

Ministère de la Santé publique
et de l'Environnement

Bruxelles, le 12/01/95

Administration des établissements de soins

CONSEIL NATIONAL DES
ETABLISSEMENTS HOSPITALIERS

Section "Programmation et Agrément"

N/réf. : CNEH/D/84-4

**AVIS CONCERNANT L'ENCADREMENT INFIRMIER ET SOIGNANT
DES SERVICES MEDICAUX LOURDS (*)**

(*) Cet avis a été ratifié par le Bureau le 12 janvier 1995

ENCADREMENT INFIRMIER ET SOIGNANT DES SERVICES MEDICAUX LOURDS.

L'objectif du CNEH est de définir une structure normative en matière de personnel (infirmier, soignant et paramédical), d'éviter l'hétérogénéité de normes déterminées une à une pour un service donné.

La structure proposée repose sur une conception de normes d'agrément qui peut s'adapter à n'importe quel type de service hospitalier, des unités de soins banalisées ou spécialisées aux services médico-techniques.

Dans le but d'éviter les confusions et malentendus entre les normes d'agrément et les conditions de fonctionnement, les propositions sont construites de manière à bien les différencier.

Les normes d'agrément ¹ sont un minimum imposé, qu'il est obligatoire de respecter pour être autorisé à fonctionner comme service hospitalier, ces normes sont contrôlables par les services compétents. Elle ont un impact qualitatif, par le respect de conditions minimales imposées.

Elles servent à baliser l'organisation : la liberté offerte aux gestionnaires sur le plan local est en quelque sorte une "liberté surveillée". L'A.R. du 14/08/87 imposant la permanence de personnel infirmier gradué ou breveté, une stratégie de formation permanente et un dossier de soins infirmiers est exemplative de ce type de normes.

Ces normes sont, par leur nature, relativement statiques : leur évolution s'étale dans le temps sur une période plus ou moins longue.

Conformément à l'A.M. du 30/12/93, le coût lié au respect de ces normes constitue la base de financement de ce service.

2. Les normes d'agrément sont des exigences de base, impératives : dans tous les cas elles sont inférieures aux **conditions de fonctionnement** d'un service, d'une unité de soins. Les exigences de fonctionnement sont, elles, variables. Elles dépendent de la structure dans laquelle le service s'inscrit, elles évoluent avec le "process" (les méthodes thérapeutiques et les moyens technologiques, par exemple). Ces conditions de fonctionnement sont donc plus dynamiques; il est inopportun de les figer dans des textes législatifs relatifs à l'agrément des services hospitaliers.

Il revient, par contre, aux règles de financement de suivre, d'épouser au mieux ces impératifs fonctionnels pour permettre un niveau qualitatif optimal.

Les normes proposées se limitent à un service ou à une de ses unités fonctionnelles. Si ce service exige l'existence d'un autre service (c'est d'ailleurs toujours le cas), il n'est pourtant pas opportun de définir dans le même temps les normes d'une partie de ce service "collaborant".

¹ les normes d'agrément sont de 3 natures : de structure (taille du service, architecture, matériel), de processus (mode d'organisation, méthodes de travail), de personnel (nombre minimum, qualification, formation complémentaire).

Un exemple : les services d'Urgences ou de Chirurgie (neurochirurgie, chirurgie cardiaque ou autre) ne peuvent fonctionner sans un Bloc Opératoire. Il est toutefois inutile, voire dangereux, de morceller ce Bloc Opératoire en sous-parties faisant chacune l'objet de normes spécifiques, selon qu'elles fonctionnent pour l'un ou l'autre de ces secteurs de l'hôpital. Il est par contre nécessaire et indispensable de définir les normes relatives au Bloc Opératoire comme unité technique ².

Les normes proposées pour un service ou une unité sont à replacer dans un contexte historique de développement de la médecine, des hôpitaux, de leur financement; il est également nécessaire de les situer dans l'évolution des mentalités et des contraintes: ce qui est possible et nécessaire aujourd'hui ne l'était pas il y a 10 ans ou ne le sera plus en 2005.

En outre, il n'est pas possible de dissocier un secteur de l'ensemble de l'hôpital : même distincts, les services doivent s'intégrer dans une organisation hospitalière cohérente et équilibrée.

Il faut aussi envisager le système constitué par l'ensemble des hôpitaux, de la programmation de leurs services dans les différents parties du pays.

La notion structurelle de "lit" hospitalier s'avère de plus en plus être une donnée d'intérêt limité dès lors qu'il s'agit de fixer des règles de nature qualitative. Elle se révèle inappropriée pour cerner l'activité globale et spécifique des soins apportés aux patients hospitalisés dans ce lit.

En effet, un même lit peut concerner des patients dont les besoins - particulièrement les besoins en soins infirmiers - sont différenciés et fluctuants. La variabilité des besoins pour un même diagnostic sont parfois très importantes, le degré de sévérité d'une pathologie sous l'angle médical n'entraîne pas systématiquement des soins infirmiers de lourdeur correspondante.

² Ces normes existent uniquement pour les hôpitaux universitaires; à ce stade de l'évolution des hôpitaux, il serait utile de les définir pour les hôpitaux généraux.

Utiliser la notion de lit pour définir l'octroi des moyens nécessaires à la dispensation de ces soins est donc inadéquat.

Il faut encourager l'exploitation des informations disponibles sur les besoins en soins des patients et sur les soins eux-mêmes (RIM, RCM, ...) pour déterminer les besoins à allouer. Il est également nécessaire de poursuivre les études qui valident la capacité de ces instruments à expliquer les activités réalisées, tout en multipliant les angles d'observation de la réalité complexe de la vie hospitalière, par l'ajout d'indicateurs d'activités hospitalières.

Les textes relatifs aux services médicaux lourds, revus à la lumière de ce qui précède, sont présentés selon une structure construite en deux modules.

- * le premier module présente les normes d'agrément proprement dites, pour chacun des services dits médicaux lourds. Ces "fondations" sont d'office financées.
- * le second module donne des indications sur les exigences de fonctionnement de ces services; il ne s'agit pas de normes, mais d'informations relatives aux conditions à mettre en place pour permettre à un service de fonctionner, selon les besoins des patients qui y sont traités. Ces données sont indicatives; elles visent à permettre à la section financement d'estimer les coûts engendrés et d'établir des prévisions en tenant compte d'éléments liés à la programmation de ces services.

MODULE A : NORMES DE BASE

I. SERVICE DES SOINS INTENSIFS

1 Infirmière en chef

La direction de l'équipe infirmière incombe à une infirmière graduée. Elle(il) est responsable de l'organisation et de l'activité infirmières du service, ainsi que de la formation des infirmières et autres membres du personnel du service, et ce en collaboration étroite avec le médecin chef de service et le personnel de cadre infirmier de l'hôpital.

L'infirmier(e) en chef doit posséder le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994. A défaut, **5 années** sont prévues pour l'acquérir. Un(e) infirmier(e) en chef peut rester en fonction si il/elle justifie d'au moins **5 ans** d'expérience dans cette fonction dans un service de soins intensifs ou un service des urgences à la date de parution de l'arrêté royal.

2 Permanence infirmière

L'infirmier(e) en chef n'est pas comprise dans la permanence du personnel infirmier. Il doit y avoir en permanence deux infirmier(e)s par six lits. Il faut assurer la permanence d'au moins un(e) infirmier(e) **possédant le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994 ou justifiant d'au moins 2 ans d'expérience dans un service de soins intensifs ou un service des urgences à la date de parution de l'arrêté royal.**

3 Equipe

L'équipe infirmière est complétée d'une aide logistique.

II. SERVICE DES URGENCES

1. Infirmière en chef

La direction de l'équipe infirmière incombe à une infirmier(e) gradué(e). Elle(il) est responsable de l'organisation et de l'activité infirmières du service, ainsi que de la formation des infirmières et autres membres du personnel du service, et ce en collaboration étroite avec le médecin chef de service et le personnel de cadre infirmier de l'hôpital.

L'infirmier(e) en chef doit posséder le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994. A défaut, **5 années** sont prévues pour l'acquérir. Un(e) infirmier(e) en chef peut rester en fonction si il/elle justifie d'au moins **5 ans** d'expérience dans cette fonction dans un service des urgences ou un service des soins intensifs à la date de parution de l'arrêté royal.

2. Permanence infirmière

L'infirmier(e) en chef n'est pas compri(s)e dans la permanence du personnel infirmier. Il doit y avoir en permanence deux infirmier(e)s. Il faut assurer la permanence d'au moins un(e) infirmier(e) *possédant le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994 ou justifiant d'au moins 2 ans d'expérience dans un service des urgences ou un service des soins intensifs à la date de parution de l'arrêté royal.*

3. L'équipe :

L'équipe infirmière est complétée d'un aide logistique.

III. SERVICE S.M.U.R.

Infirmière en chef

En principe, l'infirmier(e) en chef du service des urgences où est implanté le service SMUR est également infirmier(e) en chef SMUR. Celui-ci/Celle-ci doit posséder le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994. A défaut, 5 années sont prévues pour l'acquérir.

Un(e) infirmier(e) en chef peut rester en fonction si il (elle) justifie d'au moins 5 ans d'expérience dans cette fonction dans un service *des urgences* ou un service de soins intensifs à la date de parution de l'arrêté royal.

2. Permanence infirmière

Il faut assurer la permanence d'au moins un(e) infirmier(e) *possédant le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994 ou justifiant d'au moins 2 ans d'expérience dans un service des urgences ou un service des soins intensifs à la date de parution de l'arrêté royal.*

IV. SERVICE DE NEUROCHIRURGIE

1. Infirmière en chef

La direction de l'équipe infirmière incombe à un(e) infirmier(e) gradué(e). Elle(il) est responsable de l'organisation et de l'activité infirmières du service, ainsi que de la formation des infirmières et autres membres du personnel du service, et ce en collaboration étroite avec le médecin chef de service et le personnel de cadre infirmier de l'hôpital.

L'infirmier(e) en chef doit posséder le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994. A défaut, 5 années sont prévues pour l'acquérir.

Un(e) infirmier(e) en chef peut rester en fonction si il (elle) justifie d'au moins 5 ans d'expérience dans cette fonction dans un service de neurochirurgie à la date de parution de l'arrêté royal.

2. Permanence infirmière

L'infirmier(e) en chef n'est pas comprise dans la permanence du personnel infirmier.

La norme de base est de 0,66 infirmière par lit; il doit y avoir en permanence 2 infirmier(e)s. Il faut assurer la permanence d'au moins un(e) infirmier(e) *possédant le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994 ou justifiant d'au moins 2 ans d'expérience dans un service de neurochirurgie à la date de parution de l'arrêté royal.*

3. L'équipe

L'équipe infirmière est complétée d'une aide logistique.

V. SERVICE DE CHIRURGIE CARDIAQUE

1. Infirmière en chef

La direction de l'équipe infirmière incombe à une infirmier(e) gradué(e). Elle(il) est responsable de l'organisation et de l'activité infirmières du service, ainsi que de la formation des infirmières et autres membres du personnel du service , et ce en collaboration étroite avec le médecin chef de service et le personnel de cadre infirmier de l'hôpital.

L'infirmier(e) en chef doit posséder le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994. A défaut, 5 années sont prévues pour l'acquérir.

Un(e) infirmier(e) en chef peut rester en fonction si il (elle) justifie d'au moins 5 ans d'expérience dans cette fonction dans un service de chirurgie cardiaque à la date de parution de l'arrêté royal.

2. Permanence infirmière

L'infirmier(e) en chef n'est pas comprise dans la permanence du personnel infirmier.

La norme de base est de 0,66 infirmière par lit; il doit y avoir en permanence 2 infirmier(e)s.

Il faut assurer la permanence d'au moins un(e) infirmier(e) possédant le titre professionnel particulier d'infirmier(e) gradué(e) en soins intensifs et urgences tel que repris dans l'arrêté royal du 18 janvier 1994 ou justifiant d'au moins 2 ans d'expérience dans un service de chirurgie cardiaque à la date de parution de l'arrêté royal.

3. L'équipe

L'équipe infirmière est complétée d'une aide logistique.

MODULE B. COMPLEMENTS FONCTIONNELS

I. SERVICE DES SOINS INTENSIFS

Par unité, il faut prévoir au minimum 2,5 E.T.P. infirmières par lit occupé. En fonction des besoins en soins infirmiers et des pathologies des patients, du personnel supplémentaire doit être prévu afin d'assurer la sécurité et la continuité des soins des patients.

Une infirmière en chef supplémentaire est désignée si le service compte plus de 18 lits.

II. SERVICE DES URGENCES

Le nombre d'E.T.P. infirmières doit être adapté en fonction du nombre et de la nature des urgences ainsi que de la répartition de l'activité sur 24 heures (pic d'activité éventuel à un moment de la journée).

III. SERVICE SMUR

Pas de compléments fonctionnels prévisibles.

IV. SERVICE DE NEUROCHIRURGIE

En fonction du nombre ainsi que de la nature des pathologies traitées, des besoins spécifiques des patients et de la répartition de l'activité sur 24 heures, 1 ETP infirmier(e) par lit occupé doit être prévu.

V. SERVICE DE CHIRURGIE CARDIAQUE

Pour les lits de traitement chirurgical intensif, il y a lieu *de se reporter à ce qui est prévu pour le service des soins intensifs*

Si un patient transplanté présent dans le service nécessite une surveillance spécifique constante, la permanence infirmière doit permettre qu'une infirmière soit affectée exclusivement aux soins de ce patient.