épidémiologiques;**
- législation relative à l'hygiène hospitalière;**
- agents antimicrobiens et gestion des antibiotiques.**

Cette formation comprend au moins 300 heures de contact.

Par dérogation aux alinéas précédents, le médecin ou le pharmacien-biologiste qui, à la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal du 26 avril 2007 modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, fait fonction de médecin-hygiéniste hospitalier en application des normes d'agrément en application à ce moment, ne doit pas remplir les conditions fixées en matière de formation.

L'équipe d'hygiène hospitalière exécute les tâches suivantes :

1° le développement, la mise en oeuvre et le suivi, à travers l'hôpital, d'une stratégie relative :

- a) aux mesures de protection standard ayant pour objet de prévenir la transmission de germes infectieux;**
- b) à l'isolement des patients infectés afin d'endiguer la transmission des maladies infectieuses;**
- c) à la surveillance des infections nosocomiales à l'aide d'indicateurs permettant d'en suivre et d'en corriger l'incidence au sein de l'établissement;**

2° la mise sur pied d'une stratégie de lutte contre les épidémies;

3° le suivi des aspects ayant trait à l'hygiène dans le cadre d'activités hospitalières telles que :

- a) la construction ou la transformation;**
- b) les activités au quartier opératoire ou en salle d'accouchements;**
- c) l'achat de matériels;**

4° la mise en oeuvre des directives et recommandations rédigées par des organismes officiels tels que le Conseil supérieur de la Santé;

5° l'échange avec d'autres établissements d'informations et de l'expérience acquise, dans le cadre d'une plate-forme de collaboration en matière d'hygiène hospitalière au sens de l'article 56, § 3, de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

L'équipe établit un plan stratégique général ainsi qu'un plan d'action annuel, un rapport annuel d'activités et un rapport annuel sur le fonctionnement de l'équipe.

c) Le Comité d'hygiène hospitalière

Le Comité d'hygiène hospitalière se compose au minimum :

- 1° du directeur de l'hôpital;**
- 2° de l'équipe d'hygiène hospitalière;**
- 3° d'un pharmacien hospitalier;**

- 4° d'un microbiologiste;
- 5° du médecin-chef;
- 6° du chef du département infirmier;
- 7° de trois médecins exerçant dans l'établissement, désignés par le conseil médical;
- 8° de trois infirmiers exerçant dans l'établissement, désignés par le chef du département infirmier.

Le comité d'hygiène hospitalière exécute au minimum les tâches suivantes :

- 1° discuter et approuver le plan stratégique général et le plan d'action annuel rédigés par l'équipe;
- 2° discuter et approuver le rapport annuel d'activités rédigé par l'équipe;
- 3° discuter et approuver le rapport annuel sur le fonctionnement de l'équipe;
- 4° discuter et approuver les budgets et les devis;
- 5° coordonner l'attribution de missions relatives :
 - a) au contrôle des techniques de stérilisation;
 - b) à la gestion des antibiotiques;
 - c) à l'élaboration de directives et à la surveillance :
 - des procédés de lavage et de distribution du linge;
 - de l'hygiène dans la préparation et la distribution de l'alimentation tant à la cuisine qu'à la biberonnerie;
 - des méthodes de collecte et d'évacuation des déchets hospitaliers;
 - d) à l'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur pour le quartier opératoire, les quartiers d'accouchements et, le cas échéant, les services à risques.

Toutes les décisions prises au sein du comité sont consignées dans un registre et transmises à titre d'avis au directeur de l'hôpital. Le registre peut, en outre, être consulté par le médecin inspecteur compétent.

Le comité se réunit au moins 4 fois par an.

Le comité désigne un président parmi ses membres médecins.

Le comité peut inviter les chefs de service associés à la matière traitée.

Le comité peut faire appel à des conseillers.) <AR [2007-04-26/67](#), art. 1, 038; En vigueur : 17-06-2007>

(9°ter comité local d'éthique hospitalier.

Chaque hôpital doit comporter un Comité local d'éthique hospitalier, ci-après dénommé " le Comité ".

Dans le cas d'un groupement d'hôpitaux agréé, tel que défini à l'article 69, 3°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, il est possible d'opter entre :

- 1° soit un Comité commun à tous les hôpitaux du groupe;
- 2° soit un Comité distinct pour chaque hôpital du groupe;
- 3° sous réserve de l'application du 1°, les hôpitaux visés à l'article 5, §§ 4 et 5, de l'arrêté royal du 10 août 1987 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du Conseil médical, sont dispensés de l'obligation de créer un Comité, à condition pour chacun d'eux de se lier au Comité d'un autre hôpital par une convention que lui permette de s'adresser à ce Comité pour toutes les missions qui lui incomberaient, telles que définies sous la rubrique " Missions " du présent arrêté.

Composition.

Le Comité se compose au minimum de 8 et au maximum de 15 membres, représentant les deux sexes, et doit comporter :

- une majorité de médecins attachés à l'hôpital ou au groupement d'hôpitaux;
- au moins un médecin généraliste non attaché à l'hôpital ou au groupement d'hôpitaux;
- au moins un membre du personnel infirmier de l'hôpital ou du groupement d'hôpitaux;
- un juriste.

Des personnes intéressées, intérieures ou extérieures à l'hôpital ou au groupe d'hôpitaux, peuvent être désignées comme membres du Comité.

La qualité de membre du Comité est incompatible avec les fonctions suivantes :

- directeur d'hôpital;

- médecin-chef;
- président du Conseil médical;
- chef du département infirmier.

Fonctionnement.

Le Comité établit son règlement d'ordre intérieur. Le mandat de membre du Comité a une durée de quatre ans et est renouvelable.

Les membres du Comité sont désignés par le gestionnaire de l'hôpital ou du groupement d'hôpitaux :

- pour les médecins, sur proposition du Conseil médical de l'hôpital ou des Conseils médicaux du groupement d'hôpitaux;
- pour le (les) infirmier(s), sur proposition du chef du département infirmier de l'hôpital ou des chefs des départements infirmiers du groupement d'hôpitaux.

Le Comité se réunit au moins une fois par trimestre, à huis-clos.

Il rédige un compte-rendu annuel d'activité qui doit comporter au minimum :

- une évaluation quantitative de l'activité du Comité;
- la liste des sujets traités.

Missions.

Le Comité exerce, lorsque la demande lui en est adressée :

- 1° une fonction d'accompagnement et de conseil concernant les aspects éthiques de la pratique des soins hospitaliers;
- 2° une fonction d'assistance à la décision concernant les cas individuels, en matière d'éthique;
- 3° une fonction d'avis sur tout protocole d'expérimentation sur l'homme.

La demande peut émaner de tout membre du personnel de l'hôpital ou du groupement d'hôpitaux et de tout médecin.

Les avis et conseils du Comité sont confidentiels et non contraignants et font l'objet d'un rapport motivé, transmis exclusivement au requérant, et reflétant les différents points de vue de ses membres.

Le Comité peut, par une décision motivée, ne pas donner suite à une demande.) <AR 1994-08-12/64, art. 1, 015; En vigueur : 27-03-1995>

(9°quater. Protection de la vie privée lors du traitement des données à caractère personnel relatives aux patients, en particulier les données médicales.

a) Chaque hôpital doit, en ce qui concerne le traitement des données à caractère personnel relatives aux patients, en particulier des données médicales, disposer d'un règlement relatif à la protection de la vie privée.

b) Les dispositions de ce règlement relatives aux droits des personnes sont communiquées aux patients, qui reçoivent en même temps notification des données visées à l'article 4 de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

c) Le règlement comporte, pour chaque traitement, au moins les indications suivantes :

- les finalités du traitement;
- le cas échéant, la loi, le décret, l'ordonnance ou l'acte réglementaire décidant la création du traitement automatisé;
- l'identité et l'adresse du maître du fichier et de la personne qui peut agir en son nom;
- le nom du médecin visé au f);
- le nom du conseiller en sécurité visé au g);
- l'identité et l'adresse du (des) gestionnaire(s) de traitements;
- les droits et obligations du (des) gestionnaire(s) de traitements;
- les catégories de personnes ayant accès ou étant autorisées à obtenir les données médicales à caractère personnel du traitement;
- les catégories de personnes dont les données font l'objet d'un traitement;
- la nature des données traitées et la manière dont elles sont obtenues;
- l'organisation du circuit des données médicales à traiter;
- la procédure suivant laquelle, si nécessaire, les données sont rendues anonymes;
- les procédures de sauvegarde afin d'empêcher la destruction accidentelle ou illicite de

données, la perte accidentelle de données ou l'accès illicite à celles-ci, leur modification ou diffusion illicite;

- le délai au-delà duquel les données ne peuvent plus, le cas échéant, être gardées, utilisées ou diffusées;

- les rapprochements, interconnexions ou tout autre forme de mise en relation de données l'objet du traitement;

- les interconnexions et les consultations;

- les cas où des données sont effacées;

- la manière dont les patients peuvent exercer leurs droits visés dans la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

d) Le règlement visé au § 1er mentionne le numéro d'identification du traitement auquel le règlement se rapporte, attribué par la Commission de la protection de la vie privée et est transmis à la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux dans les trente jours de l'entrée en vigueur du présent article. Toutes les modifications apportées au règlement précité doivent être transmises, dans les trente jours de leur ratification par les instances compétences du pouvoir organisateur, à la Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux.

e) La Commission pour la supervision et l'évaluation des données statistiques qui concernent les activités médicales dans les hôpitaux, tient les règlements visés au a) à la disposition de la Commission de la protection de la vie privée et lui communique tous les six mois la liste actualisée des règlements reçus et des modifications de règlements qu'il a reçus.

f) Le maître du fichier désigne le médecin qui exerce la responsabilité et la surveillance visées à l'article 7, alinéa 1er, de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

g) Le maître du fichier désigne un conseiller en sécurité chargé de la sécurité de l'information. Le conseiller en sécurité conseille le responsable de la gestion journalière au sujet de tous les aspects de la sécurité de l'information. La mission du conseiller en sécurité peut être précisée par Nous.) <AR 1994-12-16/46, art. 1, 016; En vigueur : 01-08-1995>

(9^oquinquies. Comité de transfusion de l'hôpital.

a) Création.

Chaque hôpital général doit disposer d'un Comité de transfusion, dénommé ci-dessous " le Comité ", chargé de la détermination, du suivi et de l'amélioration de la politique de transfusion de l'hôpital.

Le gestionnaire de l'hôpital peut décider d'intégrer le comité de transfusion dans le comité médico-pharmaceutique tel que visé à l'article 24, § 1er, de l'arrêté royal du 4 mars 1991 fixant les normes auxquelles une officine hospitalière doit répondre pour être agréée. Le cas échéant, les compétences du comité de transfusion sont exercées par le comité médico-pharmaceutique précité.

Dans le cas d'un groupement agréé, tel que visé à l'article 69, 3^o, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, on peut choisir :

1^o soit un Comité commun à tous les hôpitaux du groupement;

2^o soit un Comité distinct pour chaque hôpital du groupement.

Sans préjudice de l'application de l'alinéa précédent, les hôpitaux, visés à l'article 5, §§ 4 et 5, de l'arrêté royal du 10 août 1987 fixant les règles relatives à la composition et au fonctionnement du Conseil médical en exécution des articles 24, 25 et 26 de la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, sont dispensés de l'obligation de créer un Comité, à condition que sur base d'un accord conclu avec un autre hôpital, l'hôpital concerné adhère au comité de celui-ci, qui devient de la sorte également compétent à l'égard de l'hôpital concerné.

b) Composition et fonctionnement.

1. Le Comité se compose :

- du médecin en chef;

- du chef du département infirmier;

- (la personne qui a la direction de la banque de sang hospitalière telle que visée à l'article 1er, 1°, de l'arrêté royal du 17 février 2005 fixant les normes auxquelles une banque de sang hospitalière doit répondre pour être agréée qui assure le stockage et la délivrance de sang et de dérivés sanguins à l'hôpital;) <AR 2005-02-17/36, art. 1, 028; En vigueur : 25-02-2005>

- de trois médecins au moins de disciplines différentes, travaillant et désignés dans l'hôpital pour une période de quatre ans renouvelable sur la proposition du Conseil médical;

- du pharmacien hospitalier titulaire;

- du représentant du centre de transfusion sanguine chargé de l'approvisionnement normal de l'hôpital.

2. Le Comité choisit un président parmi les membres.

3. Le Comité élabore un règlement d'ordre intérieur.

4. Le Comité se réunit au moins deux fois par an.

5. Le Comité est tenu d'inviter les chefs de service concernés par le sujet traité.

6. Le Comité peut faire appel à des conseillers.

c) Missions.

Le Comité est chargé des missions suivantes :

1. garantir, au sein de l'hôpital une politique de transfusion scientifiquement étayée, sûre et qualitative par le biais de l'application de directives en matière de transfusion, élaborées par lui-même.

Ces directives concernent entre autres :

1° à l'indication et à la prescription y afférente;

2° au prélèvement de l'échantillon sanguin;

3° aux procédures relatives à la réception du produit sanguin instable, aux conditions de conservation et au transport à l'intérieur de l'hôpital;

4° à l'administration du produit sanguin instable (procédure préalable à la transfusion, observation lors de la transfusion, informations au sujet des symptômes critiques);

5° à la déclaration des écarts évités et réels par rapport aux procédures prescrites pour les transfusions;

6° à l'information du patient et du médecin traitant au sujet des écarts réels visés au 5°;

7° au suivi du receveur après la transfusion et à l'information du patient et du médecin traitant.

2. rassembler les directives visées au point 1 dans un manuel de transfusion;

3. transmettre ou mettre à disposition le manuel de transfusion visé au point 2 à toutes les personnes concernées de l'hôpital;

4. promouvoir la réalisations d'études scientifiques en matière de politique de transfusion et y participer;

5. diffuser les informations extraites de la littérature nationale et internationale, en particulier les informations scientifiques en matière de transfusion qui modifient la pratique;

6. organiser un contrôle de la qualité, et plus particulièrement un système d'hémovigilance.

Cela consiste, entre autres, à :

a) analyser les données de l'hôpital concernant les effets secondaires dûs aux produits sanguins instables ou aux procédures suivies;

b) informer les personnes concernées des effets secondaires en question.

Cela suppose l'ajout au dossier médical du patient d'un document tel que visé à l'article 2, § 1er, 10°, de l'arrêté royal du 3 mai 1999 déterminant les conditions générales minimales auxquelles le dossier médical, visé à l'article 15 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, doit répondre.

7. la formation du personnel en matière de transfusion et assurer son recyclage.

d) Contrôle des activités du Comité.

Les mesures prises par le Comité doivent être consignées dans un registre pouvant être consulté par le médecin-inspecteur compétent.) <AR 2002-04-16/41, art. 1, 027; En vigueur : 12-07-2002>

(9sexies. Chaque hôpital général dispose d'un système permettant d'identifier et d'enregistrer sans la moindre équivoque chaque unité de sang ou de dérivé sanguin que l'hôpital reçoit et,

par là même, de tracer le cheminement de celle-ci du donneur à la destination finale et inversement. Chaque hôpital général dispose également d'une procédure d'enregistrement et de notification pour les cas présumés de réaction indésirable grave survenant chez les patients au cours de la transfusion et après celle-ci et imputable à la qualité ou à la sécurité du sang ou des dérivés du sang, ainsi que pour les incidents indésirables graves liés au stockage, à la distribution et aux tests de compatibilité du sang et des dérivés sanguins, qui pourraient affecter la qualité ou la sécurité de ceux-ci.

Pour le sang et les dérivés sanguins que l'on peut relier à une notification telle que visée ci-dessus, il convient, en outre, d'élaborer une procédure rapide et vérifiable permettant de les soustraire à la distribution.) <AR 2006-10-17/34, art. 1, 032; En vigueur : 03-11-2006 ; voir également l'art. 2>

10° Une visite médicale aura lieu quotidiennement.

11° La direction de l'établissement sera assistée d'un docteur en médecine, de préférence choisi par ses pairs, conseiller technique de la direction, responsable vis-à-vis de celle-ci du fonctionnement technique, des mesures de sécurité pour le personnel et les malades, de l'application des règles de déontologie et des prescriptions légales ou réglementaires.

12° (Un infirmier en chef est désigné par unité de soins. L'infirmier en chef est un infirmier gradué ou accoucheuse, ou un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse qui aura réussi une formation complémentaire de cadre de santé, ou une formation complémentaire de niveau universitaire, master en art infirmier et obstétrique (, master en gestion et politique des soins de santé) ou master en santé publique. <AR [2007-04-26/63](#), art. 2, 1°, 035; En vigueur : 14-06-2007 et confirmé par AR [2007-04-26/66](#), art. 2, 1°, 037; En vigueur : 17-06-2007>

Cette formation doit être en rapport avec la direction d'une équipe d'infirmiers.

L'infirmier en chef participe à l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble des activités de l'hôpital, et accomplit sa mission sous l'autorité hiérarchique du chef du département infirmier et en contact étroit avec les médecins et les responsables des différents aspects des activités de l'unité.

La présence d'un infirmier gradué ou breveté ou d'un bachelier en soins infirmiers ou bachelier accoucheuse sera garantie au côté de l'infirmier en chef, tous les jours de l'année, en permanence, par unité et maximum par 30 patients, ceci afin d'assurer la continuité et la qualité des soins.

Le rapport entre le travail à temps plein et le travail à temps partiel doit être fixé en concertation avec le chef du département infirmier de l'hôpital de manière à ce que la continuité et la qualité des soins restent assurées.

Le travail infirmier dans les unités sera organisé de telle manière à pouvoir déterminer à chaque instant l'infirmier responsable d'un malade déterminé.) <AR 2006-07-13/67, art. 2, 031; En vigueur : 07-09-2006>

(Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut modifier la liste des diplômes qui sont pris en considération pour l'exercice de la fonction d'infirmier en chef, visée à l'alinéa 1er.) <AR [2007-04-26/63](#), art. 2, 2°, 035; En vigueur : 14-06-2007 et confirmé par AR [2007-04-26/66](#), art. 2, 2°, 037; En vigueur : 17-06-2007>

12°bis. (...). <AR [2007-04-27/94](#), art. 13, 036; En vigueur : 14-06-2007>

12°ter. Les horaires infirmiers qui règlent la garde 24 heures sur 24 sous la direction d'un supérieur seront fixés par écrit. Une procédure écrite fixera la manière d'agir en cas d'urgences internes.

12°quater. (Le chef du département infirmier, les infirmiers-chefs de service et les infirmiers en chef doivent suivre une formation permanente, d'au moins 60 heures par période de 4 ans, afin d'entretenir leurs connaissances et compétences dans les domaines suivants :

- la législation sur les hôpitaux, y compris la législation relative au financement des hôpitaux;
- l'organisation et la gestion des ressources humaines, y compris le coaching;
- la législation sociale;
- les principes de la gestion d'entreprise;
- l'épidémiologie;
- la gestion des données hospitalières;

- l'efficacité et qualité des soins.) <AR 2006-07-13/67, art. 3, 031; En vigueur : 07-09-2006> (12^oquinquies § 1er. Chaque hôpital dispose d'une équipe mobile de membres de personnel, non liée à une unité architecturale, structurelle ou fonctionnelle.

§ 2. Cette équipe mobile, composée d'infirmiers et de soignants, est attribuée au département infirmier de l'établissement et relève de la responsabilité du chef du département infirmier.

§ 3. L'équipe mobile est constituée au minimum de 70 % d'infirmiers.

Le personnel de cette équipe mobile est recruté en sus des normes d'agrément et de financement existantes.

Le personnel bénéficiant d'un autre financement public n'entre pas en ligne de compte pour la création de l'équipe mobile.

L'équipe mobile ne peut, en aucun cas, servir à satisfaire aux normes d'encadrement minimum des services, des fonctions, des sections, des programmes de soins, des services médico-techniques et techniques.

Le recrutement des membres de l'équipe mobile est fixé comme suit :

1^o au 1er janvier 1999 :

a) en ce qui concerne les hôpitaux généraux, 0,5 membres de personnel par 30 lits CF D, E, H* et Sp;

b) en ce qui concerne les hôpitaux psychiatriques, 0,5 membre de personnel par 30 lits T;

2^o au 1er janvier 2000 :

sans préjudice des dispositions visées au 1^o, 0,5 membre de personnel supplémentaire selon le critère défini au 1^o.

§ 4. Le chef du département infirmier établit un projet de plan d'attribution concernant la taille, la composition, le lieu et le mode d'affectation de l'équipe mobile dont question et soumet ce projet à l'avis du Conseil d'entreprise ou, à défaut, à la délégation syndicale pour les établissements privés, ou au Comité de concertation concerné pour les établissements publics.

Le plan d'attribution est établi par le chef du département infirmier lors de la constitution de l'équipe mobile et ensuite, sur base annuelle, ainsi qu'en cas de modification de la taille, de la composition, du lieu et du mode d'affectation.

Le chef du département infirmier fera rapport en ce qui concerne le plan d'attribution au Conseil d'entreprise ou, à défaut, à la délégation syndicale pour les établissements privés ou au Comité de concertation concerné pour les établissements publics. Ce rapport peut être réclamé par les autorités qui ont l'agrément dans leurs attributions.

§ 5. L'ensemble des effectifs de l'équipe mobile susmentionnée doit être affecté aux unités de soins, au quartier opératoire, à la fonction " soins urgents spécialisés " ou à la salle des plâtres. Le lieu et le mode d'affectation peuvent être librement déterminées par le chef du département infirmier, conformément à la procédure visée au § 4, compte tenu de la nécessité :

1^o d'affecter du personnel, d'une manière plus permanente, dans les services et fonctions précitées, qui se caractérisent par une demande de soins plus importante, laquelle entraîne une augmentation de la charge de travail;

2^o de faire face à une croissance subite de la demande en soins et de la charge de travail;

3^o de remplacer les infirmiers ou soignants malades ou en formation, ainsi que de les remplacer et de les assister dans des fonctions infirmières spécifiques, tels que l'infirmier de référence.) <AR 1999-02-15/44, art. 2, 022; En vigueur : 1999-01-01>

13^o Il y aura du personnel d'entretien en suffisance.

(14^o Chaque hôpital doit disposer d'un plan d'action pour faire face aux accidents majeurs internes.

En outre, chaque hôpital, à l'exception des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux qui disposent exclusivement de services pour le traitement de malades atteints d'affections de longue durée (indice V) et des hôpitaux qui disposent uniquement des services spécialisés (indice S), combinés ou non à des services V susmentionnés ou à des services d'hospitalisation normale (indice H), ou à des services neuropsychiatriques pour le traitement de malades adultes (indice T), doit disposer d'un plan d'action pour faire face aux accidents majeurs à l'extérieur de l'hôpital.

Dans chaque hôpital et sous la direction du médecin en chef, un comité permanent doit être

chargé de la rédaction, de l'actualisation et de la validation du plan.

Ce plan, qui porte le titre générique de " Mise en alerte des services hospitaliers ", doit être soumis pour approbation au gouverneur de la province dans laquelle l'institution est située. Le plan doit porter sur les questions suivantes :

- a) la constitution, la composition et le fonctionnement d'une cellule de coordination et de commandement chargée de diriger les opérations, de collecter l'information relative à l'accident, de décider du niveau de riposte de l'institution, de l'adaptation éventuelle du plan et d'assurer les relations avec les familles, les autorités et la presse;
- b) les niveaux, les phases et leurs effectifs respectifs de la mobilisation interne, les modes et moyens logistiques de la riposte ainsi que la désignation des personnes autorisées à décider du déploiement du plan ou d'une de ses phases;
- c) la désignation des locaux destinés au triage, à la surveillance et au traitement des victimes en fonction du degré d'urgence, ainsi que ceux réservés à la presse, aux familles, aux autorités et aux dépouilles mortelles;
- d) les modalités d'identification des victimes;
- e) le tableau organique, les modalités de travail et de réaffectation des personnels en fonction du niveau et de la phase de riposte concernée;
- f) la liste d'une part des médecins et de toutes les catégories d'agents hospitaliers qui doivent être appelables et immédiatement disponibles et d'autre part des médecins et de toutes les catégories d'agents qui sont appelables, ainsi que les modalités de ces rappels;
- g) les dispositions logistiques de déploiement du plan et en particulier la mise en oeuvre de matériels, médicaments et réserves, les dispositions en matière de réserves de sang et dérivés ainsi que les dispositions concernant le service d'urgence, le service de traitement intensif, le quartier opératoire, le service de radiologie et le laboratoire;
- h) les mesures de protection des victimes, du personnel, des locaux et du matériel en cas de contamination ainsi que les procédures et les techniques de décontamination à suivre;
- i) les modalités en matière de circulations internes et de contrôle des abords de l'institution;
- j) les modalités pratiques d'organisation d'une cellule d'accueil et d'accompagnement psycho-social des familles;
- k) la possibilité d'étendre l'ensemble des moyens de communication, d'en développer les réseaux et de centraliser la réception et la diffusion des informations;
- l) les modalités en matière de coopération avec l'autorité communale et provinciale en vue de l'insertion de l'institution dans les dispositifs des plans communaux ou provinciaux de secours visés par la législation sur la protection civile;
- m) le descriptif du déploiement du plan sous forme d'un tableau synoptique;
- n) un manuel regroupant les fiches de consignes destinées aux différents types de services et de personnels hospitaliers;
- o) les moyens dévolus à la formation des médecins et de tous les personnels;
- p) les modalités et périodicité des exercices permettant de valider le plan ou de l'adapter;
- q) les modalités retenues pour la mise à l'abri, l'évacuation interne ou externe des patients hospitalisés et du personnel;
- r) la capacité d'accueil de victimes exprimée en capacité réelle de prise en charge et de traitement, ainsi que la capacité d'hébergement.

Chaque service et chaque membre du personnel doit disposer des fiches de consignes le concernant et doit également être informé de sa mission dans le cadre de ce plan.) <AR 1991-10-17/45, art. 1, 011; En vigueur : 01-07-1992; voir AR 1992-04-06/31, art. 1, M.B. 02-06-1992, pp. 12658-12659>

² 15° Le directeur du laboratoire agréé de biologie clinique de l'hôpital ou avec lequel l'hôpital a un accord de collaboration assure la surveillance et est responsable de la réalisation à l'hôpital des tests décentralisés de biologie clinique telle que visée à l'article 1er, 2°, de l'arrêté royal du 3 décembre 1999 relatif à l'agrément des laboratoires de biologie clinique par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.]²

³ 16° Tout hôpital général approuve, après concertation pluridisciplinaire au sein de

l'établissement, un protocole pour les soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC) contenant les grandes lignes de la prise en charge spécifique des patients souffrant d'insuffisance cérébrovasculaire aiguë.

Ce protocole traite en particulier :

1° de la première prise en charge spécifique des patients souffrant d'insuffisance cérébrovasculaire aiguë;

2° des modalités relatives à l'orientation des patients;

3° le cas échéant, de la prise en charge des patients souffrant d'insuffisance cérébrovasculaire aiguë dans la phase post-aiguë et la phase de revalidation.

Le médecin en chef et le chef du département infirmier de l'hôpital sont responsables de l'exécution de cette obligation.

Ce protocole est communiqué et mis à la disposition des membres du corps médical et du département infirmier de tous les sites de l'hôpital.]³

[¹ IV. Normes en matière de traçabilité et de notification de réactions graves et d'incidents indésirables graves en ce qui concerne le matériel corporel humain.

1. Les définitions visées dans la loi suivante et dans les arrêtés royaux suivants sont applicables, par analogie, au présent chapitre :

a) la loi du 19 décembre 2008 relative à l'obtention et à l'utilisation de matériel corporel humain destiné à des applications médicales humaines ou à des fins de recherche scientifique;

b) l'arrêté royal du 28 septembre 2009 fixant les normes de qualité et de sécurité pour le don, le prélèvement, l'obtention, le contrôle, le traitement, le stockage et la distribution de matériel corporel humain auxquelles les établissements doivent répondre;

c) l'arrêté royal du 28 septembre 2009 fixant les modalités en matière de notification de réactions indésirables graves et d'incidents indésirables graves relatifs au matériel corporel humain.

2. Chaque hôpital, en ce qui concerne la notification d'incidents indésirables graves et de réactions indésirables graves, respecte ses obligations qui sont imposées par l'arrêté royal visé au 1, c).

3. Les hôpitaux disposent de procédures pour la conservation des données telles que visées au point 6, relatives au matériel corporel humain appliqué ou au matériel corporel humain qui fait l'objet d'une autre destination, dont notamment la destruction.

4. Tous les hôpitaux qui utilisent du matériel corporel humain destiné à une application humaine, communiquent aux établissements concernés toute information telle que visée au point 6, nécessaire à assurer la traçabilité et de garantir le contrôle de la qualité et de la sécurité et la sécurité.

5. Tout matériel corporel prélevé et utilisé, doit entièrement pouvoir être tracé à partir du donneur au receveur et inversement, tel que visé dans la loi et l'arrêté royal visé au 1, b).

6. Pour garantir la traçabilité, les données suivantes relatives au matériel corporel humain qui est appliqué sur la personne humaine ou qui lui est destiné, sont au moins conservées :

a) l'identification de l'établissement qui a délivré le matériel corporel humain;

b) l'identification du médecin qui a appliqué le matériel corporel humain, ainsi que de l'hôpital dans lequel cette application a eu lieu;

c) le type de matériel corporel humain;

d) l'identification du matériel corporel humain, notamment du numéro d'identification unique du don tel que visé à l'annexe I de l'arrêté royal visé au 1, b) et, le cas échéant, du numéro de pool et du numéro de morcellement tels que visés à l'annexe I de l'arrêté royal visé au 1, b);

e) l'identification du receveur ou de la destination finale;

f) la date de l'application, de la destruction ou d'une autre destination.

7. Le rapport de prélèvement et les données relatives à la documentation du donneur de matériel corporel humain visés au point 1.4 de l'annexe III de l'arrêté royal visé au 1, b), et destiné à un établissement de production, sont conservés durant une période d'au moins trente ans et de maximum cinquante ans par l'hôpital où le matériel corporel humain a été prélevé, sans préjudice du point 1.4.1. de l'annexe III de l'arrêté mentionné ci-dessus.

8. Chaque hôpital notifie chaque année, au plus tard le 30 avril, la liste des dépôts, telle que visés à l'arrêté royal visé au 1, b), qui se trouvaient l'année précédente sur ses sites, à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé.

Pour chaque dépôt, il est précisé sur quel site de l'hôpital celui-ci se trouve.

9. Les points précédents ne s'appliquent pas vis-à-vis des catégories suivantes d'hôpitaux qui notifient au préalable à l'autorité compétente pour l'agrément et à l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé qu'au sein de l'hôpital concerné, aucune application humaine visé dans la loi visée au 1, a) ne s'effectue et qu'au sein de l'hôpital concerné, aucun prélèvement de matériel corporel humain ne s'effectue sur des donneurs vivants :

a) les hôpitaux psychiatriques;
b) les services de gériatrie isolés (indice G);
c) les hôpitaux disposant exclusivement de services spécialisés pour le traitement et la revalidation (indice Sp), en liaison ou non avec des services d'hospitalisation ordinaire (indice H) ou des services neuropsychiatriques pour le traitement de patients adultes (indice T), ou des services spécialisés de traitement et de réadaptation (index Sp) destinés aux patients atteints d'affections psychogériatriques et cliniques et aux patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale qui nécessitent des soins palliatifs.

Les hôpitaux qui, en application de l'alinéa 1er, ont effectué une notification, retirent immédiatement cette notification si celle-ci ne répond plus à la réalité.¹

(1)<AR [2009-09-28/10](#), art. 2, 041; En vigueur : 01-12-2009>

(2)<AR [2012-08-03/37](#), art. 1, 043; En vigueur : 14-09-2012>

(3)<AR [2014-04-19/75](#), art. 1, 047; En vigueur : 18-08-2014>

Art. N2. Normes spéciales s'adressant au Service d'hospitalisation simple : Index H.

L'agrément de certains établissements pourra se faire sous cet index particulier pour autant qu'ils réunissent les normes architecturales, fonctionnelles et d'organisation applicables à l'ensemble des établissements.

Art. N3. Normes spéciales s'adressant aux services de diagnostic et de traitement médical : Index D.

I. Normes architecturales.

Outre les normes générales, le service disposera d'une salle d'examen pour le médecin spécialiste.

II. Normes fonctionnelles.

1° Le service de diagnostic et de traitement médical devra disposer :

a) d'une installation fixe de diagnostic radiologique, adéquatement protégée;
b) d'un laboratoire d'analyses cliniques;
c) de l'appareillage de diagnostic médical courant permettant entre autres l'examen électrocardiographique, la mesure du métabolisme de base, etc.

2° Une alimentation diététique devra pouvoir être assurée aux malades.

3° L'oxygène doit pouvoir être administré à toute heure à tous les malades; de même une transfusion sanguine devra pouvoir être effectuée dans le délai le plus court.

III. Normes d'organisation.

Un médecin spécialiste de médecine interne surveillera régulièrement les patients.

Les soins d'urgence devront être assurés en cas d'aggravation imprévue.

Art. N4. Normes spéciales s'adressant aux services de diagnostic et de chirurgie : Index C.

I. Normes architecturales.

Outre les normes générales, le service de chirurgie devra disposer d'un quartier opératoire isolé de l'hospitalisation et des voies de circulation à l'intérieur de l'établissement.

1° Le quartier opératoire devra comprendre :

a) 2 salles d'opération au moins, l'une pour les cas graves ou aseptiques, l'autre pour les cas bénins ou septiques. Ces salles seront construites en matériaux durs ininflammables,

impermeables et lavables.

Toutes les précautions contre les risques d'explosion des gaz anesthésiques seront prises.

Le chauffage sera conçu en vue d'atteindre une température de 25 à 28 °C par tous les temps; aucune flamme ouverte ou système nécessitant une cheminée ne seront tolérés dans ces salles.

En plus de l'éclairage naturel, il existera un éclairage artificiel permettant d'opérer sans ombre portée; cet éclairage sera complété par un éclairage de secours en cas de panne de courant, maintenu d'une manière constante en parfait état de fonctionnement.

b) Un local destiné à la stérilisation.

c) Un local destiné à l'entretien et au dépôt de matériel.

d) Un local réservé au corps médical (vestiaire et colloques).

e) Un local de séjour du personnel infirmier.

2° Les papiers peints aux murs seront proscrits de façon formelle dans les quartiers opératoires.

II. Normes fonctionnelles.

1° La stérilisation des instruments et des pansements devra être assurée d'une manière irréprochable par des systèmes sûrs et en parfait état de marche; des certificats de bon fonctionnement devront être tenus à la disposition de l'inspection.

2° L'eau employée pour tous les usages du quartier opératoire sera de l'eau potable ou de l'eau stérilisée; pour les établissements non desservis par un service public de distribution d'eau une analyse de l'eau par un organisme officiel sera faite tous les trois mois et le résultat consigné dans un registre tenu à la disposition de l'inspection.

3° L'établissement devra posséder un appareillage fixe de diagnostic radiologique et éventuellement un appareil mobile.

4° L'établissement devra pouvoir réaliser les techniques de réanimation, la transfusion sanguine, l'administration d'oxygène.

5° Il devra disposer des services d'un laboratoire d'analyses cliniques.

6° Il devra pouvoir assurer une alimentation diététique.

(III. Normes d'organisation.

1° La direction du service devra être confiée à un spécialiste chirurgien, chargé de donner, en temps voulu, les directives nécessaires à la dispensation de soins efficaces des malades et d'assurer les soins d'urgence, notamment par l'établissement d'un rôle de garde des chirurgiens et des anesthésistes à qui le service doit pouvoir faire appel à tout moment.

2° Le service devra pouvoir disposer en permanence de personnel compétent pour la salle d'opération et la stérilisation.

3° Le spécialiste chirurgien, chargé de la direction du service, prendra avec le responsable des soins infirmiers toutes les précautions nécessaires pour éviter les infections.) <AR 18-07-1980, art. 1er>

2° Le service devra pouvoir disposer en permanence de personnel compétent pour la salle d'opération et la stérilisation.

3° Tout le personnel occupé à la salle d'opération prendra toutes les précautions utiles pour éviter la contamination des plaies opératoires.

Art. N5.(Normes particulières applicables au service de maternité : Index M.) <AR 1987-08-15/30, art. 2, 006; En vigueur : 01-01-1988>

(I. Normes architecturales.

A. Lits et unités de soins standard.

1. Un service comporte au moins une unité de soins.

2. Il ne peut y avoir plus de deux lits par chambre.

3. Il faut un nombre suffisant de chambres à un lit, afin de pouvoir isoler certaines patientes. Les chambres à un lit doivent être réparties entre les différentes unités.

4. Il faut pouvoir isoler les nouveau-nés dans les chambres de telle manière que la mère puisse voir et surveiller son enfant.

5. Les chambres doivent être dotées d'un W.C. et de l'équipement sanitaire, permettant de dispenser tous les soins corporels à la mère et au nouveau-né.

B. Les locaux des unités de soins.

Les locaux techniques suivants doivent être prévus par unité de soins ou par groupe de deux unités de soins, pour autant que ces dernières soient contiguës.

1. Un local pour les accoucheuses et le personnel infirmier :

Ce local est entre autres, destiné à :

1.1. La permanence des soins infirmiers.**1.2. La fonction de secrétariat des soins infirmiers.**

- il y a lieu de prévoir un système d'appel, à moins qu'il n'y ait un système central;
- il faut disposer de l'équipement nécessaire au fonctionnement efficace du secrétariat de l'unité, entre autres d'un téléphone avec répertoire téléphonique et de la liste des patientes hospitalisées.

1.3. Local de travail pour les accoucheuses et le personnel infirmier.

- établissement et tenue à jour des dossiers des patientes; ces derniers seront sous surveillance constante afin de garantir le secret professionnel;
- préparation et conservation des médicaments; ceux-ci seront conservés dans une armoire à médicaments, ou dans un réfrigérateur, sous surveillance constante.

1.4. Local de travail pour la chef accoucheuse (au besoin, la chef infirmière).**2. Une salle d'examen et de traitement.**

Ce local peut être utilisé par les médecins pour l'examen des patientes séjournant dans l'unité et pour l'application à ces dernières de certains traitements et interventions, ainsi que par les accoucheuses et par les infirmières pour certaines techniques de soins.

3. Un local pour les médecins.

Si les dossiers médicaux des patientes séjournant dans l'unité sont conservés dans ce local, ils seront sous surveillance constante afin de garantir le secret professionnel.

4. Une resserre pour le matériel de soins.

Ce local est, entre autres, utilisé pour l'entreposage de matériel de soins et de linge propre, et pour la préparation des chariots de soins et des techniques de soins.

5. Un local pour le linge.

Ce local est, entre autres, utilisé pour l'entreposage temporaire du linge et du matériel sales et des échantillons d'urine et des déchets. Ce local doit être équipé d'un lavabo.

6. Une resserre :

L'unité devra disposer de suffisamment d'espace pouvant servir de débarras, soit dans un local distinct, soit réparti sur plusieurs espaces ayant éventuellement encore une autre destination.

Il y a lieu de prévoir une resserre distincte pour le matériel d'entretien.

7. Une cuisine de distribution pour la mère et l'enfant :

- même si un système central de distribution des repas est prévu, il y a lieu de prévoir une aire, équipée d'un réfrigérateur, permettant de servir des repas différés ainsi que des boissons et des collations entre les repas, de ranger la vaisselle et d'éventuellement la laver.

- contigu à la cuisine de distribution pour les paturientes mais isolée de celle-ci, il y a lieu de prévoir une aire limitée pour la biberonnerie locale, équipée d'un réfrigérateur et destinée à la préparation d'aliments lactés complémentaires ainsi qu'au réchauffage des biberons refroidis.

Des tétines aseptiques seront disponibles à tout moment.

8. Un local de séjour :

Ce local est destiné aux patientes non alitées d'une ou de plusieurs unités de soins, et peut servir entre autres à la détente, comme réfectoire ou aux visites. Il est aussi interdit d'y fumer.

9. Une salle de bains :

Chaque unité de soins comprendra une salle de bains avec douche.

10. Un espace de rangement limité sera prévu pour le personnel pour y déposer ses objets personnels (sac à main, etc.).

11. Toilettes distinctes pour le personnel et les visiteurs.

12. Il y a lieu de prévoir une aire réservée à la formation, aux discussions de groupe et à la conversation.

La disposition de ces locaux dans l'unité de soins tiendra tout particulièrement compte de

leur regroupement fonctionnel.

II. Normes fonctionnelles.

1. Le service M fait partie d'un hôpital général aigu et doit disposer entre autres des services annexes suivants :

1.1. Une biberonnerie (voir annexe);

1.2. Un quartier d'accouchement (voir annexe);

1.3. (Abrogé) <AR 1996-08-20/43, art. 2, 018; En vigueur : 01-01-1997>

Les liaisons fonctionnelles avec ces services médicaux, médico-techniques et auxiliaires doivent être réalisées de manière à permettre de fournir systématiquement et dans les plus brefs délais tous les renseignements requis au sujet des patients.

2. Lorsqu'il n'existe aucun empêchement d'ordre administratif ou juridique, les cas de décès de la mère et les décès périnataux doivent faire l'objet d'une autopsie.

3. ¹ Le service M fait partie d'un hôpital disposant d'un programme de soins agréé pour enfants et d'une fonction agréée de soins néonataux locaux (fonction N*).]¹

(4. Le premier jour de son admission dans le service M, la parturiente reçoit une brochure d'accueil qui comporte, entre autres, le règlement des visites.) <AR 1996-08-20/43, art. 2, 018; En vigueur : 01-01-1997>

III. Normes d'organisation.

1. Staff médical

1.1. La direction du service est assurée par un médecin reconnu spécialiste en gynécologie et obstétrique, exerçant son activité hospitalière exclusivement dans l'établissement.

Le médecin-chef de service est responsable du bon fonctionnement et du niveau scientifique de son service, avec tous les droits et obligations qui en découlent. Par des informations, des prises de contact, la coordination, et certaines interventions dans les domaines qui influent directement ou indirectement sur le bon fonctionnement du service, il veille à assurer un traitement optimal dans le cadre d'une durée de séjour minimale.

Ces mesures seront consignées dans un règlement intérieur.

1.2. Il appartient au médecin-chef de service de prendre les mesures pour assurer la continuité des soins médicaux aux patientes.

1.2.1. Le chef de service établira le rôle de garde qui sera affiché dans le service, dans le quartier d'accouchement et dans le quartier de soins néonataux et transmis au médecin qui assure la permanence à l'hôpital.

1.2.2. A tout moment, le service devra pouvoir faire appel et disposer d'un gynécologue-obstétricien, d'un médecin spécialiste en anesthésiologie et d'un pédiatre.

(alinéa abrogé) <AR 1996-08-20/43, art. 2, 018; En vigueur : 01-01-1997>

1.3. A la sortie de la patiente, le médecin-chef de service veillera à ce que l'accoucheuse transmette immédiatement un rapport au médecin référant.

1.4. Le chef de service s'assurera la collaboration d'un médecin agréé en pédiatrie pour veiller aux nouveau-nés et d'un médecin agréé en anesthésiologie et réanimation.

1.5. Un dossier médical sera tenu à jour, sous la responsabilité du médecin-chef de service, pour chaque patient, tant pour la mère que pour l'enfant.

Sous la responsabilité du médecin-chef de service un système d'identification excluant toute confusion entre les nouveau-nés, sera prévu.

1.6. L'enregistrement périnatal sera tenu à jour sous la responsabilité du médecin-chef de service. A la fin de l'année, les éléments les plus importants tels que les mortalités périnatale et maternelle seront rassemblés dans un rapport annuel.

1.7. Chaque cas de mortalité maternelle ou périnatale fera l'objet d'une discussion et d'une évaluation particulière.

Le rapport écrit sera joint au dossier médical.

2. Accoucheuses, personnel soignant et infirmier.

2.1. Par unité de soins, on prévoira au moins 1 accoucheuse en chef (éventuellement infirmière en chef) et suffisamment d'accoucheuses pour pouvoir garantir une permanence 24 heures sur 24. Le service devra disposer aussi du nombre nécessaire de personnel infirmier et soignant qualifié en fonction des besoins infirmiers et de soins.

2.2. Les infirmières et le personnel soignant auront une expérience particulière dans les soins aux nouveau-nés.

ANNEXE 1 : LA BIBERONNERIE.

L'alimentation des nouveau-nés et nourrissons sera préparée à la biberonnerie.

Celle-ci comprendra deux locaux distincts, l'un pour le nettoyage et l'autre pour la préparation, après stérilisation des biberons.

La biberonnerie sera pourvue d'un réfrigérateur.

ANNEXE 2 : LE QUARTIER D'ACCOUCHEMENT.

I. Normes architecturales et physiques.

§ 1. Le quartier d'accouchement comportera les locaux suivants :

1. Deux salles d'accouchement par quartier et une salle de travail où en cas de nécessité des accouchements peuvent avoir lieu.

2. Un espace destiné à la préparation des accoucheurs.

Un tel espace pourra être prévu pour deux salles d'accouchement.

Il sera pourvu d'un lavabo muni d'un robinet à commande au coude ou au pied.

3. Un local destiné à la dispensation des soins et à la réanimation des nouveau-nés.

4. Des sanitaires et des douches pour le personnel.

5. Des resserres en nombre suffisant.

6. Un espace permettant diverses activités de services.

7. L'entrée du quartier d'accouchement comprendra une zone de transfert avec un local d'examen et une petite salle d'attente.

§ 2. Outre le matériel obstétrical traditionnel, le quartier d'accouchement disposera de l'appareillage nécessaire afin de garantir la sécurité de la mère et de l'enfant, selon l'état de la science.

II. Normes fonctionnelles.

1. Un règlement d'ordre intérieur rédigé de commun accord entre le chef de service et le comité d'hygiène hospitalière comportera notamment les dispositions suivantes :

a) Les conditions d'accès aux différentes zones du quartier d'accouchement, et ce tant pour les médecins, le personnel, les patientes et leurs époux que pour le matériel, afin de respecter de façon optimale les règles d'hygiène et de stérilité;

b) Les modalités relatives au transport du matériel ainsi qu'aux déplacements des patients et du personnel dans le quartier d'accouchement;

c) Toutes les mesures à prendre pour éviter que le matériel sale ou non stérile entre en contact avec le matériel propre ou stérile;

d) Les techniques de nettoyage pour le quartier d'accouchement;

e) Les mesures à prendre lors d'une contamination éventuelle d'un local du quartier d'accouchement.

2. Chaque accouchement sera noté dans un registre. On mentionnera au moins : l'identité de la patiente et/ou le numéro de son dossier médical, le nom du ou des accoucheur(s) et du ou des anesthésiste(s), la date, l'heure et la nature de l'accouchement, le poids et le sexe du nouveau-né.

3. Le compte rendu de l'accouchement figurera dans le dossier médical de la mère.

Un rapport d'évaluation du nouveau-né sera rédigé par le pédiatre et joint au dossier médical du nouveau-né; ce rapport mentionnera : le score APGAR et les données biométriques de base.

4. Le degré d'asepsie du quartier d'accouchement fera l'objet d'un contrôle au moyen d'examen bactériologiques appropriés, au moins tous les trois mois.

5. La fiabilité de l'appareillage d'anesthésie et des appareils de réanimation sera testée au moins deux fois par an.

III. Normes d'organisation.

1. Le staff médical :

1.1. Le médecin-chef veillera au respect de toutes les dispositions du règlement d'ordre intérieur.

1.2. Le médecin-chef de service rédigera un rapport annuel des activités du quartier

d'accouchement. Ce rapport comprendra entre autres les données relatives à la mortalité maternelle et périnatale.

[² 1.3. Un pédiatre du programme de soins pour enfants est disponible en permanence.]²

2. Accoucheuses :

2.1. Les activités journalières s'effectueront sous la surveillance de l'accoucheuse en chef.

2.2. Dans le quartier d'accouchement, assez d'accoucheuses seront prévues pour assurer la permanence exigée 24 heures sur 24.

ANNEXE 3 : LA SECTION DE SOINS NEONATALS NON-INTENSIFS (SECTION n).
(Abrogé) <AR 1996-08-20/43, art. 2, 018; En vigueur : 01-01-1997>

(1)<AR [2014-04-02/12](#), art. 1, 046; En vigueur : 28-04-2014>

(2)<AR [2014-04-02/12](#), art. 2, 046; En vigueur : 28-04-2014>

Art. N6. Normes spéciales s'adressant aux services des maladies infantiles : Index E.

(Un service des maladies infantiles (index E) ne peut être exploité que comme possibilité de traitement au sein d'un programme de soins agréé pour enfants, visé dans l'arrêté royal du 13 juillet 2006 fixant les normes auxquelles un programme de soins pour enfants doit répondre pour être agréé et modifiant l'arrêté royal du 25 novembre 1997 fixant les normes auxquelles doit répondre la fonction "hospitalisation chirurgicale de jour" pour être agréée.) <AR 2006-07-13/54, art. 34, 3°, 030; En vigueur : 01-01-2007>

Art. N7. Normes spéciales s'adressant aux services des maladies contagieuses : Index L.

I. Normes architecturales.

Outre les normes générales, le service devra répondre aux normes suivantes :

1° Il disposera de locaux isolés, accessibles directement de l'extérieur. Les matériaux de revêtements de ces locaux seront lavables à grande eau et supporteront l'action des agents désinfectants habituels.

2° La disposition générale comprendra deux circuits de circulation indépendante : l'un extérieur, permettant l'introduction des malades dans les chambres, l'autre intérieur, réservé au personnel préposé au soignage des malades.

3° Un local sera prévu pour les cas d'intervention chirurgicale urgente.

4° Des lavabos dans des cas de désinfection existeront en nombre suffisant pour permettre, lors des examens et des soins médicaux, l'observation des règles d'asepsie rigoureuse.

5° Le service disposera d'un local et du matériel pour assurer la désinfection des vêtements, du linge et de la literie, avant leur évacuation éventuelle vers la buanderie centrale.

6° Aucun logement ou habitation d'un membre quelconque du personnel ne sera toléré dans le quartier des contagieux.

7° Les immondices seront incinérées sur place; les immondices liquides subiront le traitement d'épuration préalable à leur évacuation.

II. Normes fonctionnelles.

1° Les malades en période contagieuse ne quitteront, sous aucun prétexte, leur local d'hospitalisation.

Des techniques de diagnostic et de soignage doivent donc être assurées en respectant cette condition.

2° La répartition des aliments sera réalisée de telle manière qu'elle rendra impossible la transmission d'une contamination aussi bien à l'intérieur des installations que de l'intérieur vers l'extérieur.

3° Ne seront tolérées à l'intérieur du quartier d'hospitalisation que les personnes y occupées.

4° L'évacuation du linge et des vêtements se fera après désinfection appropriée.

III. Normes d'organisation.

1° Un médecin responsable surveillera le soignage des malades hospitalisés dans ce service.

Il donnera toutes les instructions se rapportant à ce soignage et à la prévention de contaminations intrahospitalières.

Il veillera soigneusement à l'application des mesures qu'il aura édictées.

2° Le personnel soignant employé dans cette section devra être exclusivement réservé au soignage de ces malades.

Il sera prévu en nombre suffisant pour éviter les contaminations intrahospitalières, tout en tenant compte du nombre de malades hospitalisés dans le service.

A l'entrée et à la sortie, il changera complètement de vêtements.

A la sortie, il sera obligé de prendre une douche. Ces opérations seront facilitées par l'aménagement d'un système de vestiaire à double issue.

3° Toutes les mesures de prévention individuelle contre les maladies contagieuses doivent être imposées au personnel.

4° Les visites s'effectueront à travers une paroi vitrée, le visiteur restant à l'extérieur du local d'hospitalisation; ces dispositions seront affichées bien en vue à l'intention de toute personne étrangère au service.

Art. N8. <AR 1996-08-20/43, art. 3, 018; En vigueur : 01-01-1997> Normes particulières au service pour la néonatalogie intensive, index NIC.

I. Dispositions générales.

1. Le service NIC est exclusivement réservé à l'admission et au traitement des nouveau-nés qui se trouvent dans des conditions de maladie particulière ou menaçante pour leur vie.

Les nouveau-nés séjournent dans le service NIC jusqu'au moment où ils sont suffisamment rétablis pour pouvoir être retransférés sans risques inutiles vers l'hôpital référant pour la suite du traitement.

2. Si la fonction de soins néonataux locaux (fonction N*), telle que définie dans l'arrêté royal du 22 août 1996 fixant les normes auxquelles une fonction de soins néonataux locaux (fonction N*) doit satisfaire pour être agréée, est intégrée dans le service NIC, la fonction et le service doivent former des entités nettement distinctes et les soins intensifs doivent être réservés aux lits NIC agréés.

3. (Le service NIC doit satisfaire à au moins trois des normes d'activité suivantes :

1° chaque année, au moins 50 nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 1.500 grammes sont admis;

2° chaque année, 20 % au moins des admissions concernent des transferts intra-utérins ou extra-utérins;

3° chaque année, le service traite les nouveau-nés qui nécessitent des soins intensifs provenant d'au moins 5.000 accouchements par le biais d'accords de collaboration avec des services M et des fonctions N*;

4° chaque année, 50 % au moins des patients ayant fait l'objet d'un transfert intra-utérin ou extra-utérin sont retransférés vers l'établissement référant.) <AR [2008-03-10/37](#), art. 1, 039; En vigueur : 17-04-2008>

II. Normes architecturales.

1. Le service doit disposer d'au moins 15 lits.

Les locaux du service constitueront une entité nettement distincte des autres services (unités) hospitaliers de l'établissement.

2.1. Le service comprendra les locaux suivants :

1° un sas d'entrée pour la section infirmière comportant des équipements pour le lavage des mains ainsi que tous les autres équipements indispensables au respect des règles d'hygiène;

2° un ou plusieurs locaux destinés aux soins intensifs.

Les incubateurs et les lits doivent y être installés.

La température de ces locaux doit pouvoir être portée à 25 °C. Le système de climatisation ne peut être de nature à favoriser la propagation de germes;

3° un local avec deux parties d'isolement.

Ce local répondra aux critères visés au 2° et sera destiné à l'isolement et à l'observation des enfants dont on présume qu'ils ont une infection.

Il sera pourvu d'un sas permettant de se laver les mains et de changer de blouse de travail.

2.2. Le service doit également disposer des locaux techniques suivants :

1° un local d'examen;

- 2° un bureau pour les médecins;
- 3° un local pour le personnel infirmier;
- 4° deux locaux distincts destinés à entreposer et à manipuler respectivement le matériel et le linge propres et le matériel et le linge sales;
- 5° une biberonnerie où l'alimentation des nouveau-nés sera préparée.

Elle comportera 2 locaux distincts : l'un pour le nettoyage et l'autre pour la préparation, après stérilisation, des biberons.

Des tétines aseptiques doivent être disponibles à tout moment.

2.3. Les locaux visés au point 2.2. peuvent être situés en dehors du service.

Les locaux de la biberonnerie peuvent éventuellement être communs avec ceux de la maternité.

2.4. La prise et la conservation du lait maternel doivent pouvoir se faire dans les meilleures conditions.

III. Normes fonctionnelles.

1. L'administration d'oxygène, l'emploi d'air comprimé, ainsi que l'aspiration doivent être assurés pour chaque lit.

Le service doit à tout moment être à même d'appliquer la réanimation cardiorespiratoire et la respiration artificielle de longue durée dans les meilleures conditions.

2. Le service doit être à même d'administrer l'alimentation parentérale sur une longue durée. Pour ce faire, il disposera d'une large panoplie de perfuseurs.

3. Le service doit pouvoir disposer en un minimum de temps des résultats des analyses biologiques indispensables au contrôle et aux thérapies précitées. Ces examens doivent pouvoir être exécutés par microtechniques.

Le service doit pouvoir utiliser d'urgence un appareil pour l'analyse du pH et des gaz sanguins et un appareil de mesure de la glycémie.

4. Des petites interventions chirurgicales doivent être possibles dans le service.

5. Le service doit pouvoir disposer en un minimum de temps des résultats des examens radiologiques pratiqués dans l'établissement et qui sont indispensables au contrôle des thérapies susmentionnées.

Le service doit pouvoir disposer d'un appareil mobile de radiographie et d'un appareil d'échographie.

6. Les remarques et constatations faites par le personnel médical, infirmier et paramédical doivent être consignées et jointes au dossier du patient.

Le dossier doit être tenu à jour et mis en permanence à la disposition des personnes qualifiées.

7. Les médecins doivent donner journallement, pour chaque nouveau-né, les instructions et les directives qui seront consignées sur une feuille : celle-ci sera jointe au dossier médical lorsque l'enfant quittera le service.

8. Le service doit pouvoir disposer d'une ambulance équipée d'une couveuse et pourvue d'un système de réanimation et de monitoring, et équipée pour le transport des nouveau-nés.

Le service doit pouvoir assurer, immédiatement après l'appel, le transport sous surveillance médicale et infirmière dans les meilleures conditions.

Le médecin accompagnant le nouveau-né aura dès lors une expérience pratique du traitement et de la réanimation des nouveau-nés.

9. Le service doit participer à l'enregistrement périnatal conformément aux directives fournies par le Ministre qui a l'agrégation des hôpitaux dans ses attributions.

(10. Le service est responsable de l'organisation d'un suivi standardisé des nouveau-nés dits à haut risque, c'est-à-dire les nouveau-nés dont le poids à la naissance est inférieur à 1.500 grammes ou dont la mère a accouché avant 32 semaines de grossesse.) <AR [2008-03-10/37](#), art. 2, 039; En vigueur : 17-04-2008>

IV. Normes d'organisation.

1. Staff médical.

1.1. Un médecin spécialiste agréé en pédiatrie, possédant une expérience particulière en néonatalogie et exerçant exclusivement son activité hospitalière dans l'établissement, dirige le

service.

Par médecin spécialiste en pédiatrie, possédant une expérience particulière en néonatalogie il faut entendre :

un médecin spécialiste en pédiatrie qui est :

- soit porteur du titre professionnel particulier de médecin spécialiste en néonatalogie;
- soit, aussi longtemps qu'aucun titre professionnel particulier ne consacre cette qualification particulière, notoirement connu auprès de la commission d'agrégation des médecins spécialistes en pédiatrie, comme particulièrement expérimenté en soins néonataux. La constatation de cette notoriété générale doit apparaître d'un avis de la commission d'agrégation.

Le médecin-chef de service est responsable du bon fonctionnement et du niveau scientifique de son service avec tous les droits et les devoirs qui en découlent.

Par des informations, des prises de contact, la coordination et certaines interventions dans les domaines qui influencent directement ou indirectement le bon fonctionnement du service, il veille à assurer un traitement optimal dans le cadre d'une durée de séjour la plus courte possible.

Ces mesures sont inscrites au règlement d'ordre intérieur.

1.2. Il incombe au médecin en chef de service de prendre toutes les mesures nécessaires pour assurer la continuité des soins aux nouveau-nés.

1.3. Un médecin spécialiste agréé en pédiatrie, possédant une expérience particulière en néonatalogie et attaché exclusivement à l'hôpital pour son activité hospitalière doit être présent à l'hôpital 24 heures sur 24.

Cette permanence peut également être assurée par un médecin qui reçoit sa formation en pédiatrie pour autant qu'il ait une formation postgraduat de deux ans au moins, que le service où il assure la permanence soit inscrit dans son programme de stage et qu'il ait été familiarisé avec tous les aspects du traitement d'urgence et de réanimation dans sa spécialité.

Si la permanence est assurée par un médecin spécialiste en formation, un médecin spécialiste de la même discipline doit être appelable 24 heures sur 24.

1.4. La collaboration de médecins spécialistes dont la présence est requise pour le traitement des nouveau-nés doit pouvoir être assurée à tout moment dans les délais les plus brefs.

1.5. Le chef de service dresse une liste des gardes, laquelle est affichée dans le service et transmise au médecin qui assure à l'hôpital la permanence des autres services d'hospitalisation.

1.6. Pour cinq lits NIC agréés, le service doit disposer d'un médecin spécialiste en pédiatrie équivalent temps plein possédant une expérience particulière en néonatalogie. Le chef de service doit être occupé à temps plein et ce, exclusivement dans le service NIC concerné; les collaborateurs doivent être occupés au minimum à 3/4 temps et ce, exclusivement dans ce service NIC.

2. Personnel infirmier, soignant et autre.

2.1. L'infirmier en chef est un(e) infirmier gradué ou infirmière graduée, de préférence infirmier gradué ou infirmière graduée en pédiatrie, ou accoucheuse, et ayant une expérience particulière en néonatalogie.

Par infirmier gradué pédiatrique ou infirmière graduée pédiatrique, ayant une expérience particulière en néonatalogie, il faut entendre :

un infirmier gradué pédiatrique ou une infirmière graduée pédiatrique qui est :

- soit porteur/porteuse de la qualification professionnelle particulière en néonatalogie;
- soit, aussi longtemps qu'aucune qualification particulière ne fait l'objet d'aucune validation spécifique, notoirement connu(e) auprès du Conseil national de l'art infirmier, comme particulièrement expérimenté(e) en soins néonataux, après avoir suivi un programme d'enseignement aussi bien théorique que pratique. La constatation de cette notoriété générale doit apparaître d'un avis du Conseil national de l'art infirmier.

Par accoucheuse, ayant une expérience particulière en néonatalogie il faut entendre :

une accoucheuse qui est :

- soit porteuse de la qualification professionnelle particulière en néonatalogie;
- soit, aussi longtemps qu'aucune qualification particulière ne fait l'objet d'aucune validation

spécifique, notoirement connue auprès du Conseil national des Accoucheuses, comme particulièrement expérimentée en soins néonataux, après avoir suivi un programme d'enseignement aussi bien théorique que pratique. La constatation de cette notoriété générale doit apparaître d'un avis du Conseil national des Accoucheuses.

2.2. L'infirmier en chef est responsable du bon fonctionnement de l'activité infirmière du service NIC. Par des informations, des prises de contact, la coordination et certaines interventions dans les domaines qui influencent directement ou indirectement l'activité infirmière, il veille à assurer aux nouveau-nés un traitement optimal dans le cadre d'une durée de séjour la plus courte possible.

2.3. L'infirmier en chef veille au respect du règlement d'ordre intérieur relatif, entre autres, aux conditions d'accès aux locaux dans lesquels les nouveau-nés séjournent, aux règles d'asepsie applicables au personnel et aux visiteurs ainsi que celles concernant l'examen périodique du personnel et aux mesures qui doivent être prises par le personnel en cas d'infections endémiques.

2.4. L'infirmier en chef est responsable, pendant toute la durée du séjour du nouveau-né dans le service NIC, de l'organisation de l'enregistrement infirmier et du dossier infirmier individuel.

2.5. L'infirmier en chef est responsable de l'organisation de l'accueil des parents.

2.6. Par lit NIC occupé, le service doit disposer de 2,5 infirmiers gradués, de préférence pédiatriques, et accoucheuses équivalents temps plein, dont 60 % au moins auront une expérience particulière en néonatalogie.

2.7. Au moins un agent administratif équivalent temps plein doit être attaché au service NIC. Le personnel d'entretien doit être suffisamment nombreux pour pouvoir assurer un nettoyage quotidien du service, y compris les week-ends et les jours fériés.

3. Autres normes d'organisation.

3.1. Dès le premier jour de l'admission dans le service NIC, les parents reçoivent une brochure qui comporte, entre autres, le règlement des visites.

3.2. Les parents doivent être associés rapidement et dans une mesure croissante aux soins administrés à leur enfant.

3.3. Les parents doivent, en permanence, avoir la possibilité de rendre visite à leur(s) nouveau-né(s). Les visites de jour doivent être autorisées le plus largement possible. En revanche, en ce qui concerne les visites de nuit, l'hôpital peut décider de les soumettre à l'autorisation préalable de l'infirmier responsable.

3.4. En cas de décès périnatal, il faut prêter une attention particulière à la prise en charge adéquate des parents.

Art. N9. Normes spéciales s'adressant aux sections pour le traitement de la tuberculose, installées dans les hôpitaux généraux : Index B (bacillose).

Tout établissement agréé pour l'hospitalisation, le diagnostic et la chirurgie peut, s'il dispose d'une section spéciale où sont réalisées les normes prévues ci-dessous, être admis à hospitaliser des malades tuberculeux.

Par section spéciale, réservée au diagnostic et au traitement des patients tuberculeux, il faut entendre : un pavillon, un étage ou une partie d'étage, composé d'un ensemble de chambres d'hospitalisation et de locaux techniques constituant une unité fonctionnelle; cette section ne peut constituer un endroit de passage.

Ne pourront être agréés pour le traitement et le soin de malades tuberculeux que les établissements qui répondent aux conditions suivantes :

I. Normes architecturales.

Ne peuvent être agréées que les sections répondant aux conditions générales et situées dans les établissements agréés sous les index C et D.

Au surplus, les patients ont à leur disposition dans la section même :

- a) un réfectoire et son office;
- b) un local réservé aux examens médicaux et équipé d'un appareil de radioscopie;
- c) un parloir au moins;

d) éventuellement, tout local résultant des obligations figurant au II et III.

Des lits, à concurrence d'un tiers au moins de l'effectif, permettent l'isolement en chambre particulière.

II. Normes fonctionnelles.

L'établissement devra disposer, sans devoir opérer le transfert des malades tuberculeux vers un autre établissement, outre des installations prévues sous l'index D :

- a) d'une installation de tomographie;
- b) de l'appareillage pour examens fonctionnels;
- c) des locaux et appareillage de bronchoscopie.

L'établissement disposera également d'un laboratoire capable d'effectuer des cultures et des tests de sensibilité aux antibiotiques, ainsi que les analyses de biologie clinique, ou bien il s'assurera par contrat le concours d'un tel laboratoire.

III. Normes d'organisation.

- a) Un médecin phtysiologue et/ou pneumologue sera chargé de la direction de cette section;
- b) La section ne pourra admettre en principe que des malades de plus de 14 ans;
- c) Les soins d'urgence devront pouvoir être assurés en cas d'aggravation imprévue;
- d) Tous les membres du personnel médical, soignant, domestique, occupés soit en permanence, soit temporairement dans cette section doivent être : allergiques à la tuberculine, exempts d'affections tuberculeuses présentant un caractère évolutif; indemnes d'affections contagieuses.

Ils subissent, lors de leur affectation à la section, un examen de sélection y compris une radiographie.

De plus, leur santé devra être régulièrement surveillée et fera l'objet, tous les six mois au moins, d'un examen clinique et radiologique.

- e) Un dossier médical complet sera dressé pour chaque malade et tenu à la disposition des médecins-inspecteurs.
- f) Des appareils de désinfection des produits septiques et des pansements seront installés dans la section.
- g) Tout malade devra pouvoir bénéficier de thérapie occupationnelle.
- h) La vaisselle destinée à la section devra être lavée et rangée dans la section même. Elle doit être réservée à cette section et sera d'une couleur différente de celle du reste de l'hôpital. Les fourchettes, cuillères, couteaux auront un signe distinctif permanent. Si la cuisine est commune aux deux sections, les moyens de transport de la nourriture de la cuisine aux lits des malades, les chariots chauffants, les boîtes chauffants, les casseroles individuelles, doivent être différents et porter, en permanence un signe distinctif. Ce transport sera effectué par le personnel de la section.
- i) Le linge doit être différent pour la section, y compris les couvertures. Linge et couvertures porteront d'une façon permanente un signe distinctif. La buanderie peut être commune pour autant que le trempage du linge et sa désinfection puissent être faits au sein de la section. Le linge sera lavé et repassé à des jours choisis.
- j) Le petit matériel (crachoirs, pannes, sondes gastriques, urinoirs, etc.) doit être différent et marqué d'un signe distinctif. Ce matériel médical doit être entreposé dans les locaux ad hoc.
- k) Toutes mesures utiles seront prises pour éviter toute possibilité de contamination, notamment pour l'utilisation de matériel et de locaux communs.

Art. N10. Normes spéciales s'adressant aux services de gériatrie et de revalidation : Index R. (abrogé) <AR 1984-04-12/41, art. 2, 002; En vigueur : 28-04-1984>

Art. N11. <AR 1993-10-12/32, art. 2, 012; En vigueur : 19-10-1993> Normes spéciales s'adressant au service spécialisé pour le traitement et la réadaptation index Sp.

1. (Le service spécialisé de traitement et de réadaptation est destiné aux patients atteints d'affections cardio-pulmonaires, neurologiques, locomotrices, psychogériatriques et chroniques (pathologies chroniques et polypathologies requérant des soins curatifs et une réadaptation). Les patients visés nécessitent un traitement médical spécialisé, des soins

infirmiers, une réadaptation fonctionnelle et une réactivation en milieu hospitalier et requièrent une prise en charge active et prolongée, mais de durée limitée.

En outre, ce service peut être destiné à des patients souffrant d'une maladie incurable et se trouvant dans une phase terminale, qui nécessitent des soins palliatifs.) <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

2. Le profil médical, spécialisé, infirmier (...) et pluridisciplinaire du service hospitalier doit être attesté par enregistrement. <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

3. Le service Sp se consacre, par unité de 20 lits, à une même spécialité. (L'unité destinée aux patients nécessitant des soins palliatifs comprend cependant au minimum 6 lits et au maximum 12 lits. Une seule unité de ce type peut exister par hôpital.) La décision d'agrément mentionne la spécialité du service. <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

4. Le patient est hospitalisé dans le service spécialisé soit directement soit après un premier traitement dans un service hospitalier adapté à son affection; il s'agit d'un patient d'une pathologie spécifique et qui requiert un séjour à l'hôpital pour un traitement et une réadaptation appropriés.

5. (...) <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

5. (ancien 6.) Outre l'hospitalisation de patients en phase aiguë de leur affection, le service assure aussi l'hospitalisation prolongée de patients dans une phase évolutive et non stabilisée pour laquelle des soins spécialisés (mais limités dans le temps) sont nécessaires. <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

6. (ancien 7.) Le fonctionnement du service sera, du point de vue médical, infirmier et paramédical axé sur un traitement actif permettant d'assurer le rétablissement ou le maintien optimum du potentiel physique, psychique et social du patient.

7. (ancien 8.) Si ce service ne se trouve pas dans un hôpital général, il doit être en liaison fonctionnelle avec un hôpital général qui dispose au moins des services visés à l'article 2 de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter.

8. (ancien 9.) La liaison fonctionnelle susmentionnée doit faire l'objet d'une convention écrite. Cette dernière traitera des modalités de collaboration et précisera notamment les règles de fonctionnement en cas d'urgence et de transfert.

(9. Sans préjudice de l'application des normes spécifiques relatives aux diverses spécialités du service Sp, mentionnées au chapitre IIbis, les normes fixées aux points I, II et III s'appliquent à tous les services Sp.) <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

I. Normes architecturales.

1. a) Les services Sp se trouvent sur le site d'implantation d'un hôpital aigu, sauf lorsqu'ils résultent de la reconversion d'un service V ou d'un service S (...). <AR 1997-07-15/34, art. 1, 019; En vigueur : 31-07-1997>

b) Les unités de soins du service doivent former un ensemble fonctionnel.

c) La capacité en lits minimum du service Sp est de 20 lits.

2. Une accessibilité aisée sera adaptée à l'infirmité des patients. Dans les couloirs et dégagements du service, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves seront évitées. En outre, on préviendra tout risque de glissement.

3. Les déplacements de patients dans le service seront facilités par l'installation de balustrades et de mains courantes. Les installations sanitaires en seront également dotées. Des aires de repos en nombre suffisant seront prévues dans les couloirs.

4. Un système d'appel efficace ou un appareillage approprié de surveillance sera prévu dans tous les locaux.

5. Les installations sanitaires pour les patients seront aménagées aussi près que possible des chambres, ainsi qu'à proximité des salles de séjour et d'exercice.

Les toilettes seront conçues de manière à permettre un accès aisé au patient.

6. Le service doit disposer d'un local d'examen pouvant servir de local de pansement et d'une salle pour les exercices communs (ainsi qu'une salle à manger). <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

7. Les unités de soins doivent être pourvues d'installations d'oxygénothérapie et d'aspiration en nombre suffisant.

II. Normes fonctionnelles.

1. Le service disposera de l'équipement nécessaire à l'application des techniques infirmières et paramédicales propres à la spécialité du service.

Pour l'application des techniques d'ergothérapie, de kinésithérapie et de logopédie, l'équipement nécessaire approprié à la pathologie sera prévu.

2. Pour chaque patient sera établi, dès son admission, un dossier détaillé comportant :

- les données médicales, infirmières, paramédicales et sociales;
- une évaluation des possibilités et exigences en ce qui concerne un retour au domicile ou vers un milieu adapté;

- un programme mentionnant les traitements spéciaux et les possibilités de réadaptation.

3. Le dossier du patient sera complété régulièrement par un rapport sur l'évolution de son état. Cette dernière sera comparée au programme et au calendrier établis lors de l'admission (et lors des phases ultérieures de son traitement). <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

A cet effet, des réunions multidisciplinaires (hebdomadaires seront organisées). <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

III. Normes d'organisation.

1. L'organisation médicale du service est confiée à un médecin ayant une compétence spécifique dans la (les) discipline(s) pour laquelle (lesquelles) le service spécialisé est reconnu.

Cette compétence doit être prouvée par des pièces justificatives que le médecin doit pouvoir produire.

2. Le médecin visé au point 1 doit pouvoir, en cas de besoin, requérir à tout moment la collaboration des médecins associés au traitement ou, à défaut, celle de l'hôpital général ou un des hôpitaux généraux avec lequel il est en liaison fonctionnelle.

3. Les soins infirmiers doivent être assurés par du personnel infirmier assisté par un nombre suffisant (de personnel soignant). (La permanence infirmière, visée au 12° du point III " Normes d'organisation " de la rubrique " Normes générales applicables à tous les établissements ", de la présente annexe, doit être assurée par unité de soins d'au moins 20 lits.) <AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

4. Le service doit disposer de kinésithérapeutes, ergothérapeutes, logopèdes, diététiciens, assistants sociaux ou infirmiers gradués sociaux et psychologues, dont le nombre est fonction du nombre de lits du service.

IIIbis. (Normes spécifiques par spécialité.) <AR 1997-07-15/34, art. 2, 019; En vigueur : 31-07-1997>

(A. Normes spécifiques du service Sp (affections psychogériatriques).) <inséré par AR 1997-07-15/34, art. 2, 019; En vigueur : 31-07-1997>

(1. Sont agréés comme service Sp destiné à des patients atteints d'affections psychogériatriques, les services qui hospitalisent des patients âgés qui requièrent un diagnostic et/ou un traitement de nature psychiatrique et somatique ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire afin d'assurer le rétablissement ou le maintien au plus haut niveau possible du potentiel physique, psychique et social du patient.

2. Par dérogation au point I, 1, a, le service susmentionné peut également se trouver sur le site d'un hôpital psychiatrique; dans ce cas, toutes les mesures seront prises pour assurer une séparation architecturale et fonctionnelle avec les autres services de l'hôpital.

3. Afin de garantir la continuité de la prise en charge et des soins, une liaison fonctionnelle sera organisée avec des équipements et services non hospitaliers destinés à l'hébergement ou au maintien à domicile des patients atteints d'affections psychogériatriques tels des maisons de soins psychiatriques, des maisons de repos et de soins, des centres de santé mentale et des services de soins à domicile.

Cette liaison fonctionnelle fera l'objet d'une convention écrite.

4. L'organisation architecturale et fonctionnelle du service doit garantir aux patients un maximum de liberté de mouvement à l'intérieur du service, tout en évitant qu'ils ne puissent

s'aventurer sans surveillance en dehors du service.

5. Les chambres et les locaux communs sont rendus identifiables pour les patients de la manière la plus adéquate.

6. Sont réputés avoir la compétence spécifique visée au point III, 1, les médecins spécialistes en médecine interne et en gériatrie, en neuropsychiatrie, en psychiatrie ou en neurologie.

Lorsque le médecin chargé de l'organisation médicale du service ne dispose pas des compétences somatiques ou psychiatriques requises, il doit pouvoir, en cas de besoin, requérir à tout moment la collaboration de médecins ayant les compétences requises.

7. ¹ Par unité de soins, le service doit disposer d'un infirmier en chef qui est de préférence porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou en santé mentale et psychiatrie.

Par tranche de 30 lits occupés, le service doit disposer au moins, en plus de l'infirmier en chef, de 8 infirmiers qui sont de préférence porteurs soit du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie ou en santé mentale et psychiatrie, soit de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie ou en santé mentale et psychiatrie.

Le service dispose également de 6 aides-soignants.]¹

8. Par tranche de 30 lits, le service doit au moins disposer d'un kinésithérapeute équivalent mi-temps et au moins d'un ergothérapeute, d'un logopède ou d'un membre des professions paramédicales équivalent temps plein.

Par tranche de 90 lits et proportionnellement lorsque le service en compte moins, le service doit disposer d'un psychologue équivalent temps plein et d'un assistant social ou d'un infirmier porteur du titre professionnel particulier d'infirmier gradué ou d'infirmière graduée en santé publique équivalent temps plein.

9. En vue de garantir au maximum la qualité de soins, il convient d'organiser une concertation régulière entre les membres de l'équipe et, ce faisant, d'examiner pour chaque patient dans quelle mesure les interventions thérapeutiques et relationnelles se sont déroulées de manière intégrée.) <inséré par AR 1995-11-13/34, art. 1, 017; En vigueur : 23-01-1996>

(B. Normes spécifiques du service Sp (soins palliatifs).

1. Le service Sp (soins palliatifs) est destiné à des patients souffrant d'une maladie incurable en phase terminale et qui nécessitent des soins palliatifs.

Ce service effectue des activités spécifiques telles que le contrôle des symptômes, l'accompagnement psychologique, la préparation et l'accompagnement du processus de deuil.

2. Les lits du service concerné sont dispersés dans plusieurs services d'hospitalisation ou constituent une entité distincte et identifiable sur le plan architectural.

Par dérogation à la rubrique I (" Normes architecturales "), 1, a, le service peut être situé en dehors du site d'un hôpital aigu, pour autant qu'il soit issu de la reconversion de lits C, D, H ou G.

3. Par dérogation à la rubrique I (" Normes architecturales"), 1, c, le service Sp (soins palliatifs) dispose de 6 lits au minimum et de 12 lits au maximum.

Par lit, une superficie suffisante sera prévue. Les chambres doivent être spacieuses et intimes, disposer d'un cabinet de toilette, d'un mobilier approprié, notamment d'un lit réglable en hauteur.

Au moins la moitié des chambres sont des chambres à un lit, les autres peuvent être des chambres à deux lits.

4. Le service doit disposer d'un nombre suffisant d'installations de bain permettant d'y placer le patient en position couchée.

5.1. Le service doit disposer des espaces communs suivants :

- un salle de séjour à caractère familial;
- une cuisine qui est également accessible à la famille;
- un bureau pour l'équipe infirmière.

5.2. Le service doit être conçu de telle façon qu'il soit possible d'y maintenir une ambiance calme, d'organiser des réunions et de prendre en charge les membres de la famille.

Ces derniers doivent en outre avoir la possibilité de passer la nuit dans le service.

6. Chaque chambre dispose d'un téléphone, d'un raccordement radio et télévision et d'un système d'appel.

7. Le service dispose des moyens techniques nécessaires pour combattre la douleur.

8. Des réunions d'équipe interdisciplinaires doivent être tenues chaque semaine.

9. L'approche pluridisciplinaire doit ressortir du dossier visé au point II, 2.

10. La visite des membres de la famille et de proches doit être possible 24 heures sur 24.

11. Le service fait partie de l'association en matière de soins palliatifs couvrant la zone géographique concernée.

12. La formation permanente des membres de l'équipe dure au moins deux jours par an.

13. Les activités doivent faire l'objet d'une évaluation régulière par le biais de l'enregistrement des actes médicaux, médico-techniques et infirmiers effectués.

Cet enregistrement doit faire apparaître que les actes techniques effectués sont pertinents et limités et que le séjour du patient dans le service est de courte durée.

L'enregistrement mentionne la destination du patient après sa sortie du service.

Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut fixer des règles complémentaires concernant cet enregistrement.

14. (La direction médicale du service est assurée par un médecin spécialiste possédant une expérience particulière en soins palliatifs ou un généraliste possédant une expérience particulière en soins palliatifs.) <AR 2002-02-19/35, art. 1, 026; En vigueur : 21-04-2002>

Le service doit pouvoir faire appel à tout moment à des médecins spécialistes en oncologie, en anesthésiologie et en gériatrie. Ces médecins doivent posséder une expérience particulière en soins palliatifs.

15. (Y compris l'infirmier en chef, le service doit disposer, par lit agréé, d'1,50 infirmier, assisté de personnel soignant en nombre suffisant.) <AR 2002-02-19/35, art. 1, 026; En vigueur : 21-04-2002>

Le cadre infirmier est composé pour les deux tiers d'infirmiers gradués.

Au moins 66 % des infirmiers gradués sont des infirmiers/infirmières porteur de la qualification professionnelle particulière d'infirmier en soins palliatifs.

16. Le service doit pouvoir faire appel à un kinésithérapeute, un assistant social, un conseiller philosophique et à des consultants, dont un psychologue et un médecin spécialiste en psychiatrie ou en neuropsychiatrie.) <Inséré par AR 1997-07-15/34, art. 2, 019; En vigueur : 31-07-1997; toutefois, en ce qui concerne la rubrique IIIbis, point B, points 3, deuxième et troisième alinéas, 4, 5 et 6, cette insertion entre en vigueur à une date fixée par le Roi.>

(C. Normes spécifiques du service Sp (affections cardio-pulmonaires).

1. Sont agréés comme services Sp destinés à des patients atteints d'affections cardio-pulmonaires, les services qui hospitalisent des patients qui requièrent un traitement prolongé de nature cardio-pulmonaire ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire, afin d'assurer le rétablissement ou le maintien au plus haut niveau possible du potentiel physique, psychique et social du patient.

Le plan de soins comprendra un plan d'action visant à réduire les risques de rechute par le biais d'une information ciblée notamment en ce qui concerne les habitudes de vie et d'alimentation.

2. Si le service Sp destiné à des patients atteints d'affections cardio-pulmonaires ne se trouve pas sur le site d'un hôpital général ou si le service de diagnostic et de traitement médical de l'hôpital ne dispose pas d'une équipe médicale comprenant des médecins spécialistes en cardiologie ou en pneumologie, une liaison fonctionnelle sera organisée avec un hôpital disposant d'une telle équipe. Cette liaison fonctionnelle vise à garantir la continuité de la prise en charge et des soins.

Une liaison fonctionnelle sera également organisée avec les équipements et services extra-hospitaliers d'hébergement ou de soins à domicile pour patients atteints d'affections cardio-pulmonaires, tels des maisons de repos et de soins et des services de soins coordonnés à domicile.

Ces liaisons fonctionnelles feront l'objet de conventions écrites.

3. La fonction de " réadaptation fonctionnelle " de l'hôpital au sein duquel est implanté le

service Sp cardio-pulmonaire est équipée de manière à répondre aux besoins de réadaptation des patients atteints d'affections cardio-pulmonaires.

4. L'organisation architecturale et fonctionnelle du service doit garantir aux patients la qualité de vie indispensable en raison du caractère prolongé du séjour.

5. Le service disposera du matériel et des procédures de soins permettant de dispenser de manière permanente des soins urgents aux patients atteints d'affections cardio-pulmonaires.

Tous les lits du service seront réglables en hauteur, articulés et mobiles.

Le service disposera d'un nombre suffisant de chaises roulantes, de cadres de marche et d'accessoires facilitant la mobilité.

Des procédures de soins ainsi que du matériel suffisant en vue de la prévention des escarres seront disponibles.

6. Les médecins spécialistes en cardiologie ou en médecine interne ou en pneumologie sont réputés avoir la compétence spécifique visée au point III, 1

En fonction de sa compétence spécifique, le médecin chargé de l'organisation médicale du service, doit pouvoir, en cas de besoin, faire appel à tout moment à la collaboration de médecins ayant les compétences requises.

7. Par unité de soins et à tout le moins par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer d'un infirmier en chef ayant une expérience particulière dans la prise en charge des patients atteints d'affections cardio-pulmonaires.

Par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer, en plus de l'infirmier en chef, d'au moins 8 infirmiers équivalent temps plein, dont 5 au moins seront des infirmiers gradués ainsi que de 7 membres du personnel soignant, équivalent temps plein.

8. Par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer d'au moins un ergothérapeute ou un logopède ou d'un membre des professions paramédicales ayant une expérience particulière en réadaptation fonctionnelle, équivalent temps plein.

On doit pouvoir faire appel à un diététicien ayant une expérience particulière dans la transmission d'informations relative à la diététique.

9. En vue de garantir au maximum la qualité des soins, il convient d'organiser une concertation régulière entre les membres de l'équipe et, ce faisant, d'examiner pour chaque patient dans quelle mesure les interventions thérapeutiques et relationnelles se sont déroulées de manière intégrée.) <AR 1998-08-10/07, art. 1, 021; En vigueur : 31-10-1998>

(D. Normes spécifiques pour le service Sp (affections neurologiques).

1. Sont agréés comme services Sp destinés à des patients atteints d'affections neurologiques, les services qui hospitalisent des patients qui requièrent un traitement prolongé de nature neurologique ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire, afin d'assurer le rétablissement ou le maintien au plus haut niveau possible du potentiel physique, psychique et social du patient.

2. Si le service Sp destiné à des patients atteints d'affections neurologiques ne se trouve pas sur le site d'un hôpital général ou si le service de diagnostic et de traitement médical ne dispose pas d'une équipe médicale comprenant au moins un médecin spécialiste en neurologie, une liaison fonctionnelle sera organisée avec un hôpital disposant d'une telle équipe.

Cette liaison fonctionnelle vise à garantir la continuité de la prise en charge et des soins.

Une liaison fonctionnelle sera également organisée avec les équipements et services extra-hospitaliers d'hébergement ou de soins à domicile pour patients atteints d'affections neurologiques, tels des maisons de repos et de soins et des services coordonnés de soins à domicile.

Ces liaisons fonctionnelles feront l'objet de conventions écrites.

3. La fonction de " réadaptation fonctionnelle " de l'hôpital au sein duquel est implanté le service Sp neurologique est équipée de manière à répondre aux besoins de réadaptation des patients atteints d'affections neurologiques.

4. L'organisation architecturale et fonctionnelle du service doit garantir aux patients la qualité de vie indispensable en raison du caractère prolongé du séjour.

L'accessibilité de tous les locaux destinés aux patients sera rendue maximale, y compris pour les patients en chaise roulante.

Les déplacements des patients dans le service seront facilités par l'installation de mains courantes dans les couloirs et dans les installations sanitaires.

5. Le service disposera du matériel et des procédures de soins permettant de dispenser de manière permanente des soins urgents aux patients atteints d'affections neurologiques.

Tous les lits du service seront réglables en hauteur, articulés et mobiles.

Le service disposera d'un nombre suffisant de chaises roulantes, de cadres de marche et d'accessoires facilitant la mobilité.

Des procédures de soins ainsi que du matériel suffisant en vue de la prévention des escarres seront disponibles.

6. (Les médecins spécialistes en neurologie, en médecine interne, en médecine physique et réadaptation, et en neuropsychiatrie sont réputés avoir la compétence spécifique visée au point III, 1.) <AR 2005-11-10/59, art. 1, 029; En vigueur : 31-10-1998; la disposition modificative allègue une annulation par l'arrêt n° 136.962 du Conseil d'Etat, en date du 3 novembre 2004 >

En fonction de sa compétence, le médecin chargé de l'organisation médicale du service doit pouvoir, en cas de besoin, faire appel à tout moment à la collaboration de médecins ayant les compétences requises.

Il doit également pouvoir faire appel à un médecin spécialiste en urologie.

7. Par unité de soins et à tout le moins par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer d'un infirmier en chef ayant une expérience particulière dans la prise en charge des patients atteints d'affections neurologiques.

Par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer, en plus de l'infirmier ou de l'infirmière en chef, d'au moins 8 infirmiers équivalent temps plein, dont 5 au moins seront des infirmiers gradués ainsi que de 6 membres du personnel soignant, équivalent temps plein.

8. Par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer d'au moins deux ergothérapeutes ou logopèdes ou membres des professions paramédicales ayant une expérience particulier en réadaptation fonctionnelle, équivalents temps plein.

Il devra pouvoir être fait appel à un psychologue.

9. En vu de garantir au maximum la qualité des soins, il convient d'organiser une concertation régulière entre les membres de l'équipe et, ce faisant, d'examiner pour chaque patient dans quelle mesure les interventions thérapeutiques et relationnelles se sont déroulées de manière intégrée.

E. Normes spécifiques pour le service Sp (affections locomotrices).

1. Sont agréés comme services Sp destinés à des patients atteints d'affections locomotrices, les services qui hospitalisent des patients qui requièrent un traitement prolongé de nature locomotrice ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire, afin d'assurer le rétablissement ou le maintien au plus haut niveau possible du potentiel physique, psychique et social du patient.

2. Afin de garantir la continuité de la prise en charge et des soins, une liaison fonctionnelle sera organisée avec les équipements et services extra-hospitaliers d'hébergement ou de soins à domicile pour patients atteints d'affections locomotrices tels des maisons de repos et de soins et des services coordonnés de soins à domicile.

Une liaison fonctionnelle sera également organisée avec un Centre de réadaptation professionnelle.

Ces liaisons fonctionnelles feront l'objet de conventions écrites.

3. La fonction de " réadaptation fonctionnelle " de l'hôpital au sein duquel est implanté le service Sp locomoteur est équipée de manière à répondre aux besoins de réadaptation des patients atteints d'affections locomotrices.

4. L'organisation architecturale et fonctionnelle du service doit garantir aux patients la qualité de vie indispensable en raison du caractère prolongé du séjour.

5. Le service disposera du matériel et des procédures de soins requis permettant de dispenser de manière permanente des soins urgents aux patients atteints d'affections locomotrices.

Tous les lits du service seront réglables en hauteur, articulés et mobiles.

Le service disposera d'un nombre suffisant de chaises roulantes, de cadres de marche et d'accessoires facilitant la mobilité.

Des procédures de soins ainsi que du matériel suffisant en vue de la prévention des escarres

sera disponible.

6. Les médecins spécialistes en neurologie ou en chirurgie orthopédique ou en médecine physique et en réadaptation ou en rhumatologie sont réputés avoir la compétence spécifique visée au point III, 1.

En fonction de sa compétence, le médecin chargé de l'organisation médicale du service doit pouvoir, en cas de besoin, faire appel à tout moment à la collaboration de médecins ayant les compétences requises.

Il doit également pouvoir faire appel à un médecin spécialiste en urologie.

7. Par unité de soins, le service doit disposer d'un infirmier en chef ayant une expérience particulière dans la prise en charge des patients atteints d'affections locomotrices.

Par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer, en plus de l'infirmier en chef, d'au moins 8 infirmiers équivalent temps plein, dont 5 au moins seront des infirmiers gradués ainsi que de 6 membres du personnel soignant, équivalent temps plein.

8. Par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer d'au moins deux ergothérapeutes ou logopèdes ou membres des professions paramédicales équivalents temps plein, ayant une expérience particulière en réadaptation fonctionnelle.

Il devra pouvoir être fait appel à un psychologue.

9. En vue de garantir au maximum la qualité des soins, il convient d'organiser une concertation régulière entre les membres de l'équipe et, ce faisant, d'examiner pour chaque patient dans quelle mesure les interventions thérapeutiques et relationnelles se sont déroulées de manière intégrée.) <AR 1998-08-10/07, art. 1, 021; En vigueur : 31-10-1998>

(F. Normes spécifiques pour le service Sp (affections chroniques).

1. Sont agréés comme services Sp destinés à des patients atteints d'affections chroniques, les services qui hospitalisent des patients qui requièrent un traitement médical prolongé en raison d'une affection chronique ainsi qu'une prise en charge multidisciplinaire, afin d'assurer le rétablissement ou le maintien au plus haut niveau possible du potentiel physique, psychique et social du patient.

2. Afin de garantir la continuité de la prise en charge et des soins, une liaison fonctionnelle sera organisée avec les équipements et services extra-hospitaliers d'hébergement ou de soins à domicile pour patients atteints d'affections chroniques, tels des maisons de repos et de soins et des services de soins coordonnés à domicile.

Cette liaison fonctionnelle fera l'objet d'une convention écrite.

3. La fonction de " réadaptation fonctionnelle " de l'hôpital au sein duquel est implanté le service Sp chronique est équipée de manière à répondre aux besoins de réadaptation des patients atteints d'affections chroniques.

4. L'organisation architecturale et fonctionnelle du service doit garantir aux patients la qualité de vie indispensable en raison du caractère prolongé du séjour.

5. Le service disposera du matériel et des procédures de soins requis permettant de dispenser de manière permanente des soins urgents aux patients atteints d'affections chroniques.

Tous les lits seront réglables en hauteur, articulés et mobiles.

Le service disposera d'un nombre suffisant de chaises roulantes, de cadres de marche et d'accessoires facilitant la mobilité.

Le matériel requis et des procédures de soins en vue de la prévention des escarres sera disponible en nombre suffisant.

6. Les médecins spécialistes sont réputés avoir la compétence spécifique visée au point III, 1.

7. Par unité de soins, le service doit disposer d'un infirmier en chef ayant une expérience particulière dans la prise en charge des patients atteints d'affections chroniques.

Par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer, en plus de l'infirmier en chef, d'au moins 8 infirmiers équivalent temps plein dont 5 au moins seront des infirmiers gradués ainsi que de 7 membres du personnel soignant équivalent temps plein.

8. Par tranche de 30 lits occupés à 80 %, le service doit disposer d'au moins un ergothérapeute ou logopède ou membre des professions paramédicales équivalent temps plein, ayant une expérience particulière en réadaptation fonctionnelle.

On doit pouvoir faire appel à un psychologue.

9. En vue de garantir au maximum la qualité des soins, il convient d'organiser une concertation régulière entre les membres de l'équipe et, ce faisant, d'examiner pour chaque patient dans quelle mesure les interventions thérapeutiques et relationnelles se sont déroulées de manière intégrée.) <AR 1998-08-10/07, art. 1, 021; En vigueur : 31-10-1998>

IV. Disposition transitoire.

Le Ministre qui a l'agrément des hôpitaux dans ses attributions peut accorder des dérogations aux dispositions prévues aux points 3 et I, 1. c) pour une période de deux ans maximum après l'entrée en vigueur du présent arrêté.

(1) <AR [2013-06-02/05](#), art. 1, 044; En vigueur : 29-06-2013>

[Art. N12.](#) Normes spéciales s'adressant aux services de neuro-psychiatrie : Index P. (abrogé) <AR 15-02-1974, art. 2, § 2>

[Art. N13.](#) Normes spéciales s'adressant au service pour le traitement des malades atteints d'affections de longue durée : Index V <Introduit par AR 15-04-1965, art. 2> (abrogé) <AR 1994-02-21/30, art. 2, 013; En vigueur : 01-03-1994>

[Art. N14.](#) Normes spéciales s'adressant aux services psychiatriques ouverts : Index O. (abrogé) <AR 15-02-1974, art. 2, § 2>

[Art. N15.](#) Normes spéciales s'adressant aux services psychiatriques hospitaliers de nuit : Index Q. (abrogé) <AR 15-02-1974, art. 2, § 2>

[Art. N16.](#) Normes spéciales s'adressant aux services de soins intensifs : Index I. (abrogé) <AR 1998-04-27/41, art. 23, 020; En vigueur : 29-06-1998>

[Art. N17.](#) Normes spéciales s'adressant aux services neuro-psychiatriques d'observation et de traitement d'enfants : Index K. <AR 29-03-1977, art. 2>

Le service K est destiné aux jeunes malades nécessitant, soit une intervention d'urgence en cas de crise, soit une observation ou un traitement actif.

Le service K peut assurer, soit l'hospitalisation de jour et de nuit, soit l'hospitalisation de jour, soit l'hospitalisation de nuit.

Le service doit comprendre 20 places au moins et 60 places au plus.

Des unités de vie de 6 patients minimum et de 10 patients maximum seront prévues.

Les enfants seront séparés de adolescents, sauf contre-indication dans l'intérêt des patients.

I. Normes architecturales.

Afin d'assurer son autonomie, le service sera effectivement distinct des autres services hospitaliers.

Le service sera situé en dehors de toute institution pour handicapés.

Les locaux de jour et de nuit et les services techniques peuvent être situés dans différents bâtiments, à condition que la cohésion fonctionnelle soit garantie.

A. Normes d'hygiène générale des bâtiments.

Les normes générales sont d'application à l'exception de celles faisant l'objet des 5°, 6° et 7°.

B. Conditions particulières à l'hospitalisation.

Les normes générales d'hospitalisation sont d'application à l'exception de celles faisant l'objet des 2°, 3°, 11° et 12°.

Ces normes sont complétées comme suit :

1. Il y aura des locaux de nuit en fonction des nécessités. Le séjour à titre exceptionnel d'un membre de la famille peut être prévu dans l'intérêt du traitement du patient.

2. Les chambres individuelles et collectives seront aménagées de façon à permettre une observation facile en tenant compte des besoins d'intimité du malade. On aura recours, à cette fin, à un usage judicieux de cloisons et de panneaux vitrés. Le verre utilisé sera de type dit de sécurité.

3. Les fenêtres seront munies de dispositifs de sécurité destinés à permettre l'aération tout en limitant le degré d'ouverture des fenêtres.

4. Les chambres individuelles auront une superficie d'au moins 8 m². Les chambres collectives d'au moins 6 m² par lit pour les enfants de plus de 10 ans; pour les enfants de moins de 10 ans, il faut prévoir 5 m² et pour ceux de moins de 3 ans, 3 m². Il y aura un maximum de 4 lits par chambre.

5. La chambre de la garde de nuit doit se trouver à proximité des chambres à coucher.

6. Les installations sanitaires comprendront au moins 1 lavabo à eau courante par 2 malades, 1 bain ou 1 douche par 10 malades, 1 W.C. par 5 malades. Les portes des W.C. et des salles de bains s'ouvriront vers l'extérieur et seront munies de dispositifs de fermeture de sécurité pouvant être actionnés du dehors par le personnel. Les chasses d'eau des W.C. seront dépourvues de chaînes.

7. Des salles à manger et des salles de jour seront prévues pour la totalité des malades; les salles de jour auront une superficie totale d'au moins 4 m² par malade, y compris 1 m² pour la salle à manger.

8. Près des lieux de séjour il y a lieu de prévoir des vestiaires et des installations sanitaires en nombre suffisant.

9. Le service doit disposer d'un jardin, d'une terrasse ou d'une cour appropriée aux besoins des patients.

10. Le service sera un lieu de vie accueillant et familial correspondant aux besoins psychologiques des patients.

11. L'établissement ou service disposera :

a) de locaux dotés de l'équipement nécessaire pour les médecins, psychologues, travailleurs sociaux et pour les activités thérapeutiques individuels;

b) de locaux munis de matériel approprié destinés aux activités thérapeutiques de groupe telles que la psychothérapie, l'ergothérapie, la kinésithérapie, les activités créatives ainsi qu'aux activités pédagogiques;

c) de chambres d'observation en vue de l'isolement des malades agités présentant des troubles du comportement ou atteints d'affections contagieuses. Ces chambres doivent se trouver à proximité de la salle de garde. L'aménagement intérieur sera réalisé de façon à préserver la sécurité du malade.

II. Normes fonctionnelles.

Les normes générales sont d'application, à l'exception de celles faisant l'objet des 6° et 7°.

Ces normes sont complétées comme suit :

1. Les médicaments seront gardés dans une armoire fermée à clef et située dans un local auquel les malades ne pourront avoir accès.

2. Le dossier médical contiendra systématiquement une observation détaillée de l'état mental et somatique du malade à son entrée; l'évolution ultérieure et les traitements effectués s'y trouveront consignés. Ces dossiers seront classés dans l'établissement dans une armoire fermée à clef.

3. L'établissement doit pouvoir faire appel à un service de radiologie et à un laboratoire de biologie clinique ainsi qu'à un service d'électro-encéphalographie.

4. Une liaison fonctionnelle étroite sera prévue avec un service agréé de pédiatrie E ou de médecine interne D, avec un service A de neuro-psychiatrie pour adultes, avec les services extra-hospitaliers de santé mentale du secteur ainsi qu'avec des institutions appropriées pour handicapés.

Le service pratiquant uniquement l'hospitalisation de jour sera en liaison fonctionnelle étroite avec un service K pratiquant l'hospitalisation de jour et de nuit.

Les conditions de collaboration de ces services feront l'objet d'une convention écrite qui sera approuvée par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

5. Un service K d'au moins 40 malades doit, à chaque instant, pouvoir faire appel à un médecin spécialisé en neuro-psychiatrie ou en pédiatrie pour prendre en charge d'admission des cas urgents.

III. Normes d'organisation.

(Alinéa 1er) <Abrogé par AR 1999-02-15/44, art. 3, 022; En vigueur : 1999-01-01>
 (Phrase introductive de l'alinéa 2) <Abrogé par AR 1999-02-15/44, art. 3, 022; En vigueur : 1999-01-01>

1. L'équipe médicale sera dirigée par un médecin spécialiste en neuro-psychiatrie qualifié en psychiatrie de l'enfant. En tout cas, deux médecins au moins seront attachés à l'établissement, le second sera spécialisé en neuro-psychiatrie, en pédiatrie ou en médecine interne, suivant l'âge et les cas.

2. La collaboration de médecins spécialistes que requiert l'état du malade sera assurée.

3. Pour compléter l'équipe médico-psycho-sociale il y aura au moins un licencié en psychologie ainsi qu'un assistant social ou un infirmier gradué social par 20 malades.

4. L'effectif du personnel à même d'assurer la présence continue sera par 20 malades :

a) en cas d'hospitalisation de jour et de nuit :

2 équipes de 6 personnes dont 1 infirmier; parmi les autres membres de l'équipe, 3 seront en possession d'un diplôme d'infirmier, d'ergothérapeute, d'éducateur ou d'assistant en psychologie ou d'un brevet d'hospitalier, les 2 autres auront un brevet d'auxiliaire familial et sanitaire ou une formation adaptée aux besoins du service. Deux personnes au moins dont un infirmier assureront la garde pendant la nuit dans le service.

b) en cas d'hospitalisation de jour uniquement :

2 personnes en possession d'un diplôme d'infirmier, d'ergothérapeute, d'assistant en psychologie ou d'éducation ou d'un brevet d'hospitalier. Il y aura au moins un infirmier par service.

c) en cas d'hospitalisation de nuit :

2 équipes de 3 personnes dont 1 infirmier; parmi les autres membres de l'équipe, 1 sera en possession d'un diplôme d'infirmier, d'assistant en psychologie, d'éducateur ou d'ergothérapeute ou d'un brevet d'hospitalier et l'autre aura un brevet d'auxiliaire familial et sanitaire ou une formation adaptée aux besoins du service. Pendant la nuit, 2 personnes dont 1 infirmier assureront la garde dans le service; 1 personne pendant le jour.

5. En vue d'assurer toutes les modalités de la prise en charge, cette équipe sera en outre complétée, par 20 malades :

a) par 2 personnes en cas d'hospitalisation de jour et de nuit;

b) par 4 personnes en cas d'hospitalisation de jour;

c) par 2 personnes en cas d'hospitalisation de nuit.

Ces personnes posséderont un diplôme de licencié ou un diplôme de l'enseignement supérieur non-universitaire à orientation paramédicale, sociale, pédagogique ou artistique, tel que la psychologie, la criminologie, l'éducation physique, la kinési- ou l'ergothérapie ou un diplôme d'éducateur, d'instituteur ou de régent.

(6. L'effectif du personnel qui doit assurer présence continue, est augmenté, en cas d'hospitalisation de jour et de nuit, de 5 emplois à temps plein par 20 lits occupés à 70 %.

Ces personnes doivent posséder un diplôme de l'enseignement supérieur non universitaire à orientation infirmière, paramédicale, sociale, psychologique, pédagogique ou artistique, tel que le diplôme d'infirmier gradué, de kinésithérapie ou d'ergothérapie, d'assistant social, d'assistant en psychologie, d'éducateur physique, ou un diplôme d'éducateur, d'instituteur ou de régent.) <AR 1999-03-25/64, art. 1, 024; En vigueur : 17-10-1999>

Art. N18. Normes spéciales s'adressant aux services neuro-psychiatriques d'observation et de traitement de malades adultes : Index A. <Introduit par AR 15-02-1974, art. 1, § 2>

Le service A est destiné aux malades adultes nécessitant soit une intervention d'urgence en cas de crise, soit une observation ou un traitement actif. (Pour l'application des dispositions de la présente rubrique, il y a lieu d'entendre par " malades adultes " des patients âgés de 15 ans ou plus.) <AR 1999-04-29/79, art. 4, 023; En vigueur : 06-04-2000>

Le service A doit assurer l'hospitalisation de jour et de nuit et peut assurer l'hospitalisation de jour ou de nuit.

Le service doit comprendre au moins 30 lits.

I. Normes architecturales.

Afin d'assurer son autonomie, le service sera effectivement distinct des autres services hospitaliers.

Les locaux de jour et de nuit et les services techniques peuvent être situés dans différents bâtiments, à condition que la cohésion fonctionnelle soit garantie.

A. Normes d'hygiène générale des bâtiments.

Les normes générales sont d'application à l'exception de celles faisant l'objet de 5°, 6° et 7°.

B. Conditions particulières à l'hospitalisation.

Les normes générales d'hospitalisation sont d'application à l'exception de celles faisant l'objet des 2°, 3°, 11° et 12°.

Ces normes sont complétées comme suit :

1. Les chambres individuelles et collectives seront aménagées de façon à permettre une observation facile en tenant compte des besoins d'intimité du malade.

On aura recours à cette fin à un usage judicieux de cloisons et de panneaux vitrés.

Le verre utilisé sera du type dit de sécurité.

2. Les fenêtres seront munies de dispositifs de sécurité destinés à permettre l'aération tout en limitant le degré d'ouverture des fenêtres.

3. Les chambres individuelles auront une superficie d'au moins 8 m².

Les chambres collectives auront une superficie d'au moins 6 m² par lit.

Il y aura un maximum de 6 lits par chambre.

4. La chambre de la garde de nuit doit se trouver à proximité des chambres collectives.

5. Les installations sanitaires comprendront au moins 1 lavabo à eau courante par 2 malades, 1 bain ou 1 douche par 10 malades, 1 W.C. par 10 malades.

Les portes des W.C. et des salles de bains s'ouvriront vers l'extérieur et seront munies de dispositifs de fermeture de sécurité pouvant être actionnés du dehors par le personnel.

Les chasses d'eau des W.C. seront dépourvues de chaînes.

6. Des salles à manger et des salles de jour seront prévues pour la totalité des malades; les salles de jour auront une superficie totale d'au moins 4 m² par malade, y compris 1 m² pour la salle à manger.

7. Près des lieux de séjour il y a lieu de prévoir des vestiaires et des installations sanitaires en nombre suffisant.

8. Le service disposera si possible d'un jardin ou d'une terrasse.

9. On veillera à donner à l'ensemble de l'établissement un caractère accueillant.

10. L'établissement ou le service disposera :

a) de locaux dotés de l'équipement nécessaire pour les médecins, psychologues, travailleurs sociaux;

b) de locaux dotés de l'équipement nécessaire, destinés aux activités thérapeutiques individuelles, telles que la psychothérapie, la kinésithérapie;

c) de locaux munis du matériel approprié, destinés aux activités thérapeutiques de groupe, telles que la psychothérapie, l'ergothérapie, les activités créatives;

d) de salles de traitements biologiques où seront installés les appareils appropriés;

e) de chambres d'observation en vue de l'isolement des malades agités; ces chambres doivent se trouver à proximité de la salle de garde et disposer d'un éclairage, du confort et de l'aération suffisants, l'aménagement intérieur sera réalisé de façon à préserver la sécurité du malade;

f) d'un laboratoire d'analyses courantes;

g) d'un service d'électro-encéphalographie.

II. Normes fonctionnelles.

Les normes générales sont d'application à l'exception de celles faisant l'objet des 6° et 7°.

Ces normes sont complétées comme suit :

1. Les médicaments seront gardés dans une armoire fermée à clef et située dans un local auquel ne pourront avoir accès les malades.

2. Un système d'appel discret mais efficace sera prévu suivant les nécessités dans les chambres des malades.

3. Le dossier médical contiendra obligatoirement une observation détaillée de l'état mental et

somatique du malade à son entrée; l'évolution ultérieure et les traitements effectués s'y trouveront consignés.

Ces dossiers seront classés dans une armoire fermée à clef.

4. L'établissement doit pouvoir faire appel à un service de radiologie et à un laboratoire de biologie clinique.

5. L'établissement ou le service sera en liaison fonctionnelle étroite avec un service de diagnostic et de traitement médical D, avec un service T, ainsi qu'avec les services extra-hospitaliers de santé mentale du secteur.

Les conditions de la collaboration avec ces services feront l'objet d'une convention écrite qui sera approuvée par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

6. Un service A d'au moins 60 malades doit à chaque instant :

- pouvoir envoyer une équipe thérapeutique au domicile d'un malade qui a besoin d'une aide urgente;

- pouvoir faire appel à un médecin spécialisé en neuro-psychiatrie pour prendre en charge l'admission des cas urgents.

III. Normes d'organisation.

(Alinéa 1er) <Abrogé par AR 1999-02-15/44, art. 3, 022; En vigueur : 1999-01-01>

(Phrase introductive de l'alinéa 2) <Abrogé par AR 1999-02-15/44, art. 3, 022; En vigueur : 1999-01-01>

1. L'équipe médicale sera dirigée par un médecin spécialiste en neuro-psychiatrie dont la nomination sera approuvée par le Ministre de la Santé publique.

Il y aura au moins un neuro-psychiatre par 30 malades.

En tous cas, 2 médecins au moins seront attachés au service, l'un spécialisé en neuro-psychiatrie, et le second spécialisé en neuro-psychiatrie ou en médecine interne.

2. La collaboration des médecins spécialistes, que requiert l'état du malade, sera assurée.

3. Pour compléter l'équipe médico-psycho-sociale, il y aura au moins un licencié en psychologie ainsi qu'un infirmier gradué social ou un assistant social par 60 malades.

4. L'effectif du personnel à même d'assurer la présence continue sera, par 30 malades :

- a) pour les services assurant l'hospitalisation de jour et de nuit : 11 personnes, dont 6 infirmiers, de préférence psychiatriques; parmi les autres membres du personnel 2 seront en possession d'un diplôme d'infirmier, d'ergothérapeute, d'éducateur ou d'assistant en psychologie ou d'un brevet d'infirmier ou d'hospitalier; les 3 autres auront un brevet d'auxiliaire familiale et sanitaire ou une formation adaptée aux besoins du service; deux personnes au moins, dont un infirmier assureront la garde pendant la nuit;

- b) pour les services assurant de plus l'hospitalisation de jour : 3 infirmiers;

- c) pour les services assurant de plus l'hospitalisation de nuit : 7 personnes, dont 5 infirmiers; les 2 autres auront un brevet d'auxiliaire familiale et sanitaire ou une formation adaptée aux besoins du service; pendant la nuit, 2 personnes, dont 1 infirmier assureront la garde; 1 personne pendant le jour.

5. En vue d'assurer toutes les modalités de la prise en charge, cette équipe sera, en outre complétée par 30 malades :

- a) par 4 personnes pour les services de jour et de nuit;

- b) par 6 personnes pour les services de jour;

- c) par 3 personnes pour les services de nuit;

Ces personnes posséderont un diplôme de licencié ou un diplôme de l'enseignement supérieur non-universitaire à orientation para-médicale, sociale, pédagogique ou artistique, tel que la psychologie, la criminologie, l'éducation physique, la kinési- ou l'ergothérapie, ou un diplôme d'éducateur, d'instituteur ou de régent.

Art. N19. Normes spéciales s'adressant aux services neuro-psychiatriques pour le traitement de malades adultes : Index T. <Introduit par AR 15-02-1974, art. 1, § 2>

Le service T est destiné aux malades adultes et doit axer son activité sur leur réadaptation sociale maximale. (Pour l'application des dispositions de la présente rubrique, il y a lieu d'entendre par " malades adultes " des patients âgés de 15 ans ou plus.) <AR 1999-04-29/79,

art. 5, 023; En vigueur : 06-04-2000>

le service T peut assurer soit l'hospitalisation de jour et de nuit, soit l'hospitalisation de jour, soit l'hospitalisation de nuit.

Le service qui assure l'hospitalisation de jour et de nuit sera prévu pour au moins 60 malades.

Le service qui assure uniquement l'hospitalisation de nuit sera prévu pour au moins 30 malades.

I. Normes architecturales.

Afin d'assurer son autonomie, le service sera effectivement distinct des autres services hospitaliers.

Les locaux de jour et de nuit et les services techniques peuvent être situés dans différents bâtiments, à condition que la cohésion fonctionnelle soit garantie.

A. Normes d'hygiène générale des bâtiments.

les normes générales sont d'application à l'exception de celles faisant l'objet des 5°, 6° et 7°.

B. Conditions particulières à l'hospitalisation.

Les normes générales d'hospitalisation sont d'application à l'exception de celles faisant l'objet des 2°, 3°, 11° et 12°.

Ces normes sont complétées comme suit :

1. Il y aura des locaux de nuit en fonction des nécessités.

2. Les chambres individuelles et collectives seront aménagées de façon à permettre une observation facile en tenant compte des besoins d'intimité du malade.

On aura recours à cette fin à un usage judicieux de cloisons et de panneaux vitrés.

Le verre utilisé sera de type dit de sécurité.

3. Les fenêtres seront munies de dispositifs de sécurité destinés à permettre l'aération tout en limitant le degré d'ouverture des fenêtres.

4. Les chambres individuelles auront une superficie d'au moins 8 m2.

Les chambres collectives auront une superficie d'au moins 6 m2 par lit.

Il y aura un maximum de 6 lits par chambre.

5. La chambre de la garde de nuit doit se trouver à proximité des chambres collectives.

6. Les installations sanitaires comprendront au moins 1 lavabo à eau courante par 2 malades, 1 bain ou 1 douche par 10 malades, 1 W.C. par 10 malades.

Les portes de W.C. et des salles de bains s'ouvriront vers l'extérieur et seront munies de dispositifs de fermeture de sécurité pouvant être actionnés du dehors par le personnel.

Les chasses d'eau des W.C. seront dépourvues de chaînes.

7. Des salles à manger et des salles de jour seront prévues pour la totalité des malades; les salles de jour auront une superficie totale d'au moins 4 m2 par malade, y compris 1 m2 pour la salle à manger.

8. Près des lieux de séjour il y a lieu de prévoir des vestiaires et des installations sanitaires en nombre suffisant.

9. Le service disposera si possible d'un jardin ou d'une terrasse.

10. On veillera à donner à l'ensemble de l'établissement un caractère accueillant.

11. L'établissement ou le service disposera :

a) de locaux dotés de l'équipement nécessaire pour les médecins, psychologues, travailleurs sociaux;

b) de locaux dotés de l'équipement nécessaire destinés aux activités thérapeutiques individuelles, telles que la psychothérapie, la kinésithérapie;

c) de locaux munis du matériel approprié, destinés aux activités thérapeutiques de groupe, telles que la psychothérapie, l'ergothérapie, les activités créatives;

d) de salles de traitements biologiques ou seront installés les appareils appropriés;

e) de chambres d'observation en vue de l'isolement des malades agités; ces chambres doivent se trouver à proximité de la salle de garde et disposera d'un éclairage, du confort et de l'aération suffisants; l'aménagement intérieur sera réalisé de façon à préserver la sécurité du malade;

d) d'un laboratoire d'analyses courantes;

g) de locaux destinés à la socio-thérapie, tels que foyer-club, salle de spectacle, ateliers de travail et des installations sportives.

II. Normes fonctionnelles.

Les normes générales sont d'application à l'exception de celles faisant l'objet des 6° et 7°.

Ces normes sont complétées comme suit :

1. Les médicaments seront gardés dans une armoire fermée à clef et située dans un local auquel ne pourront avoir accès les malades.

2. Un système d'appel discret mais efficace sera prévu suivant les nécessités dans les chambres des malades.

3. Le dossier médical contiendra obligatoirement une observation détaillée de l'état mental et somatique du malade à son entrée, l'évolution ultérieure et les traitements effectués s'y trouveront consignés.

Ces dossiers seront classés dans une armoire fermée à clef.

4. L'établissement doit pouvoir faire appel à un service d'électro-encéphalographie, de radiologie et à un laboratoire de biologie clinique.

5. L'établissement ou le service en liaison fonctionnelle étroite avec un service de diagnostic et de traitement médical D, avec un service A, ainsi qu'avec les services extra-hospitaliers de santé mentale du secteur.

Les conditions de la collaboration avec ces services feront l'objet d'une convention écrite qui sera approuvée par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

III. Normes d'organisation.

(Alinéa 1er) <Abrogé par AR 1999-02-15/44, art. 3, 022; En vigueur : 1999-01-01>

(Phrase introductive de l'alinéa 2) <Abrogé par AR 1999-02-15/44, art. 3, 022; En vigueur : 1999-01-01>

1. L'équipe médicale sera dirigée par un médecin spécialiste en neuro-psychiatrie, dont la nomination sera approuvée par le Ministre de la Santé publique.

Il y aura au moins un neuro-psychiatre par 120 malades.

En tous cas, deux médecins au moins seront attachés au service, l'un spécialiste en neuro-psychiatrie et le second devant être neuro-psychiatre, interniste ou généraliste.

2. La collaboration des médecins spécialistes que requiert l'état du malade, sera assurée.

3. Pour compléter l'équipe médico-psycho-sociale, il y aura au moins un licencié en psychologie ainsi qu'un infirmier gradué social ou un assistant social par 120 malades.

4. L'effectif du personnel à même d'assurer la présence continue sera, par 60 malades :

a) pour les services assurant l'hospitalisation de jour et de nuit : 11 personnes, dont 6 infirmiers de préférence psychiatriques; parmi les autres membres du personnel, 2 seront en possession d'un diplôme d'infirmier, d'ergothérapeute, d'éducateur ou d'assistant en psychologie ou d'un brevet d'infirmier ou d'hospitalier; les 3 autres auront un brevet d'auxiliaire familiale et sanitaire ou une formation adaptée aux besoins du service; deux personnes au moins, dont un infirmier assureront la garde pendant la nuit;

b) pour les services assurant uniquement l'hospitalisation de jour : 3 infirmiers;

c) pour les services assurant uniquement l'hospitalisation de nuit : 7 personnes, dont 5 infirmiers; les 2 autres auront un brevet d'auxiliaire familiale et sanitaire ou une formation adaptée aux besoins du service; pendant la nuit, 2 personnes, dont 1 infirmier assureront la garde; 1 personne pendant le jour.

Pour 30 malades, 5 personnes, dont 3 infirmiers suffisent.

5. En vue d'assurer toutes les modalités de la prise en charge, cette équipe sera en outre complétée, par 60 malades :

a) par 4 personnes pour les services de jour et de nuit;

b) par 6 personnes pour les services de jour;

c) par 3 personnes pour les services de nuit.

Ces personnes posséderont un diplôme de licencié ou un diplôme de l'enseignement supérieur non-universitaire à orientation paramédicale, sociale, pédagogique ou artistique, tel que la psychologie, la criminologie, l'éducation physique, la kinésithérapie ou l'ergothérapie ou un diplôme d'éducateur, d'instituteur ou de régent.

Art. N20. <Introduit par AR 1984-04-12/41, art. 1, §1, 002; En vigueur : 28-04-1984> Normes spéciales pour le service de Gériatrie.

1. (L'agrément comme service de gériatrie peut être accordé au service d'un hôpital général qui se consacre à l'établissement d'un diagnostic de gériatrie, au traitement, à la réadaptation fonctionnelle, aux soins et à l'hospitalisation, dans les meilleures conditions, de patients gériatriques.

Un service de gériatrie isolé, associé ou non à un service spécialisé pour le traitement et la réadaptation (indice Sp), doit disposer d'une liaison fonctionnelle avec le service de gériatrie de l'hôpital le plus proche. Cette liaison fonctionnelle doit faire l'objet d'une convention écrite qui précisera les modalités :

- de collaboration entre les services de gériatrie, notamment en ce qui concerne la politique d'admission et de transfert des patients gériatriques;
- de recours aux services médico-techniques;
- de collaboration médicale, infirmière et paramédicale, notamment dans une politique de concertation et de formation permanente.

La liaison fonctionnelle susmentionnée doit faire l'objet d'une convention écrite si les deux services de gériatrie concernés n'appartiennent pas au même pouvoir organisateur.) <AR [2007-01-29/55](#), art. 34, 1°, 034; En vigueur : 01-09-2007>

2. Le patient gériatrique est hospitalisé dans le service soit directement, soit après un premier traitement dans un service hospitalier adapté à son affection.

Le patient gériatrique est atteint d'une pathologie multiple, qui sans traitement approprié, est de nature à le rendre invalide et à prolonger le séjour à l'hôpital.

3. Outre l'hospitalisation de malades gériatriques au cours de la phase aiguë de leur affection, ce service assure aussi l'hospitalisation prolongée de malades gériatriques dans une phase sub-aiguë, encore évolutive et non stabilisée pour laquelle des soins spécialisés sont nécessaires.

L'âge moyen des patients d'un service de gériatrie est au moins de 75 ans.

4. Tout le fonctionnement du service sera au point de vue médical, infirmier et paramédical toujours axé sur une application d'un traitement actif permettant de le renvoyer au plus tôt dans un état de rétablissement optimum de son potentiel physique, psychique et social.

L'hospitalisation dans le service G ne peut en aucun cas être une hospitalisation de longue durée pour des personnes âgées.

En principe, la durée moyenne du séjour dans le service G (ne peut être supérieure à 45 jours). <AR [2007-01-29/55](#), art. 34, 2°, 034; En vigueur : 01-09-2007>

5. Le service G doit disposer sur place du personnel et de l'équipement nécessaire pour remplir cette tâche dans les plus brefs délais et dans les meilleures conditions.

I. Normes architectoniques.

1. Les unités d'hospitalisation du service doivent former un ensemble fonctionnel complètement séparé des locaux d'hospitalisation des autres services et être directement accessibles. Elles seront accessibles aux fauteuils roulants.

2. Dans les couloirs et dégagements du service, toutes les inégalités du sol telles que marches, escaliers et autres entraves seront évitées. En outre on préviendra tout risque de glissement.

3. Les déplacements des patients dans le service seront facilités par l'installation de balustrades et de mains courantes. Les installations sanitaires seront également dotées de balustrades et de mains courantes. Des aires de repos suffisantes seront prévues dans les couloirs.

4. Un système d'appel efficace sera prévu dans tous les locaux.

5. Les installations sanitaires des patients seront aménagées aussi près que possible des chambres, ainsi qu'à proximité des salles de séjour et d'exercice.

Les toilettes seront spacieuses et pourvues d'une porte suffisamment large afin de permettre le passage d'un fauteuil roulant et au personnel d'assister éventuellement le patient.

6. Le service comprendra au moins une unité de minimum 24 lits.

7. Chaque unité d'hospitalisation disposera d'un local d'examen pouvant servir de local de pansement.

8. Un parloir et une salle à manger pouvant servir de salle de séjour, seront prévus à chaque niveau d'hospitalisation. Le service, et chaque niveau d'hospitalisation, doit si possible pouvoir disposer d'une salle pour les exercices communs.

9. Les fonctions des différents locaux seront indiquées de manière uniforme. L'architecture et l'aménagement intérieur mettront le plus possible l'accent sur l'aspect familial.

10. Les unités d'hospitalisation seront dotées de conduites d'oxygène et d'aspiration.

11. Il faut veiller à une aération adéquate de tous les locaux.

II. Normes fonctionnelles.

1. Le service disposera de l'équipement nécessaire à l'application des techniques infirmières et paramédicales propres au service.

Cet équipement comprend au minimum :

a) dans chaque unité d'hospitalisation un nombre suffisant de lits réglables en hauteur, articulés et mobiles;

- un matériel anti-escarres en nombre suffisant;
- des panneaux latéraux pour quelques lits;
- des fauteuils adaptés de hauteur différente;
- un nombre suffisant de chaises percées;
- un nombre suffisant de chaises roulantes;
- un nombre suffisant de chariots de marche, de béquilles et de cannes.

b) dans le local d'exercice du service ou du niveau d'hospitalisation :

- une barre parallèle;
- une bicyclette orthopédique;
- un escalier d'exercice;
- un espalier.

2. L'équipement nécessaire à l'application des techniques de logopédie, de kinésithérapie et d'ergothérapie sera prévu.

3. Il est établi pour chaque patient, dès son admission, un dossier détaillé comportant les données sociales, médicales, paramédicales et de soins infirmiers.

4. (Le médecin dressera, en concertation avec les personnes concernées par le traitement, un programme de traitement mentionnant aussi bien les traitements spéciaux médicaux, infirmiers, paramédicaux et psychologiques que les possibilités de réadaptation fonctionnelle.)

<AR [2007-01-29/55](#), art. 35, 1°, 034; En vigueur : 01-09-2007>

Le médecin dressera, en concertation avec ceux concernés par le traitement, un programme de traitement mentionnant aussi bien les traitements spéciaux médicaux, infirmiers et paramédicaux que les possibilités de réadaptation fonctionnelle.

Le dossier sera complété régulièrement par un rapport qui reflétera l'évolution de l'état du patient et le comparant au programme et au timing de traitement établis lors de l'admission et ultérieurement.

A cet effet, il convient que l'équipe, composée du médecin, de l'infirmier en chef, du kinésithérapeute et éventuellement de l'ergothérapeute, (du psychologue,) de l'assistant social et du logopède, se réunisse chaque semaine. <AR [2007-01-29/55](#), art. 35, 2°, 034; En vigueur : 01-09-2007>

Le rapport de cette réunion figure dans le dossier.

III. Normes d'organisation.

1. (La direction médicale du service de gériatrie est confiée à un médecin spécialiste agréé en médecine interne ayant une qualification professionnelle particulière en gériatrie ou un médecin spécialiste agréé en gériatrie.) <AR [2007-01-29/55](#), art. 36, 1°, 034; En vigueur : 01-09-2007>

Le médecin-chef de service doit travailler à temps plein (au moins huit dixième de l'activité professionnelle normale) à l'hôpital.

2. Le médecin-chef de service devra pouvoir faire appel chaque fois, en cas de besoin, aux médecins spécialistes associés au traitement.

3. (Le service dispose d'au moins 14,13 équivalents temps plein membres de personnel infirmier, paramédical et/ou [¹ aides-soignants]¹ pour 24 lits agréés dont au moins :

1° un infirmier en chef par unité, porteur du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie;

[¹ Le médecin-chef du service de gériatrie qui n'est pas encore porteur du titre professionnel particulier d'"infirmier spécialisé en gériatrie" à la date du 1er mai 2014 doit, au plus tard le 1er novembre 2014, apporter la preuve de son inscription à une formation complémentaire en gériatrie telle que visée à l'article 2 de l'arrêté ministériel du 19 avril 2007 fixant les critères d'agrément autorisant les praticiens de l'art infirmier à porter le titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie. Cette formation complémentaire doit avoir été achevée avec succès dans les 3 années à compter de la date d'inscription.]¹

2° [¹ ...]¹

3° [¹ 9 praticiens de l'art infirmier équivalents temps plein, de préférence des infirmiers détenteurs du titre professionnel particulier d'infirmier spécialisé en gériatrie, ou de la qualification professionnelle particulière d'infirmier ayant une expertise particulière en gériatrie, pour 24 lits G;]¹

4° dans chaque unité de soins, au moins un(e) infirmier(ère) doit être présent(e) en permanence;

5° 1,33 équivalents temps plein membres de personnel ayant comme qualification gradué/bachelier en ergothérapie, gradué/bachelier en logopédie, licence/master en logopédie ou licence/master en psychologie.) <AR [2007-01-29/55](#), art. 36, 2°, 034; En vigueur : 01-09-2007>

4. Le service disposera d'un kinésithérapeute. Le service doit en outre pouvoir faire appel à des (...) diététiciens, assistants sociaux ou infirmières graduées sociales, dont le nombre est fonction du nombre de lits du service. <AR [2007-01-29/55](#), art. 36, 3°, 034; En vigueur : 01-09-2007>

5. Le personnel d'entretien sera en nombre suffisant.

6. On créera au sein du service un climat psychologique favorable adapté aux besoins des patients gériatriques.

Il sera en outre tenu compte de ces besoins lors de l'établissement des horaires de travail, du rythme des différentes activités et occupations, de la répartition du travail entre les divers membres du personnel, etc.

Les patients mangeront, si possible, en groupe dans la salle à manger. La kinésithérapie et l'ergothérapie seront organisées autant que possible en groupe. Des activités socio-culturelles seront également organisées.

(¹)<AR [2014-03-19/18](#), art. 1, 045; En vigueur : 28-04-2014>

Art. N21. <Inséré par AR [2008-03-10/42](#), art. 1; En vigueur : 17-04-2008> Annexe 21. Normes spéciales s'adressant au Service de traitement intensif des patients psychiatriques, Index IB (suivi par la mention du groupe cible concerné) ".

I. Généralités.

1. Le service de traitement intensif des patients psychiatriques s'adresse aux groupes cibles suivants :

- les patients présentant des troubles graves du comportement et/ou agressifs, âgés de plus de 18 ans;
- les enfants et les jeunes présentant des troubles graves du comportement et/ou des troubles agressifs;
- les enfants et les jeunes présentant des troubles psychiatriques et ayant commis un délit;
- les patients présentant des problèmes liés aux substances ainsi que des troubles psychotiques;

- patients internés du groupe " medium risk ".

2. Un service IB ne peut être créé que dans un hôpital.

3. Chaque service IB se compose de 8 lits ou d'un multiple de ce chiffre.

II. Normes spécifiques relatives au service IB (PTCA Adultes).

A. Normes générales.

1. Sont agréés en tant que service IB (PTCA Adultes), les services qui admettent des patients et qui possèdent une expérience d'au moins 7 ans dans le traitement des patients qui :

- ont mis en échec au moins 1 traitement en structure psychiatrique résidentielle;
- présentent un ou plusieurs troubles manifestes du comportement ou ont un comportement agressif, et dont les antécédents médicaux attestent 3 transferts et/ou changements de structure n'ayant pas produit de résultats thérapeutiques suffisants;
- présentent des troubles du comportement et/ou ont un comportement auto-agressif ou hétéro-agressif, conjugué(s) ou non à des problèmes liés aux substances et correspondant éventuellement à un syndrome psychotique aigu.

2. Sont exclus d'une admission dans un service IB (PTCA Adultes), les patients qui :

- sont âgés de moins de 18 ans ou de plus de 64 ans;
- présentent clairement un handicap mental (QI inférieur à 65) et sont incapables d'apprendre un nouveau comportement;
- sont affectés d'une pathologie organique chronique irréversible;
- présentent un comportement criminel en l'absence de pathologie psychiatrique spécifique ou des patients toxicomanes sans problèmes manifestes d'agressivité; néanmoins motivation les internés " medium risk " peuvent être admis dans un service IB quand ils ont des caractéristiques d'inclusion des patients PTCA;
- se trouvent dans un état psychotique chronique laissant espérer peu ou pas d'évolution.

3. La durée du séjour doit être limitée. Elle ne peut en principe dépasser six mois et ne peut être prolongée qu'une fois, pour un maximum de six mois.

B. Normes architecturales et équipement.

1. Le service IB (PTCA Adultes) constitue une unité architecturale, distincte des autres services de l'hôpital.

2. Le service doit être aménagé et équipé pour permettre la prise en charge et le traitement des patients agressifs et/ou présentant des troubles graves du comportement.

3. Le service doit offrir au patient un environnement suffisamment sécurisant dans un milieu structuré.

4. L'établissement doit être aménagé de manière à fournir au personnel un cadre suffisamment sûr et confidentiel.

5. Un même établissement peut disposer de plusieurs unités de 8 lits, étant toutefois entendu que le nombre maximum d'unités par établissement est fixé à 3.

6. Chaque service IB (PTCA Adultes) dispose au moins :

- d'un local d'accueil;
- d'un local de consultation;
- d'équipements sanitaires multiples;
- d'un système interne de sécurité, d'alarme et de surveillance;
- de 8 chambres de patient à un lit.

C. Normes fonctionnelles.

1. L'équipe thérapeutique précise pour chaque patient les objectifs, à court et à moyen terme, de l'admission, le séjour, le traitement, ainsi que la sortie.

2. La continuité des soins est assurée.

3. L'hôpital a pour mission :

- d'élaborer une politique de transferts;
- d'élaborer une politique de case management pour les patients admis, afin d'éviter les récurrences;
- de faire rapport sur les activités qui ont eu lieu (congrès, formations, etc...).

L'hôpital résume ses travaux dans un rapport annuel qui est soumis au Ministre fédéral ayant la Santé publique dans ses attributions.

4. Les établissements référents conservent la responsabilité des soins de suivi des patients transférés.

5. Chaque service rédige, chaque année civile, un rapport sur l'année écoulée.

Ce rapport est transmis en 3 exemplaires au Service public fédéral Santé publique, Sécurité

de la Chaîne alimentaire et Environnement au plus tard le 31 mars de l'année suivant celle à laquelle il se rapporte.

Le rapport comporte au minimum :

- une description de la philosophie du service;
- un descriptif détaillé du personnel occupé dans le service PTCA (qualifications, formations, type de contrat, temps de travail, ancienneté, etc.). Cette information ne sera plus transmise dès que cela sera demandé via les systèmes d'enregistrement appropriés;
- un volet statistique descriptif concernant le nombre d'admissions et les informations relatives au profil de risque des patients et à l'historique de leur agressivité;
- les recommandations et perspectives éventuelles.

D. Normes d'organisation.

1. La direction médicale du service IB (PTCA Adultes) est confiée à un médecin spécialiste en psychiatrie, qui est attaché au moins à mi-temps au service.

2. Il forme, avec un psychologue et un infirmier en chef, l'équipe pluridisciplinaire responsable du bon fonctionnement du service.

3. Le service IB (PTCA Adultes) dispose, pour chaque unité de 8 lits, d'une équipe de 15 équivalents temps plein, y compris l'équipe pluridisciplinaire visée au point 2, dont :

- 2,5 ETP personnes avec un diplôme de licence ou de master qui donnent les soins thérapeutiques directs, dont au moins 1 ETP psychologue;
- 12,5 ETP infirmiers et/ou éducateurs et/ou assistants sociaux et/ou assistants psychologiques et/ou paramédicaux, dont au moins 0,5 ETP assistant social, au moins 0,5 ETP paramédical, au moins 0,5 ETP assistant psychologique et au moins 6 ETP infirmiers détenteur soit du diplôme d'infirmier gradué, depuis l'accord de Bologna assimilé au " bachelor infirmier ", soit du diplôme d'infirmier breveté, depuis l'accord de Bologna assimilé au " diplômé infirmier ".

Préambule	Texte	Table des matières	Début
Vu l'article 67 de la Constitution; Vu la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, notamment l'article 2; Vu l'avis du Conseil des hôpitaux en date du 7 octobre 1964; Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et de la Famille, 			

Modification(s)	Texte	Table des matières	Début
IMAGE • ARRETE ROYAL DU 19-04-2014 PUBLIE LE 08-08-2014 (ART. MODIFIE : N1)			
IMAGE • ARRETE ROYAL DU 02-04-2014 PUBLIE LE 18-04-2014 (ART. MODIFIE : N5)			
IMAGE • ARRETE ROYAL DU 19-03-2014 PUBLIE LE 18-04-2014 (ART. MODIFIE : N20)			
IMAGE • ARRETE ROYAL DU 02-06-2013 PUBLIE LE 19-06-2013 (ART. MODIFIE : N11)			
IMAGE • ARRETE ROYAL DU 03-08-2012 PUBLIE LE 04-09-2012			

(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 06-03-2012 PUBLIE LE 22-03-2012
(ART. MODIFIE : 3ter)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 28-09-2009 PUBLIE LE 23-10-2009
(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 10-03-2008 PUBLIE LE 26-06-2008
(ART. MODIFIES : 2; N21)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 10-03-2008 PUBLIE LE 07-04-2008
(ART. MODIFIE : N8)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 26-04-2007 PUBLIE LE 07-06-2007
(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 26-04-2007 PUBLIE LE 07-06-2007
(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 26-04-2007 PUBLIE LE 04-06-2007
(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 27-04-2007 PUBLIE LE 04-06-2007
(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 29-01-2007 PUBLIE LE 07-03-2007
(ART. MODIFIE : N20)

2006122850; 2007-01-30

- ARRETE ROYAL DU 28-12-2006 PUBLIE LE 30-01-2007
(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 17-10-2006 PUBLIE LE 03-11-2006
(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 13-07-2006 PUBLIE LE 28-08-2006
(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 13-07-2006 PUBLIE LE 16-08-2006
(ART. MODIFIES : 3BIS; N1; N6)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 10-11-2005 PUBLIE LE 07-12-2005
(ART. MODIFIE : N11)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 17-02-2005 PUBLIE LE 25-02-2005
(ART. MODIFIE : N1)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 16-04-2002 PUBLIE LE 02-07-2002
(ART. MODIFIE : ANN.)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 19-02-2002 PUBLIE LE 11-04-2002
(ART. MODIFIE : ANN.)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 20-03-2000 PUBLIE LE 19-04-2000
(ART. MODIFIE : ANN.)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 25-03-1999 PUBLIE LE 07-10-1999
(ART. MODIFIE : ANN.)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 29-04-1999 PUBLIE LE 06-10-1999
(ART. MODIFIES : 3BIS; ANN.)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 15-02-1999 PUBLIE LE 28-04-1999
(ART. MODIFIE : ANN.)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 10-08-1998 PUBLIE LE 21-10-1998
(ART. MODIFIE : ANN.)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 27-04-1998 PUBLIE LE 19-06-1998
(ART. MODIFIE : ANN.)

[IMAGE](#)

- ARRETE ROYAL DU 15-07-1997 PUBLIE LE 31-07-1997
(ART. MODIFIE : ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 20-08-1996 PUBLIE LE 01-10-1996
(ART. MODIFIES : 2; ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 13-11-1995 PUBLIE LE 13-01-1996
(ART. MODIFIE : ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 16-12-1994 PUBLIE LE 31-01-1995
(ART. MODIFIE : ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 12-08-1994 PUBLIE LE 27-09-1994
(ART. MODIFIE : ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 20-04-1994 PUBLIE LE 01-06-1994
(ART. MODIFIE : ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 21-02-1994 PUBLIE LE 10-03-1994
(ART. MODIFIES : 2; ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 12-10-1993 PUBLIE LE 19-10-1993
(ART. MODIFIES : 2; ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 17-10-1991 PUBLIE LE 06-12-1991
(ART. MODIFIE : ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 17-10-1991 PUBLIE LE 14-11-1991
(ART. MODIFIE : ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 04-03-1991 PUBLIE LE 23-03-1991
(ART. MODIFIE : ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 07-11-1988 PUBLIE LE 24-11-1988
(ART. MODIFIE : ANNEXE)

- ARRETE ROYAL DU 14-08-1987 PUBLIE LE 25-08-1987

• ARRETE ROYAL DU 15-08-1987 PUBLIE LE 21-08-1987
• ARRETE ROYAL DU 07-07-1986 PUBLIE LE 12-07-1986
• ARRETE ROYAL DU 12-04-1984 PUBLIE LE 28-04-1984

Début	Premier mot	Dernier mot	Modification(s)	Préambule	
		Table des matières	41 arrêtés d'exécution	46 versions archivées	
					Version néerlandaise