



Bienvenue sur WALLEX

Mon compte

FR

[Accueil](#) > Contenu

15 décembre 1978

Arrêté royal fixant des normes spéciales pour les hôpitaux et services universitaires

Cet arrêté exécute

Cet arrêté a été modifié par:

- l'AR du 17 février 2005;
- l'AR du 13 juillet 2006.

Consolidation officielle

BAUDOUIN, Roi des Belges,

A tous présents et à venir, Salut.

Vu la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, modifiée par les lois des 6 juillet 1973 et 27 juin 1978, notamment l'article 2, §2, 1° (soit, l'article 69, 1° de la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987);

Vu l'avis du Conseil des hôpitaux;

Vu les lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, notamment l'article 3, alinéa premier;

Vu l'urgence;

Sur la proposition de Notre Ministre de la Santé publique et de l'Environnement,

Nous avons arrêté et arrêtons:

Art. 1^{er}.

(*Les hôpitaux et services universitaires index C, D et M doivent répondre aux normes spéciales respectivement fixées aux [annexes 1ère](#), [2](#) et [3](#) du présent arrêté – AR du 13 juillet 2006, art. 35, 1° - M.B. du 16/08/2006, p. 40903*).

Les prescriptions auxquelles les services médico-techniques et auxiliaires doivent répondre, figurent à l'[annexe 5](#) du présent arrêté.

Art. 2.

Des dérogations aux normes spéciales concernant les prescriptions architecturales et à celles concernant le nombre de lits peuvent être accordées par décision motivée du Ministre pour des services existants.

Art. 3.

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

Donné à Bruxelles, le 15 décembre 1978.

BAUDOUIN

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et de l'Environnement,

L. DHOORE

Annexe 1

- Normes spéciales adressant aux services universitaires de diagnostic et de traitement médical

INDEX D

I. Normes architecturales

A. *Les lits. Les unités de soins courantes*

1. Un service comporte au moins deux unités de soins.
2. Le nombre minimum de lits par unité de soins est de 25.
3. Afin de pouvoir isoler certains patients, un nombre suffisant de lits doit être situé dans des chambres à un lit.

Les chambres à un lit doivent être réparties entre les diverses unités de soins.

4. Lorsque, outre ces unités de soins requises comme minimum, il existe encore des sections d'hospitalisation spécialisées, exclusivement prévues pour une catégorie bien précise de patients, comme, entre autres, les unités de surveillance cardiaque, les unités métaboliques, ces sections peuvent contenir un nombre de lits inférieur au minimum requis pour les unités de soins courantes.

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 au même niveau.

1. Un local pour le personnel soignant.

Ce local doit remplir, entre autres, les fonctions suivantes:

1.1. Fonction limitée de dépôt:

- Les médicaments doivent être conservés dans une armoire à médicaments sous surveillance constante.
- Les dossiers de soins et les dossiers médicaux des patients séjournant dans l'unité doivent être sous surveillance constante afin de garantir le secret professionnel.

1.2. Fonction de secrétariat et permanence des soins:

- Un système d'appel doit être prévu pour autant qu'il n'y ait pas de système central.
- Il faut disposer de l'équipement requis pour assurer le fonctionnement efficace du secrétariat de l'unité.
- Il faut pouvoir consulter sur place un répertoire téléphonique constamment tenu à jour.

2. Une salle d'examen et de traitement.

Ce local peut être utilisé par le médecin pour l'examen des patients séjournant dans l'unité et l'application à ces derniers de certains traitements et interventions ainsi que par les infirmières pour certaines techniques de soins.

3. Un local pour les médecins.

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

4. Un local de service propre.

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

5. Un local de service sale.

Ce local est, entre autres, utilisé pour l'entreposage temporaire du linge et du matériel sales ainsi que des échantillons d'urine et des déchets. Ce local doit comprendre un vide-pannes.

6. Resserre.

Dans l'unité on devra disposer, soit dans un local distinct soit réparti sur plusieurs espaces ayant

éventuellement une autre destination, de suffisamment d'espace pouvant servir de débarras.

Une resserre distincte sera prévue pour le matériel d'entretien.

7. Une cuisine de distribution.

Si la distribution de la nourriture est centralisée, ce local peut être remplacé par un espace offrant suffisamment de possibilités pour des collations entre les repas, pour ranger la vaisselle et éventuellement la laver ainsi que pour placer une armoire frigorifique.

8. Un local de séjour.

Ce local est destiné aux patients non alités d'une ou de plusieurs unités de soins, et peut servir, entre autres, pour la détente, de réfectoire ou pour recevoir des visites.

9. Une salle de bains.

Il y aura une salle de bains avec bain et douche par unité de soins.

10. Un vestiaire.

Le vestiaire principal ne peut être situé dans l'unité de soins. Il sera cependant prévu pour le personnel un certain espace pour y déposer les objets personnels (sac à main, etc....).

11. Sanitaires distincts pour patients, personnel et visiteurs.

La disposition de ces locaux dans l'unité de soins doit tenir tout particulièrement compte de leur regroupement fonctionnel.

Des locaux de formation spécifiques doivent être prévus dans la mesure où le service remplit la fonction de formation.

II. Normes fonctionnelles

1. Le service D doit pouvoir faire appel, dans l'établissement, aux services médico-techniques et auxiliaires suivants, dont les prescriptions figurent dans les chapitres de l' [annexe 5](#) , énoncés ci-après.

	Chapitre
1. 1. Le service de radiodiagnostic	I
1.2. Le laboratoire	II
1.3. Le service d'anatomopathologie	III
1.4. Les explorations fonctionnelles	IV
1.5. L'alimentation et la cuisine diététique	V
1.6. Le service social	VI
1.7. La pharmacie	VII
1.8. La banque de sang	VIII

2. L'établissement doit en outre disposer d'un service de chirurgie agréé. La polyclinique pour patients ambulants doit prévoir des consultations de médecine interne.

3. Le service D doit également disposer au sein de l'établissement des possibilités de réadaptation requises.

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

4. L'autopsie doit être pratiquée sur au moins 20 p.c. des patients décédés pour lesquels il n'existe aucun empêchement d'ordre administratif ou juridique.

III. Normes d'organisation

1. Staff médical.

1.1. La direction du service est assurée par un médecin à temps plein, reconnu spécialiste en médecine interne ou dans une spécialité particulière de médecine interne. Le chef de service, s'il appartient à une spécialité particulière de médecine interne, doit au moins pouvoir compter sur la collaboration d'un médecin spécialiste en médecine interne, qui fait partie du staff médical du service.

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.

Le médecin-chef de service est tenu, de par sa responsabilité, de prendre toutes les mesures garantissant la continuité des soins aux malades hospitalisés dans le service. Cette continuité implique en plus de la permanence à l'hôpital assurée par un médecin, la possibilité de pouvoir faire appel en permanence à un médecin spécialiste du service. A cette fin, le chef de service dresse une liste des rôles de garde. Cette liste est affichée dans le service et dans le quartier opératoire et transmise aux médecins qui assurent la garde à l'hôpital.

Dès la sortie du patient, il veillera à faire transmettre un rapport au médecin traitant.

1.2. Par unité de soins de 25 à 30 lits, le chef de service doit être assisté par un spécialiste à temps plein, reconnu en médecine interne ou dans une spécialité particulière de médecine interne.

Ce spécialiste à temps plein peut éventuellement être remplacé par deux spécialistes à mi-temps à condition de ne pas compromettre la continuité des soins.

1.3. Un dossier médical répondant aux normes figurant au [chapitre IX](#) de l'annexe 5, doit être tenu à jour pour chaque patient, sous la responsabilité du médecin-chef de service.

1.4. L'enregistrement médical doit être assuré. On entend par là le résumé systématique et uniformisé de tout dossier médical, résumé devant servir à la tenue à jour des statistiques de morbidité, à l'évaluation permanente du travail médical ainsi que de la politique d'admission et de sortie.

En collaboration avec les responsables du nursing, il y a en outre lieu d'évaluer de façon permanente la qualité du nursing et des soins dispensés, entre autres par le contrôle et l'évaluation des mesures prises sur le plan de la sécurité, de l'hygiène et de l'humanisation.

Les discussions menées à ce sujet doivent avoir lieu régulièrement et doivent être consignées dans des procès-verbaux.

1.5. Les cas intéressants avec les données bibliographiques éventuelles seront répertoriés.

2. Personnel soignant et infirmier.

2.1. Par lit occupé il faut prévoir un minimum de 0,6 membres du personnel soignant et auxiliaire, dont au moins les 3/4 doivent être du personnel qualifié (infirmière graduée, infirmière brevetée, hospitalière).

L'infirmière en chef est comprise dans ce nombre.

Pour les services dont la durée de séjour s'écarte de la durée moyenne de séjour des services universitaires concernés, ces normes font l'objet d'une adaptation en plus ou en moins.

2.2. Par trois unités de soins de 25 à 30 lits, on doit adjoindre un membre du cadre supérieur.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 15 décembre 1978.

BAUDOUIN

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et de l'Environnement,

L. DHOORE

Annexe 2

.- Normes spéciales s'adressant aux services universitaires de diagnostic et de traitement chirurgical

INDEX C

I. Normes architecturales

A. *Les lits. Les unités de soins courantes*

1. Un service comporte au moins deux unités de soins.

2. Le nombre minimum de lits par unité de soins est de 25.

3. Afin de pouvoir isoler certains patients, un nombre suffisant de lits doit être situé dans des chambres à un lit.

Les chambres à un lit doivent être réparties entre les diverses unités de soins.

4. Lorsque, outre ces unités de soins requises comme minimum, il existe encore des sections d'hospitalisation spécialisées, exclusivement prévues pour une catégorie bien précise de patients, comme, entre autres, les unités aseptiques, ces sections peuvent contenir un nombre de lits inférieur au minimum requis pour les unités de soins courantes.

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 au même niveau:

1. Un local pour le personnel soignant.

Ce local doit remplir, entre autres, les fonctions suivantes:

1.1. Fonction limitée de dépôt:

- Les médicaments doivent être conservés dans une armoire à médicaments sous surveillance constante.
- Les dossiers de soins et les dossiers médicaux des patients séjournant dans l'unité doivent être sous surveillance constante afin de garantir le secret professionnel.

1.2. Fonction de secrétariat et permanence des soins:

- Un système d'appel doit être prévu pour autant qu'il n'y ait pas de système central.
- Il faut disposer de l'équipement requis pour assurer le fonctionnement efficace du secrétariat de l'unité.
- Il faut pouvoir consulter sur place un répertoire téléphonique constamment tenu à jour.

2. Une salle d'examen et de traitement.

Ce local peut être utilisé par le médecin pour l'examen des patients séjournant dans l'unité et l'application à ces derniers de certains traitements et interventions, ainsi que par les infirmières pour certaines techniques de soins.

3. Un local pour les médecins.

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

4. Un local de service propre.

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

5. Un local de service sale.

Ce local est, entre autres, utilisé pour l'entreposage temporaire du linge et du matériel sales ainsi que des échantillons d'urine et des déchets. Ce local doit comprendre un vide-pannes.

6. Resserre.

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

Une resserre distincte sera prévue pour le matériel d'entretien.

7. Une cuisine de distribution.

Si la distribution de la nourriture est centralisée, ce local peut être remplacé par un espace offrant suffisamment de possibilités pour des collations entre les repas, pour ranger la vaisselle et éventuellement la laver ainsi que pour placer une armoire frigorifique.

8. Un local de séjour.

Ce local est destiné aux patients non alités d'une ou de plusieurs unités de soins, et peut servir, entre autres, pour la détente, de réfectoire ou pour recevoir des visites.

9. Une salle de bains.

Il y aura une salle de bains avec bain et douche par unité de soins.

10. Un vestiaire.

Le vestiaire principal ne peut être situé dans l'unité de soins. Il sera cependant prévu pour le personnel un certain espace pour y déposer les objets personnels (sac à main, etc.)

11. Sanitaires distincts pour patients, personnel et visiteurs.

La disposition de ces locaux dans l'unité de soins, doit tenir tout particulièrement compte de leur regroupement fonctionnel.

Des locaux de formation spécifiques doivent être prévus dans la mesure où le service remplit la fonction de formation.

II. Normes fonctionnelles

1. Le service C doit pouvoir faire appel, dans l'établissement, aux services médico-techniques et auxiliaires suivants, dont les prescriptions figurent dans les chapitres de l' [annexe 5](#) , énoncés ci-après.

	Chapitre
1.1. Le service de radiodiagnostic	<u>I</u>
1.2. Le laboratoire	<u>II</u>
1.3. Le service d'anatomopathologie	<u>III</u>
1.4. Les explorations fonctionnelles	<u>IV</u>
1.5. L'alimentation et la cuisine diététique	<u>V</u>
1.6. Le service social	<u>VI</u>
1.7. La pharmacie	<u>VII</u>
1.8. La banque de sang	<u>VIII</u>
1.9. Le quartier opératoire	<u>X</u>
1.10. La stérilisation	<u>XI</u>

2. L'établissement doit en outre disposer d'un service de médecine interne agréé. La polyclinique pour patients ambulants doit prévoir des consultations de chirurgie.

3. Le service C doit également disposer, au sein de l'établissement, des possibilités de réadaptation requises.

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

4. L'autopsie doit être pratiquée sur au moins 20 p.c. des patients décédés pour lesquels il n'existe aucun empêchement d'ordre administratif ou juridique.

III. Normes d'organisation

1. Staff médical.

1.1. La direction du service est assurée par un médecin à temps plein, reconnu spécialiste en chirurgie générale ou dans une spécialité particulière de chirurgie.

Le chef de service, s'il appartient à une spécialité particulière de chirurgie doit au moins pouvoir compter sur la collaboration d'un médecin spécialiste en chirurgie générale, qui fait partie du staff médical du service.

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.

Le médecin-chef de service est tenu, de par sa responsabilité, de prendre toutes les mesures garantissant la continuité des soins aux malades hospitalisés dans le service. Cette continuité implique en plus de la permanence à l'hôpital assurée par un médecin, la possibilité de pouvoir faire appel en permanence à un médecin spécialiste du service. A cette fin, le chef de service dresse une liste des rôles de garde. Cette liste est affichée dans le service et dans le quartier opératoire et transmise aux médecins qui assurent la garde à l'hôpital. Dès la sortie du patient, il veillera à faire transmettre un rapport au médecin traitant.

1.2. Par unité de soins de 25 à 30 lits, le chef de service doit être assisté par un spécialiste à temps plein, reconnu en chirurgie ou dans une spécialité particulière de chirurgie. Ce spécialiste à temps plein peut

éventuellement être remplacé par deux spécialistes à mi-temps à condition de ne pas compromettre la continuité des soins.

1.3. Un anesthésiste à temps plein doit au moins être affecté au service.

1.4. Un dossier médical répondant aux normes figurant au [chapitre IX](#) de l'annexe 5 doit être tenu à jour pour chaque patient sous la responsabilité du médecin-chef de service.

1.5. L'enregistrement médical doit être assuré. On entend par là le résumé systématique et uniformisé de tout dossier médical, résumé devant servir à la tenue à jour des statistiques de morbidité, à l'évaluation permanente

du travail médical ainsi que de la politique d'admission et de sortie.

En collaboration avec les responsables du nursing, il y a en outre lieu d'évaluer de façon permanente la qualité du nursing et des soins dispensés, entre autres le contrôle et l'évaluation des mesures prises sur le plan de la sécurité, de l'hygiène et de l'humanisation.

Les discussions menées à ce sujet doivent avoir lieu régulièrement et doivent être consignées dans des procès-verbaux.

1.6. Les cas intéressants avec les données bibliographiques éventuelles seront répertoriés.

2. Personnel soignant et infirmier.

2.1. Par lit occupé il faut prévoir un minimum de 0,60 membres du personnel soignant et auxiliaire, dont au moins les 3/4 doivent être du personnel qualifié (infirmière graduée, infirmière brevetée, hospitalière). L'infirmière en chef est comprise dans ce nombre.

Pour les services dont la durée de séjour s'écarte de la durée moyenne de séjour des services universitaires concernés, ces normes font l'objet d'une adaptation en plus ou en moins.

2.2. Par trois unités de soins de 25 à 30 lits, on doit adjoindre un membre du cadre supérieur.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 15 décembre 1978.

BAUDOUIN

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et de l'Environnement,

L. DHOORE

Annexe 3

.- Normes spéciales s'adressant aux services universitaires de la maternité

INDEX M

I. Normes architecturales

A. *Les lits. Les unités de soins courantes*

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

2. Le nombre minimum de lits par unité de soins est de 20.

3. Tous les lits doivent être exclusivement situés dans des chambres à un ou deux lits.

4. Afin de pouvoir isoler certaines patientes, un nombre suffisant de lits doit être situé dans des chambres à un lit. Les chambres à un lit doivent être réparties entre les diverses unités de soins.

5. Les chambres à plusieurs lits doivent être équipées d'un box d'isolement pour les nouveau-nés. Ce box doit être conçu de manière à permettre à la mère de voir et de surveiller son bébé. On peut prévoir un box commun pour quatre nouveau-nés par groupe de quatre lits.

6. Les chambres ou boxes doivent être dotés de l'équipement sanitaire permettant de dispenser aux nouveau-nés tous les soins corporels.

7. Le service doit disposer d'un local destiné à l'observation temporaire et/ou à l'isolement temporaire de un ou de deux enfants pour lesquels une admission dans un (*programme de soins pour enfants* – AR du 13 juillet 2006, art. 35, 2° - M.B. du 16/08/2006, p. 40903) n'est pas requise.

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 au même niveau:

1. Un local pour le personnel soignant.

Ce local doit remplir, entre autres, les fonctions suivantes:

1.1. Fonction limitée de dépôt:

– Les médicaments doivent être conservés dans une armoire à médicaments sous surveillance constante.

– Les dossiers de soins et les dossiers médicaux des patientes séjournant dans l'unité doivent être sous

surveillance constante afin de garantir le secret professionnel.

1.2. Fonction de secrétariat et permanence des soins:

- Un système d'appel doit être prévu pour les patientes à moins qu'il y ait un système central.
- Il faut disposer de l'équipement requis pour assurer le fonctionnement efficace du secrétariat de l'unité.
- Il faut pouvoir consulter sur place un répertoire téléphonique constamment tenu à jour.

2. Une salle d'examen et de traitement.

Ce local peut être utilisé par le médecin pour l'examen des patientes séjournant dans l'unité et l'application à ces dernières de certains traitements et interventions, ainsi que 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 doivent être sous surveillance constante afin de garantir le secret professionnel.

4. Un local de service propre.

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

5. Un local de service sale.

Ce local est, entre autres, utilisé pour l'entreposage temporaire du linge et du matériel sales ainsi que des échantillons d'urine et des déchets. Ce local doit comprendre un vide-pannes.

6. Resserre.

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

Une resserre distincte sera prévue pour le matériel d'entretien.

7. Une cuisine de distribution.

Si la distribution de la nourriture est centralisée, ce local peut être remplacé par un espace offrant suffisamment de possibilités pour des collations entre les repas, pour ranger la vaisselle et éventuellement la laver ainsi que pour placer une armoire frigorifique.

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, pour la détente, de réfectoire ou pour recevoir des visites.

9. Une salle de bains.

Il y aura une salle de bains avec bain et douche par unité de soins.

10. Un vestiaire.

Le vestiaire principal ne peut être situé dans l'unité de soins.

Il sera cependant prévu pour le personnel un certain espace pour y déposer les objets personnels (sac à main, etc.).

11. Sanitaires distincts pour patients, personnel et visiteurs.

La disposition de ces locaux dans l'unité de soins doit tenir tout particulièrement compte de leur regroupement fonctionnel.

Des locaux de formation spécifiques doivent être prévus dans la mesure où le service remplit la fonction de formation.

II. Normes fonctionnelles

1. Le service M doit pouvoir faire appel, dans l'établissement, aux services médico-techniques et auxiliaires suivants, dont les prescriptions figurent dans les chapitres de l' [annexe 5](#) , énoncés ci-après.

	Chapitre
1.1. Le service de radiodiagnostic	I
1.2. Le laboratoire	II
1.3. Le service d'anatomopathologie	III
1.4. Les explorations fonctionnelles	IV

1.5. L'alimentation et la cuisine diététique	<u>V</u>
1.6. Le service social	<u>VI</u>
1.7. La pharmacie	<u>VII</u>
1.8. La banque de sang	<u>VIII</u>
1.9. La stérilisation	<u>XI</u>
1.10. La biberonnerie	<u>XII</u>
1.11. Le quartier d'accouchement	<u>XIII</u>

2. L'établissement doit en outre comprendre un service de prématurés agréé sous l'index N; les polycliniques pour patients ambulants doivent prévoir des consultations d'obstétrique.

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

3. Lorsqu'il n'existe aucun empêchement d'ordre administratif ou juridique, l'autopsie doit être pratiquée sur au moins 20 p.c. des cas de décès de la mère et au moins 80 p.c. des décès périnataux.

III. Normes d'organisation

1. Staff médical.

1.1. La direction du service est assurée par un médecin à temps plein, reconnu spécialiste en gynécologie et obstétrique.

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.

Le médecin-chef de service est tenu, de par sa responsabilité, de prendre toutes les mesures garantissant la continuité des soins aux malades hospitalisés dans le service.

Cette continuité implique, en plus de la permanence à l'hôpital assurée par un médecin, la possibilité de pouvoir faire appel en permanence à un médecin spécialiste du service.

A cette fin, le chef de service dresse une liste des rôles de garde. Cette liste est affichée dans le service et dans le quartier d'accouchement et transmise aux médecins qui assurent la garde à l'hôpital.

Dès la sortie du patient, il veillera à faire transmettre un rapport au médecin traitant.

1.2. Par unité de soins de 20 à 25 lits, le chef de service doit être assisté par un spécialiste à temps plein, reconnu en gynécologie et obstétrique.

Ce spécialiste à temps plein peut éventuellement être remplacé par deux spécialistes à mi-temps à condition de ne pas compromettre la continuité des soins.

1.3. Le chef de service doit être assisté d'un médecin, reconnu en pédiatrie, pour la surveillance des nouveau-nés.

1.4. Un dossier médical répondant aux normes figurant au [chapitre IX](#) de l'annexe 5 doit être tenu à jour, sous la responsabilité du médecin-chef de service, pour chaque patient, la mère comme l'enfant.

1.5. L'enregistrement médical doit être assuré. On entend par là le résumé systématique et uniformisé de tout dossier médical, résumé devant servir à la tenue à jour des statistiques de morbidité, à l'évaluation permanente du travail médical ainsi que de la politique d'admission et de sortie.

En collaboration avec les responsables du nursing, il y a en outre lieu d'évaluer de façon permanente la qualité du nursing et des soins dispensés, entre autres le contrôle et l'évaluation des mesures prises sur le plan de la sécurité, de l'hygiène et de l'humanisation.

Les discussions menées à ce sujet doivent avoir lieu régulièrement et doivent être consignées dans des

procès-verbaux.

1.6. Les cas intéressants avec les données bibliographiques éventuelles seront répertoriés.

Chaque cas de décès de la mère et de décès périnatal fera l'objet d'une discussion et d'une évaluation particulière dont le rapport écrit sera joint au dossier médical.

2. Personnel soignant et infirmier.

2.1. Pour la section d'hospitalisation, il faut prévoir par lit occupé un minimum de 0,6 membres du personnel soignant et infirmier, dont au moins les 2/3 doivent être du personnel qualifié (sage-femme, infirmière graduée, infirmière brevetée, hospitalière) et 1/3 de puéricultrices. L'infirmière en chef est comprise dans ce nombre.

Pour les services dont la durée de séjour s'écarte de la durée moyenne de séjour des services universitaires concernés, ces normes feront l'objet d'une adaptation en plus ou en moins.

2.2. Par trois unités de soins de 20 lits, le quartier d'accouchement y compris, on doit ajouter un membre du cadre supérieur.

3. Système d'identification.

Il faut prévoir un système d'identification excluant toute confusion entre nouveau-nés.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 15 décembre 1978.

BAUDOUIN

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et de l'Environnement,

L. DHOORE

AR du 13 juillet 2006, art. 35, 2° - M.B. du 16/08/2006, p. 40903

Annexe 4

.- (... – AR du 13 juillet 2006, art. 35, 3° - M.B. du 16/08/2006, p. 40903)

AR du 13 juillet 2006, art. 35, 3° - M.B. du 16/08/2006, p. 40903

Annexe 5

.- Prescriptions auxquelles les services médico-techniques et auxiliaires doivent répondre

Chapitre premier Le service de radiodiagnostic

I. Normes architecturales et physiques

1. L'appareillage de radiodiagnostic assurant la radiographie, à savoir la radiographie simple, la radiographie avec explorations fonctionnelles et la radiographie avec repérage de certaines localisations, doit être centralisé tant au point de vue fonctionnel que physique.

2. Le nombre des locaux et leur superficie, l'équipement et les commodités du service sont déterminés en fonction du nombre de lits, de l'activité polyclinique et de la nature des patients admis à l'hôpital.

3. Les différents locaux du service doivent être disposés et structurés de façon à assurer une séparation effective entre les malades hospitalisés et les patients ambulants.

II. Normes fonctionnelles

1. Le résultat de chaque examen radiologique doit être consigné dans un protocole dont une copie sera conservée dans le service durant six mois.

Le protocole est remis au médecin qui a demandé l'examen et joint au dossier du patient.

On prévoira un système efficace pour la conservation des clichés radiologiques afin de pouvoir disposer en permanence de clichés effectués antérieurement.

2. Tous les documents et rapports radiologiques doivent faire l'objet d'un classement selon un système déterminé. Ces clichés et rapports doivent être accessibles en permanence aux médecins assurant le traitement du patient.

3. Les cas intéressants seront répertoriés avec les références bibliographiques éventuelles.

III. Normes d'organisation

1. La direction du service est assurée par un médecin à temps plein, reconnu spécialiste en radiologie.

Le 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 contribue à garantir un niveau optimal pour l'établissement du diagnostic chez les patients.

Les examens urgents doivent pouvoir être effectués à tout moment. A cet effet, le chef de service dresse une liste des rôles de garde. Cette liste est affichée dans le service et transmise aux médecins qui assurent la garde à l'hôpital.

Le chef de service doit rédiger chaque année un rapport où figurent entre autres les constatations de nature à influencer la qualité du traitement et des soins dispensés.

Ce rapport est communiqué au staff médical de l'hôpital.

2. Le médecin-chef de service est assisté de personnel médical, infirmier, paramédical, technique et auxiliaire. Leur nombre et leur qualification sont fonction du nombre et de la nature des examens effectués.

3. Les médecins travaillant dans le service de radiologie doivent à certains moments déterminés être à la disposition des médecins des services cliniques et polycliniques qui désirent des éclaircissements ou des informations supplémentaires.

4. Les médecins travaillant dans le service de radiologie participent aux séminaires organisés par les services cliniques lorsque leur présence est souhaitée.

Chapitre III Le laboratoire

I. Normes architecturales et physiques

1. Le laboratoire général constitue une entité autonome, ce qui implique une centralisation physique de tout l'appareillage de biologie clinique.

Le laboratoire doit être capable de répondre sur place aux besoins des services cliniques dans les disciplines de chimie, d'hématologie, de microbiologie (bactériologie, parasitologie et virologie) et ce y compris les techniques sérologiques et immunologiques employées dans les différentes disciplines.

Toutefois, dans le but de promouvoir la qualité et la rentabilité de certaines analyses spécialisées, le laboratoire peut conclure des accords de coopération avec d'autres laboratoires hospitaliers ou universitaires dans des secteurs spécialisés limités. Ces accords doivent favoriser l'échange de services dans des domaines différents de spécialisation entre institutions. Ils doivent faire l'objet de conventions écrites. Les accords de collaboration ne peuvent porter sur les examens urgents que le laboratoire doit pouvoir exécuter sur place à tout moment.

Le laboratoire est responsable de la réception et de l'identification des échantillons, de la transmission des résultats des examens aux services cliniques. Il est également responsable de la transmission des échantillons vers les laboratoires extérieurs avec lesquels existe un accord de collaboration ainsi que de la collecte et de la transmission des résultats provenant de ces laboratoires.

2. Le nombre des locaux et leur superficie, l'équipement et les commodités du laboratoire sont déterminés en fonction du nombre d'examens à effectuer ou prévisibles.

3. Les locaux accessibles aux patients doivent être disposés et structurés de façon à assurer une séparation effective entre les malades hospitalisés et les patients ambulants.

II. Normes fonctionnelles

1. Le résultat de chaque examen de laboratoire doit faire l'objet d'un rapport dont une copie sera conservée dans le service durant six mois.

Le rapport est remis au médecin qui a demandé l'examen et joint au dossier du patient.

2. Les cas intéressants seront répertoriés avec les références bibliographiques éventuelles.

3. Le laboratoire tiendra à jour les statistiques relatives au nombre et à la nature des examens effectués.

4. Afin d'assurer la sécurité du personnel de laboratoire, des patients et du personnel de l'hôpital, le chef de service et le Comité d'hygiène hospitalière rédigeront en collaboration un règlement d'ordre intérieur.

Celui-ci traitera entre autres des modes de prélèvement, ainsi que des techniques de nettoyage et d'entretien du matériel et des locaux,

III. Normes d'organisation

1. La direction du service est assurée par un médecin-spécialiste plein temps ou éventuellement par un pharmacien plein temps, reconnu en biologie clinique.

2. Le chef de service est assisté de personnel médical, infirmier, paramédical, technique et auxiliaire. Leur nombre et leur qualification sont fonction du nombre et de la nature des examens effectués.

Toutefois les analyses doivent être exécutées par du personnel technique et/ou paramédical.

Le 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 contribue à garantir un niveau optimal pour l'établissement d'un diagnostic chez les patients.

Il doit exister une liste des examens qui doivent pouvoir être effectués à tout moment.

Le chef de service dresse une liste des rôles de garde. Cette liste est affichée dans le service et transmise aux médecins assurant la garde à l'hôpital.

Le chef de service doit rédiger chaque année un rapport où figurent entre autres les constatations de nature à influencer la qualité du traitement et des soins dispensés.

Ce rapport est communiqué au staff médical de l'hôpital.

3. Un spécialiste en biologie clinique ou un pharmacien reconnu en biologie clinique, à temps plein, ou deux spécialistes à mi-temps, sont au minimum nécessaires pour contrôler le travail d'un maximum de 10 techniciens chargés d'effectuer les analyses de laboratoire.

4. Le laboratoire doit instaurer un contrôle interne permanent et participer à un système de contrôle externe permettant de tester la qualité des examens effectués (précision, exactitude, sensibilité...). La détection de toute discordance ou altération doit donner lieu à discussion au sein du staff du service et entraîner les mesures adéquates le plus rapidement possible.

5. Les médecins et les pharmaciens reconnus en biologie clinique, doivent, à certains moments déterminés, être à la disposition des médecins des services cliniques et polycliniques qui désirent des éclaircissements ou des informations supplémentaires.

6. Les médecins et les pharmaciens reconnus en biologie clinique, participent aux séminaires organisés par les services cliniques lorsque leur présence est souhaitée.

Chapitre III Le service d'anatomopathologie L'hôpital doit pouvoir faire appel sur place à un service d'anatomopathologie comprenant une section d'autopsie ainsi qu'un laboratoire d'histopathologie et de cytologie. On peut déroger à cette disposition s'il est possible de faire appel à un service externe d'anatomopathologie à même d'assurer les examens cytologiques et histologiques nécessaires ainsi que les autopsies requises. L'hôpital doit de toute façon comprendre une section d'autopsie.

I. Normes architecturales et physiques

1. La section d'autopsie doit répondre aux normes suivantes:

1.1. La section d'autopsie doit former une unité distincte qui ne sera accessible qu'aux médecins et aux personnes concernées par l'autopsie.

1.2. La salle d'autopsie doit être précédée d'une zone d'accès comprenant le vestiaire et les sanitaires et communiquant directement avec la salle d'autopsie.

2. Le laboratoire d'histopathologie et de cytologie doit répondre aux normes suivantes:

2.1. La superficie des locaux, l'équipement et les commodités du service sont déterminés en fonction du nombre d'examens effectués ou prévisibles.

2.2. Le laboratoire doit de toute façon comprendre: un local de macroscopie, un local pour l'inclusion, la microtomie et la coloration, un local pour les examens microscopiques, des ressers, ainsi qu'un secrétariat comprenant les archives, les rapports et les préparations. Ces locaux doivent former un ensemble du point de vue architectural.

II. Normes fonctionnelles

1. a) Aussitôt après l'autopsie, un rapport anatomopathologique provisoire est rédigé et transmis au médecin qui a assumé la responsabilité du traitement du patient.

b) Un rapport définitif, comprenant le résultat des examens microscopiques, est transmis au même médecin. Ce rapport est joint au dossier du patient.

c) Tout examen histopathologique fera l'objet d'un protocole dont l'original est destiné au dossier du malade et dont un double est conservé dans les archives du service durant six mois.

2. Tous les rapports et le matériel récolté (blocs d'inclusion, coupes microscopiques, frottis,...) seront conservés à l'aide d'un système de classement pratique.

3. Les cas intéressants seront répertoriés avec leurs références bibliographiques éventuelles.

4. Le service doit dresser un index codifié des diagnostics anatomopathologiques.

5. Afin d'assurer la sécurité du personnel de la section d'autopsie, des patients et du personnel de l'hôpital, l'anatomopathologue et le Comité d'hygiène hospitalière rédigeront en collaboration un règlement d'ordre intérieur.

Celui-ci traitera entre autres des techniques de nettoyage et d'entretien relatives au matériel et aux locaux ainsi que de l'accès à la salle d'autopsie.

6. Les médecins qui ont assumé la responsabilité du traitement du patient décédé sont informés du moment où l'autopsie sera pratiquée.

7. Des confrontations anatomo-cliniques doivent être organisées au moins une fois par mois avec les services cliniques pour lesquels les autopsies sont pratiquées. Ces confrontations feront l'objet d'un rapport en double exemplaire, dont l'un sera conservé au secrétariat du service d'anatomopathologie et l'autre au secrétariat du service clinique concerné.

III. Normes d'organisation

1. La direction du service est assurée par un médecin reconnu en biologie clinique à temps plein, ayant reçu la formation requise en anatomopathologie.

Le 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 contribue à garantir un niveau optimal pour l'établissement du diagnostic chez les patients.

Le chef de service doit rédiger chaque année un rapport où figurent entre autres les constatations de nature à influencer la qualité du traitement et des soins dispensés. Ce rapport est communiqué au staff médical de l'hôpital.

2. Le chef de service est assisté de personnel médical, paramédical, technique et auxiliaire. Leur nombre et leur qualification sont déterminés en fonction du nombre et de la nature des examens effectués.

3. Les médecins travaillant dans le service d'anatomopathologie doivent à certains moments déterminés être à la disposition des médecins des services cliniques et polycliniques qui désirent des éclaircissements ou des informations supplémentaires.

4. Les médecins travaillant dans le service participent aux séminaires organisés par les services cliniques lorsque leur présence est souhaitée.

Chapitre IV Les explorations fonctionnelles

I. Normes architecturales et physiques

1. Le nombre des locaux et leur superficie, l'équipement et les commodités sont fonction du nombre de lits, des activités polycliniques et de la nature des spécialités pratiquées dans l'établissement.

2. L'appareillage nécessaire aux explorations fonctionnelles, pour autant qu'il requiert une surface et (ou) des locaux appropriés, est installé en dehors des unités de soins.

3. La situation et la structuration des locaux doit répondre aux principes généraux de circulation, plus spécialement en ce qui concerne la séparation entre patients internes et externes.

Les locaux destinés aux explorations fonctionnelles doivent communiquer aisément avec les unités de soins et les autres services médico-techniques, comme par exemple le quartier opératoire, la radiologie, le service d'urgence, la polyclinique, etc.

II. Normes fonctionnelles

Les résultats de chaque exploration fonctionnelle figurent dans un rapport joint au dossier du patient.

III. Normes d'organisation

1. Un ou plusieurs médecins, désignés nommément, assumeront la responsabilité de cette section et veillent à l'application des modalités de fonctionnement qui doivent faire l'objet d'un règlement d'ordre intérieur.

2. Le nombre et la qualification du personnel infirmier, paramédical, technique et auxiliaire sont déterminés en fonction du nombre et de la nature des explorations fonctionnelles.

Chapitre V Alimentation et cuisine diététique 1. Les patients doivent recevoir l'alimentation diététique appropriée qui leur a été prescrite. Le patient doit également recevoir à ce sujet des informations nécessaires.

2. L'alimentation et la cuisine diététique doivent s'intégrer au maximum dans l'organisation de l'alimentation normale.

3. Le nombre de diététiciens est calculé sur base d'un diététicien ou d'une diététicienne par 5 unités de soins de 25 à 30 lits.

4. Les diététiciens doivent, à certains moments déterminés, être à la disposition des médecins des services cliniques et polycliniques qui désirent des éclaircissements ou des informations supplémentaires.

5. Les diététiciens participent aux séminaires organisés par les services cliniques lorsque leur présence est souhaitée.

Chapitre VII Le service social¹. Le service doit disposer sur place d'un service social adapté aux problèmes spécifiques des patients.

2. Afin d'éviter tout double emploi, il convient d'établir et de préciser clairement la répartition des tâches et la coopération avec les équipements sociaux d'autres services et organismes intra- ou extra-hospitaliers.

3. Le nombre de travailleurs sociaux (infirmières graduées sociales et assistantes sociales) est déterminé en fonction du nombre d'admissions. Le nombre de travailleurs sociaux est calculé sur base de 1 travailleur social pour 2 000 admissions; il faut prévoir l'équivalent d'un membre du personnel administratif pour 4 travailleurs sociaux.

4. Les travailleurs doivent, à certains moments déterminés, être à la disposition des médecins des services cliniques et polycliniques qui désirent des éclaircissements ou des informations supplémentaires.

5. Les travailleurs sociaux participent aux séminaires organisés par les services cliniques lorsque leur présence est souhaitée.

Chapitre VIII La pharmacie hospitalière¹. Le nombre des locaux et leur superficie, l'équipement et les commodités de la pharmacie sont déterminés en fonction du nombre de lits de l'hôpital et de la nature des services cliniques.

2. La direction de la pharmacie hospitalière est assurée par un pharmacien à temps plein. Il est assisté d'un ou de plusieurs pharmaciens, en fonction de l'importance des activités.

3. Le nombre des assistants est déterminé en fonction du nombre des pharmaciens.

4. Les travailleurs doivent, à certains moments déterminés, être à la disposition des médecins des services cliniques et polycliniques qui désirent des éclaircissements ou des informations supplémentaires.

5. Les pharmaciens participent aux séminaires organisés par les services cliniques lorsque leur présence est souhaitée.

6. Le pharmacien-chef de service doit rédiger chaque année un rapport où figurent entre autres les constatations de nature à influencer la qualité du traitement et des soins dispensés. Ce rapport est communiqué au staff médical de l'hôpital.

Chapitre VIII La banque de sang (*Si l'hôpital ne dispose pas sur place d'une banque de sang hospitalière telle que visée à l'arrêté royal du 17 février 2005 fixant les normes auxquelles une banque de sang hospitalière doit répondre pour être agréée, il convient de fournir la preuve qu'on peut faire appel en permanence et rapidement à une banque de sang hospitalière d'un autre hôpital ou d'un établissement de transfusion sanguine tel que visé dans l'arrêté royal du 4 avril 1996 relatif au prélèvement, à la préparation, à la conservation et à la délivrance du sang et des dérivés du sang d'origine humaine avec lequel un accord de collaboration écrit a été conclu – AR du 17 février 2005, art. 1^{er} - M.B. du 25/02/2005, p. 7577 - Entrée en vigueur le 25/02/2005*) .

N.B. Les banques de sang hospitalières existantes doivent se conformer à ces dispositions à partir du 25/11/2005.

Chapitre IX Le dossier médical¹. Un dossier médical uniforme doit être tenu pour chaque malade du service. Ce document contiendra l'ensemble des informations permettant d'établir le diagnostic, d'appliquer le traitement adéquat et de suivre l'évolution de la maladie.

2. Le dossier d'un malade hospitalisé comporte, entre autres, les documents et renseignements suivants:

a) l'identité du patient,

b) les antécédents familiaux et personnels, l'histoire de la maladie actuelle, les données des consultations et hospitalisations antérieures,

c) les résultats des examens cliniques, radiologiques, biologiques, fonctionnels et histopathologiques,

d) les avis des médecins consultés,

e) le diagnostic provisoire et définitif,

f) le traitement mis en œuvre,

g) l'évolution de la maladie,

h) éventuellement le protocole d'autopsie,

i) une copie du rapport provisoire adressé au médecin traitant contenant les directives garantissant la continuité du traitement et des soins après le départ du patient,

j) une copie du rapport transmis au médecin traitant lors du départ du patient.

Le diagnostic doit être établi à l'aide de la nomenclature standardisée H-ICDA.

2.1. Les dossiers de tous les malades ayant quitté le service sont classés et conservés dans des archives

médicales de préférence centrales, ou du moins groupées par service. Ces archives sont placées sous la surveillance d'un médecin désigné de commun accord par la direction et le staff médical de l'établissement.

2.2. Les dossiers doivent être accessibles en permanence aux médecins assurant le traitement du patient.

3. On prévoira pour la tenue à jour des archives médicales et l'enregistrement médical systématique, y compris les statistiques de morbidité, 1 secrétaire médicale ou son équivalent par 1 000 admissions.

Chapitre X Le quartier opératoire

I. Normes architecturales et physiques

Par 50 à 60 lits agréés sous l'index C, il doit y avoir au moins trois salles d'opération.

Ce nombre doit être augmenté en fonction du nombre de lits et des activités au service de chirurgie.

Toutes les salles d'opération doivent être groupées dans le quartier opératoire. Peuvent faire exception à ce principe général, les salles d'intervention pour patients ambulants, urgences et interventions obstétricales.

Les salles situées en dehors du quartier opératoire doivent répondre aux critères qui sont d'application pour le quartier opératoire.

La circulation interne dans le quartier opératoire doit être conçue de manière à respecter en permanence toutes les règles d'asepsie.

Le quartier opératoire doit être situé de façon à être d'une part isolé des zones de passage général de l'hôpital, et d'autre part rapidement et facilement accessible pour le service d'urgence, les soins intensifs et la stérilisation.

Il ne pourra en aucun cas servir de passage vers d'autres services ou locaux.

Le quartier opératoire comprend trois zones bien distinctes:

1. La zone de transfert.

Cette zone doit être conçue de telle façon que son accès puisse être constamment sous contrôle. Elle comprend les espaces suivants:

a) Un espace pour le stationnement temporaire des patients alités.

Les lits et la literie des unités d'hospitalisation ne peuvent pénétrer au-delà de la zone de transfert.

b) Un vestiaire pour le personnel.

Ce vestiaire sera aménagé de façon à pouvoir y enlever et ranger les vêtements de ville et mettre une tenue appropriée, y compris les chaussures. Des toilettes et des douches seront prévues près des vestiaires.

Les vestiaires du personnel seront distincts pour les hommes et pour les femmes.

c) Un espace qui se prête à des activités diverses, telle la pause-café, la discussion pré- ou postopératoire, la rédaction d'un protocole, etc.

d) La salle de réveil (recovery).

1. Cet espace doit être conçu de façon à être facilement accessible en venant de la zone aseptique et à disposer d'une sortie permettant de quitter directement le quartier opératoire.

Cette sortie ne peut servir d'entrée au quartier opératoire.

2. Le nombre de lits est égal à 1,5 fois le nombre de salles d'opération.

3. La salle doit disposer d'un équipement pour gaz médicaux.

2. La zone propre.

Cette zone comprend:

a) Le local de préparation pour les chirurgiens.

Ce local peut être prévu pour deux salles d'opération et doit être équipé de lavabos avec robinet commandé du coude ou du pied.

b) Des resserres pour la réserve de matériel propre et stérile.

3. La zone aseptique.

Cette zone comprend les salles d'opération.

3.1. Chaque salle doit avoir une superficie minimum de 30 m². Le sol doit être antistatique et conducteur.

Les murs doivent être lisses, mats, non éblouissants, lavables à l'eau et aux désinfectants, sans joints, sans crevasses et n'accumulant pas de charge statique.

Les plafonds doivent être lisses et lavables.

Une désinfection au gaz doit pouvoir être effectuée.

3.2. Il faut au moins deux prises à vide, une prise d'oxygène, une prise d'air comprimé.

3.3. L'éclairage d'ambiance doit être pourvu d'un rhéostat permettant de faire varier l'intensité de la lumière de 0 à 1000 lux.

Il faut prévoir suffisamment de prises de courant du type anti-étincelles.

Toutes les prises de courant doivent être reliées au groupe de secours.

Le scialytique doit pouvoir fonctionner sans interruption.

3.4. Les salles d'opération doivent être équipées d'un système d'aération fonctionnant avec des filtres absolus et assurant au moins quinze renouvellements d'air par heure.

Il doit être possible de régler la température jusqu'à 24°C et le degré d'humidité de 40 à 60 p.c.

Les salles d'opération seront toujours en surpression.

II. Normes fonctionnelles

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

a) Les conditions d'accès aux différentes zones du quartier opératoire, et ce tant pour les médecins, le personnel et les patients que pour le matériel afin de respecter les règles d'hygiène et de stérilité de façon optimale.

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

c) Toutes les mesures à prendre afin d'éviter la contamination du matériel propre ou stérile par le matériel sale non stérile.

d) Les techniques de nettoyage du quartier opératoire.

e) Les mesures à prendre lors d'une contamination éventuelle d'un des locaux du quartier opératoire.

2. Il convient de prendre des dispositions afin de communiquer le programme opératoire en temps utile à toutes les personnes intéressées, les patients y compris.

3. Chaque intervention chirurgicale doit être notée dans un registre, en relevant au moins les données suivantes: l'identité du patient ou le numéro de son dossier médical, le nom du ou des chirurgiens et du ou des anesthésistes, la date, l'heure et la nature de l'intervention.

4. Le degré d'asepsie du quartier opératoire doit faire l'objet d'un contrôle au moyen d'exams bactériologiques appropriés et ce, au moins tous les trois mois.

5. La fiabilité de l'appareillage d'anesthésie et de l'installation électrique doit faire l'objet d'un contrôle au moins deux fois par an.

6. Il faut prévoir un système afin d'éviter tout oubli de corps étrangers dans la plaie opératoire.

7. Chaque intervention chirurgicale doit faire l'objet d'un protocole opératoire, reprenant la technique opératoire, le déroulement de l'intervention, les constatations macroscopiques et le type d'anesthésie. Ce protocole sera joint au dossier du malade.

8. Tout tissu enlevé qui pourrait paraître suspect lors de l'examen macroscopique, est soumis à un examen anatomopathologique systématique. Le tissu sera à cet effet identifié et conditionné de manière appropriée.

9. La présence d'un anatomopathologiste doit être assurée lors de certaines interventions chirurgicales.

III. Normes d'organisation

1. Staff médical.

1.1. Un ou plusieurs médecins, désignés nommément, veillent au respect de toutes les prescriptions du règlement d'ordre intérieur.

1.2. Il faut pouvoir faire appel en permanence à un médecin reconnu spécialiste en chirurgie et à un médecin reconnu spécialiste en anesthésiologie.

2. Personnel infirmier et autre.

2.1. Les activités journalières sont effectuées sous la surveillance d'un membre du personnel infirmier, désigné nommément.

2.2. Pour le quartier opératoire, y compris la surveillance de la salle de réveil, on prévoira un effectif de personnel infirmier dont le nombre sera calculé en fonction des activités et sur base de trois membres du personnel infirmier par salle d'opération utilisée quarante heures par semaine.

Lorsque, eu égard à la qualification de l'établissement et à l'activité régulière et continue dans le quartier opératoire, une salle d'opération doit être maintenue disponible en permanence, il faut prévoir huit infirmières en supplément.

2.3. Une infirmière en chef sera prévue par douze membres du personnel soignant.

2.4. Le personnel technique, auxiliaire et d'entretien doit être prévu en nombre suffisant. Leur nombre et leur qualification sont déterminés en fonction du nombre et de la nature des interventions chirurgicales

effectuées.

Chapitre XII La stérilisation

I. Normes architecturales et physiques

1. L'hôpital doit disposer sur place d'un service central de stérilisation. Ce service entretient, stérilise et distribue le matériel pour tous les services hospitaliers. Au cas où il fait appel à un service externe de stérilisation, l'hôpital doit de toute façon disposer d'un équipement central de stérilisation restreint avec autoclave. Cet équipement minimum doit être utilisable en permanence pour pouvoir faire face, à tout moment, aux situations imprévues.
2. Tout l'appareillage pour la stérilisation doit être concentré dans le service central de stérilisation. Il ne peut être dérogé à ce principe que pour les appareils à stérilisation rapide du quartier opératoire ou de services similaires (par ex. service de soins intensifs) et pour les appareils de stérilisation aux gaz, employés pour les instruments de précision.
3. La stérilisation centrale comporte respectivement une zone sale, une zone propre et une zone stérile pour les opérations suivantes: la réception du matériel souillé, le nettoyage, la préparation et l'emballage, la stérilisation, le stockage du matériel stérile et la distribution.

II. Normes fonctionnelles

Les systèmes utilisés pour la stérilisation doivent être équipés des instruments de contrôle et d'enregistrement nécessaires, permettant de noter les données essentielles du processus de stérilisation. Tous les appareils de stérilisation doivent faire l'objet d'un contrôle bactériologique hebdomadaire.

III. Normes d'organisation

1. Le contrôle des activités journalières incombe à un médecin de l'hôpital ou au pharmacien de l'hôpital, nommément désignés à cet effet. Les activités journalières sont effectuées sous la direction et le contrôle d'une infirmière désignée nommément.

2. La présence d'une infirmière est obligatoire au cours de chaque stérilisation.

Chapitre XIII La biberonnerie La préparation de l'alimentation des nouveau-nés et nourrissons doit se faire à la biberonnerie.

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

La biberonnerie doit être pourvue d'un frigo.

Chapitre XIII Le quartier d'accouchement

I. Normes architecturales et physiques

Le quartier d'accouchement doit comporter les locaux suivants:

1. Trois salles d'accouchement pour 40 lits, dont une est équipée pour les interventions chirurgicales obstétricales à l'exclusion de toute autre intervention chirurgicale. Une autre salle doit être prévue par tranche de 20 lits supplémentaires.
2. Une chambre de travail pourvue de sanitaires par tranche de 10 lits.
3. Un local destiné à la préparation des accoucheurs. Ce local peut être prévu pour deux salles d'accouchement. Il doit être pourvu d'un lavabo muni d'un robinet à commande au coude ou au pied.
4. Un local destiné à la dispensation des soins, à l'observation et éventuellement à la réanimation des nouveau-nés.
5. Un vestiaire pour le personnel. Ce vestiaire sera aménagé de façon à pouvoir y déposer et ranger les vêtements de ville, et passer les vêtements appropriés, y compris les chaussures. Des sanitaires et des douches pour le personnel doivent être prévus à proximité des vestiaires. Les vestiaires seront distincts pour le personnel masculin et féminin.
6. Des resserres en nombre suffisant.
7. Un local permettant diverses activités, comme la pause-café, les discussions entre médecins avant ou après l'accouchement, la rédaction d'un rapport, etc.
8. Un local destiné au personnel infirmier.
9. L'entrée du quartier d'accouchement doit être munie d'une zone de transfert avec un local d'examen et une petite salle d'attente.

II. Normes fonctionnelles

1. Un règlement d'ordre intérieur rédigé de commun accord par le chef de service et le comité d'hygiène

hospitalière comporte notamment les dispositions suivantes:

- a) Les conditions d'accès aux différentes zones du quartier d'accouchement, 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 doit être noté dans un registre. Il faut indiquer au moins: l'identité de la patiente 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 doit figurer dans le dossier médical de la mère. Dans le dossier médical du nouveau-né, il convient d'inscrire notamment l'APGAR-score.
 4. Le degré d'asepsie du quartier d'accouchement fera l'objet d'un contrôle au moyen d'examen bactériologiques appropriés et ce au minimum tous les trois mois.
 5. La fidélité de l'appareillage d'anesthésie et des appareils de réanimation doit être testée au moins deux fois par an.

III. Normes d'organisation

1. Le staff médical.

1. 1. Un ou plusieurs médecins, désignés nommément, veillent au respect de toutes les dispositions du règlement d'ordre intérieur.

1.2. Un médecin reconnu spécialiste en gynécologie et accouchements, un médecin reconnu spécialiste en anesthésiologie et un médecin reconnu spécialiste en pédiatrie, doivent pouvoir être disponibles à tout moment.

2. Personnel infirmier.

2. 1. Les activités journalières s'effectuent sous la surveillance d'un membre du personnel infirmier, désigné nommément.

2.2. Il faut prévoir 8 accoucheuses afin d'assurer la permanence dans les trois salles d'accouchement.

Vu pour être annexé à Notre arrêté du 15 décembre 1978.

BAUDOUIN

Par le Roi:

Le Ministre de la Santé publique et de l'Environnement,

L. DHOORE

AR du 17 février 2005, art. 1^{er} - M.B. du 25/02/2005, p. 7577 - Entrée en vigueur le 25/02/2005

Metadonnées

[Reflex](#)

[Source](#)

M.B. du 04/07/1979, p. 7518

En vigueur du 14/07/1979 au ...

1

- [Du 14/07/1979 au ...](#)

Structure

Thème(s)

Sites généraux de Wallonie

- [Gouvernement Wallon](#)
- [Parlement Wallon](#)

- [Galilèx - Le droit de la Fédération Wallonie-Bruxelles](#)
- Contacter le Service public de Wallonie (S.P.W.)



- Un commentaire sur Wallex ?

wallex.avis@spw.wallonie.be



[Mentions légales](#)

[Vie privée](#)

[Médiateur](#)

[Accessibilité](#)

