

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 01-01-1984 et mise à jour au 07-12-2005)

Publication : 07-11-1964

Entrée en vigueur : 17-11-1964

Dossier numéro : 1964-10-23/01

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,

.....

Table des matières

[Texte](#)

[Début](#)

Art. 1-3, 3bis, 4-7

[ANNEXES](#)

Art. N1-N20

Texte

[Table des matières](#)

[Début](#)

[ANNEXES](#)

[Art. N1](#). Annexe. A. Normes générales applicables à tous les établissements.

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 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.

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 une infirmière graduée ou accoucheuse, au titre de chef des services infirmiers; elle aura reçu une formation spécifique de cadre en soins infirmiers. On fera de préférence appel à une infirmière ou accoucheuse graduée ayant reçu une formation complémentaire de niveau universitaire.

Sans préjudice de la mission du directeur de l'hôpital, visée à l'article 1er, § 2, 5°, et à l'article 1er bis, § 4, de la loi sur les hôpitaux, le chef des services infirmiers participera à l'intégration de l'activité infirmière dans l'ensemble de l'activité hospitalière en collaboration avec les responsables des divers aspects de l'activité hospitalière et, plus particulièrement, avec le médecin-chef.

(Afin de soutenir les aspects de l'organisation et de contenu des soins infirmiers, un cadre intermédiaire d'au moins un infirmier gradué à temps plein ou d'une accoucheuse doit être prévu, dans les hôpitaux généraux, par 150 lits. Pour tous les hôpitaux psychiatriques, un cadre intermédiaire d'au moins un infirmier temps plein gradué doit être prévu alors que pour les hôpitaux psychiatriques comptant 150 lits ou plus, le nombre de cadres intermédiaires est déterminé proportionnellement, sur base d'un infirmier temps plein gradué par 150 lits. Selon l'organisation interne de l'établissement, des tâches spécifiques peuvent être confiées au cadre intermédiaire, notamment l'accueil et la formation du nouveau personnel, les problèmes d'hygiène hospitalière, et l'introduction de nouvelles méthodes de travail, comme le nursing intégré.) <AR 1999-02-15/44, art. 1, 022; En vigueur : 1999-01-01>

Le chef des services infirmiers de l'hôpital se concerta à des moments déterminés avec les chefs infirmiers des différents services de l'hôpital afin d'améliorer la qualité des soins infirmiers.

L'hôpital établira un organigramme du département infirmier renseignant les responsables du département et des différents services et unités 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.) <AR 1987-08-14/31, art. 2, 007; En vigueur : 01-01-1988>

Le nombre de personnes affectées au soin des malades doit répondre aux conditions spéciales fixées pour les différents services.

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.

La promotion de l'hygiène dans les hôpitaux requiert le concours de quatre instances :

- le médecin-chef;
- le médecin en hygiène hospitalière;
- l'infirmière en hygiène hospitalière;
- le comité d'hygiène hospitalière.

a) Le médecin hygiéniste hospitalier.

Dans l'exercice de ses fonctions, ce médecin dépend du médecin-chef de l'établissement. Fonctions.

Le médecin intervient en tant que conseiller dans les domaines suivants :

1. L'élaboration et la surveillance des techniques aseptiques tant dans le bloc opératoire que dans les services médico-techniques et les unités de soins;
 2. La surveillance de l'isolement des malades infectés et des techniques qui y ont sont appliquées;
 3. L'enregistrement des infections hospitalières;
 4. Le dépistage des sources d'infection;
 5. Le dépistage des porteurs de germes parmi le personnel et les patients;
 6. La surveillance bactériologique de l'environnement hospitalier en général et des zones critiques en particulier, comme le bloc opératoire et les unités de soins intensifs;
 7. Le contrôle des techniques de désinfection et de stérilisation employées dans les unités de soins, le bloc opératoire et le service de stérilisation;
 8. Conseils d'orientation en antibiothérapie;
 9. L'élaboration de directives et la surveillance de :
 - l'entretien ménager et la désinfection des surfaces;
 - les procédés de lavage de l'hôpital et la distribution du linge;
 - l'hygiène dans la préparation et la distribution de l'alimentation tant à la cuisine qu'à la biberonnerie;
 - les méthodes de collecte et d'évacuation des déchets hospitaliers;
 - la lutte contre la vermine.
 10. La construction ou la transformation des locaux.
 11. La formation et le recyclage du personnel en matière d'hygiène hospitalière.
- Le cas échéant la fonction peut être étendue à la prévention de tout risque physique et psychique liés à l'hospitalisation.

Formation.

1. Pour assumer ses fonctions, le médecin aura suivi une formation de base équivalente à celle d'un médecin hygiéniste, formation adaptée et complétée aux besoins de l'hygiène hospitalière par des notions portant, en autres, sur les domaines suivants :

- législation hospitalière;
- microbiologie;
- méthodologie des prélèvements microbiologiques de l'environnement;
- stérilisation et désinfection;
- organisation du travail hospitalier;
- systèmes de communication et d'information à l'hôpital.

L'ensemble de cet enseignement comporte +/- 300 heures.

2. A défaut, un médecin hospitalier peut remplir ces fonctions s'il fait la preuve d'une formation complémentaire, portant sur un minimum de 100 heures, se rapportant à des matières spécifiques liées à l'hygiène hospitalière.

b) L'infirmière en hygiène hospitalière.

(3. A défaut de médecin répondant aux conditions posées au point 1 ou 2, des fonctions du médecin en hygiène hospitalière peuvent être confiées temporairement à un pharmacien biologiste s'il fait la preuve d'une formation complémentaire portant sur un minimum de 100 heures se rapportant à des matières spécifiques liées à l'hygiène hospitalière, et si les conditions suivantes sont réunies :

- avoir l'avis motivé du Conseil médical;
- si l'hôpital possède un laboratoire de biologie clinique, assumer la responsabilité finale en ce qui concerne l'exécution de la biologie clinique dans ce laboratoire, y compris de la microbiologie;
- être attaché à temps plein à l'institution;
- assurer ses missions en matière d'hygiène hospitalière en collaboration avec l'infirmier (l'infirmière) en hygiène hospitalière.) <AR 1991-10-17/35, art. 1, 010; En vigueur : 24-11-1991>

Fonctions.

Cette infirmière, déléguée par le chef des services infirmiers, est une collaboratrice du médecin ayant une formation complémentaire en hygiène hospitalière. Elle occupe une position de cadre qui lui permet d'accomplir efficacement ses fonctions.

1. Au niveau du Comité d'hygiène hospitalière, dont elle est membre, elle apporte l'information, elle formule des principes et des plans d'action; elle participe à l'élaboration des critères et des décisions.

2. Elle exerce les missions qui lui sont confiées par le Comité d'hygiène hospitalière.

3. Elle participe à l'enseignement du personnel en matière d'hygiène hospitalière.

4. Elle exerce un rôle de supervision :

- en surveillant les méthodes de travail en général et les techniques de soins en particulier;
- en évaluant l'efficacité de l'enseignement et de l'information donnée;
- en évaluant l'efficacité des nouvelles méthodes introduites;
- en faisant rapport au Comité d'hygiène hospitalière de ses constatations dans le cadre de sa mission.

Formation.

Pour assumer ses fonctions, l'infirmier(e) en hygiène hospitalière aura, après sa formation d'infirmière graduée, obtenu une formation complémentaire d'école de cadre, de licencié(e) en sciences hospitalières ou en hygiène hospitalière ou une formation équivalente.

La formation complémentaire concerne notamment les matières suivantes :

- complément de microbiologie;
- épidémiologie des infections hospitalières;
- compléments d'hygiène générale;
- hygiène en milieu hospitalier;

- organisation et architecture hospitalières;
- stérilisation et désinfection;
- éducation sanitaire;
- actualisation des méthodes des soins;
- hygiène du travail.

Cet enseignement comporte au minimum un total de 150 heures de cours théorique, suivie d'un stage de 100 heures, complété par un rapport; le tout étalé sur une période de deux ans au maximum.

c) Le Comité d'hygiène hospitalière.

Composition et fonctionnement du Comité d'hygiène hospitalière.

1. Le Comité d'hygiène hospitalière se compose notamment :

- du directeur de l'établissement;
- du médecin-chef de l'institution;
- du médecin hygiéniste hospitalier;
- du microbiologiste de l'établissement;
- du pharmacien;
- du chef des services infirmiers;
- des infirmières en hygiène hospitalière;
- de trois médecins pratiquant dans l'établissement, désigné par le Conseil médical.

2. Le Comité désigne un président parmi ses membres médecins.

3. Le Comité se réunit au moins six fois par an.

4. Le Comité se doit d'inviter les chefs de service concernés par la matière traitée.

5. Le Comité peut faire appel à des consultants.

Missions du Comité d'hygiène hospitalière.

Le Comité d'hygiène hospitalière, organe consultatif du médecin-chef de l'établissement, est chargé des missions suivantes :

1. L'élaboration et la surveillance des techniques aseptiques tant dans le bloc opératoire que dans les services médico-techniques et les unités de soins.
2. La surveillance de l'isolement des malades infectés et des techniques qui y sont appliquées.
3. L'enregistrement des infections hospitalières.
4. Le dépistage des sources d'infection.
5. Le dépistage des porteurs de germes parmi le personnel et les patients.
6. La surveillance bactériologique de l'environnement hospitalier en général et des zones critiques en particulier, comme le bloc opératoire et les unités de soins intensifs.
7. Le contrôle des techniques de désinfection et de stérilisation employées dans les unités de soins, le bloc opératoire et le service de stérilisation.
8. Conseils d'orientation en antibiothérapie.
9. L'élaboration de directives et la surveillance de :
 - l'entretien ménager et la désinfection des surfaces;
 - les procédés de lavage de l'hôpital et la distribution du linge;
 - l'hygiène dans la préparation et la distribution de l'alimentation tant à la cuisine qu'à la biberonnerie;
 - les méthodes de collecte et d'évacuation des déchets hospitaliers;
 - la lutte contre la vermine.
10. La construction ou la transformation des locaux.
11. La formation et le recyclage du personnel en matière d'hygiène hospitalière.
12. En accord avec les chefs de service concernés, l'élaboration d'un règlement d'ordre intérieur pour le quartier opératoire, le quartier d'accouchements et, le cas échéant, les locaux d'autopsie.

Contrôle de l'activité du Comité d'hygiène hospitalière.

Les mesures prises par le Comité seront consignées dans un registre qui pourra être consulté par le médecin inspecteur compétent.) <AR 1988-11-07/40, art. 1, 008; En vigueur : 01-01-1989>

(9^oter 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^o, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, il est possible d'opter entre :

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

2^o soit un Comité distinct pour chaque hôpital du groupe;

3^o sous réserve de l'application du 1^o, 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^o 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 compétentes 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 recus et des modifications de règlements qu'il a recus.

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° quinquies. 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 medico-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°, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, on peut choisir :

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

2° 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 dus 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 vise 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>

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 chef infirmier sera désigné par service. Le chef infirmier du service aura suivi un stage en rapport avec la direction d'une équipe d'infirmiers. Le chef infirmier du service participera à l'intégration de l'activité infirmière dans l'activité totale du service et accomplira sa mission en contact étroit avec le médecin-chef de service.

La présence d'un infirmier(e) gradué(e) ou breveté(e) sera garantie au côté du chef infirmier du service, tous les jours de l'année, en permanence, par service 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 des services infirmiers de l'établissement de manière à ce que la continuité et la qualité des soins restent assurées.

Le travail infirmier dans les unités d'hospitalisation sera organisé de telle manière à pouvoir déterminer à chaque instant l'infirmier responsable d'un malade déterminé.

12°bis. L'activité d'infirmier doit être évaluée d'une manière systématique. Dans ce cadre, un enregistrement systématique des infections nosocomiales, des escarres, des erreurs et des accidents doit être fait afin de contrôler la qualité et l'efficacité des soins infirmiers. De plus, un enregistrement de la durée de séjour, des réadmissions et des complications pour des pathologies bien déterminées pourra également servir.

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. Chaque hôpital définira une stratégie de perfectionnement qui prévoira un programme accessible à chaque infirmier.) <AR 1987-08-14/31, art. 3, 007; En vigueur : 01-01-1988>

(12°quinquies § 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° au 1er janvier 1999 :

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

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

2° au 1er janvier 2000 :

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

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

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

3° 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° Il y aura du personnel d'entretien en suffisance.

14° 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>