



« LE NOUVEAU PLAN D'URGENCE HOSPITALIER »

Considérations générales par Inspecteur d'Hygiène Fédéral Dr. Winne Haenen

LA SITUATION ANTÉRIEURE

Jusqu'ici, un article dans l'AR du 23 octobre 1964¹ (inséré par l'AR du 17 novembre 1991) définit le plan d'urgence. Ce plan comporte les règles suivantes :

- Plan d'urgence interne pour tous les hôpitaux et plan interne et externe pour les hôpitaux disposant d'un service d'urgences. Le plan externe est destiné à faire face à l'afflux de patients supplémentaires.
- Le plan comprend une coordination au sein de l'hôpital et un plan standardisé, subdivisé en plusieurs points. Le plan prévoit une coordination avec les services de secours externes, mais cette collaboration reste relativement implicite dans le plan.
- Le gouverneur de province approuve le plan pour une durée de 5 ans. Cette approbation est un élément de l'agrément de l'hôpital.
- Les Communautés et Régions supervisent le contenu du plan.

Ce plan n'est plus adapté à la réalité actuelle et ce, pour les raisons suivantes :

- Depuis le 16 février 2006², un AR régleme la planification d'urgence, et le plan catastrophe des hôpitaux n'a pas été adapté à cet AR. Le risque existe donc (a) que le plan ne soit pas cohérent avec la législation relative à la planification d'urgence et (b) que l'on demande aux hôpitaux de présenter leur plan de 2 manières différentes. Il a été opté pour harmoniser le plan et la législation avec l'AR du 16 février 2006.
- Lors de la dernière réforme de l'État, la législation hospitalière a été transférée aux Communautés et Régions. La planification d'urgence est demeurée fédérale. Il faut donc une approche interministérielle pour que la gestion d'une situation d'urgence dans un hôpital s'effectue uniformément partout en Belgique.

¹ AR du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, Annexe A, III, 14°

² L'article 5 de l'AR du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention stipule que toute entreprise ou institution doit disposer d'un plan d'urgence. Aucune exception n'est faite pour les hôpitaux, ce qui implique qu'ils relèvent de l'article 5 de l'AR. En cas de risques spécifiques, l'article 3 stipule qu'il faut un plan particulier d'urgence et d'intervention (PPUI); il incombe à la cellule de sécurité communale de définir ce qu'est un risque particulier, sauf si celui-ci est défini au niveau fédéral. Le template PUH (voir plus loin) est une modalité de ce genre.



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH) ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

- Par le passé, l'évaluation du plan était avant tout administrative, de sorte que le lien avec la planification d'urgence opérationnelle classique n'était pas toujours présent. De ce fait, l'hétérogénéité était grande entre les plans catastrophe des hôpitaux. L'enquête auprès des hôpitaux avait également révélé des disparités dans la mise en œuvre du plan d'urgence. Ainsi, lors de l'enquête par le SPF Santé Publique en 2013, 34,7% des hôpitaux ne disposaient pas d'un plan d'urgence approuvé, et un peu moins de la moitié des hôpitaux (49%) avait réalisé un exercice de mobilisation (approfondi).

LA SITUATION NOUVELLE

Le plan catastrophe des hôpitaux est mis en adéquation avec l'AR du 16 février 2006 relatif à la planification d'urgence.

Différence de terminologie

Il est fait usage des termes utilisés dans l'AR du 16 février 2006 et non plus des termes figurant dans l'AR de 1964. Il n'est donc par exemple plus question d'un plan "interne" et "externe", ni d'une CCC.

- Il est question, en revanche, d'un plan qui trouve son origine au sein du site hospitalier et qui reste limité à celui-ci, ou qui dépasse les limites du site. Le plan établit une distinction entre le PUH TEC (le volet technique placé sous la direction du coordinateur de sécurité) et le PUH MED (volet médical placé sous la direction du médecin-chef).
- On parle maintenant d'un CCH ou d'une cellule de coordination hospitalière et d'un PUH ou plan d'urgence hospitalier.

Quelques modifications ont également été apportées au contenu du plan, qui doivent faire en sorte de le rendre plus facile à appliquer.

- Selon la législation, le plan est établi par un très grand groupe de personnes. Il est apparu que cette façon de travailler n'était pas toujours la plus efficace. Il est proposé de créer un bureau, qui accomplit le travail de préparation du comité permanent et un règlement d'ordre intérieur afin de définir la méthode de travail.
- Un coordinateur de plan d'urgence est désigné, qui assume la responsabilité du plan et de son exécution. L'objectif est donc aussi que ce coordinateur de plan d'urgence se positionne en tant qu'adjoint du directeur général de l'hôpital, afin de participer ainsi à la supervision de l'application du plan.
- Le directeur général de l'hôpital assume la responsabilité finale du plan d'urgence hospitalier dans son ensemble.



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH) ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

Différence au niveau de la procédure d'approbation

Dans la nouvelle procédure, le plan doit être approuvé par la cellule de sécurité communale et non plus par le gouverneur. La cellule de sécurité communale doit demander l'avis du Gouverneur explicitement. En outre, l'approbation n'est plus limitée dans le temps. Ce choix est logique puisque la cellule de sécurité communale est le lieu où (a) on étudie les plans d'urgence et où (b) toutes les disciplines examinent le plan dans un esprit de pluridisciplinarité.

L'IFH doit rendre un avis sur le plan comme dans la procédure antérieure. L'avis du Gouverneur et de l'IFH seront joints à l'intention de la cellule de sécurité communale. La liste de contrôle que vous pouvez trouver sur le site web du plan d'urgence hospitalier (https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/partie_4.pdf), est un outil pour vérifier si le plan d'urgence hospitalier conforme aux exigences.

Collaboration plus claire entre les disciplines

Au sein de la cellule de sécurité communale³ (CSC), les disciplines (service d'incendie, l'aide médico-sanitaire et psychosocial, police, protection civile et services logistiques communaux et information à la population) siègent aux côtés du bourgmestre. Il est évident que la mission première de la CSC est d'examiner le plan d'urgence de l'hôpital depuis le point de vue de chacun, mais c'est avant tout un lieu où il est également possible de poser des questions (informelles). Le plan d'urgence hospitalier peut d'emblée être confronté à la vision de ces disciplines. Il en résulte en tout cas que le seuil pour que les hôpitaux fassent appel à l'aide extérieure des pompiers ou de la police par exemple, disparaît ou est abaissé et qu'il devient manifeste que la prise en charge d'un problème majeur, même un de ceux qui autrefois étaient couverts par le plan interne, est ou peut souvent être pluridisciplinaire. Un lien est également aussitôt établi vers le plan général d'urgence et d'intervention et les plans monodisciplinaires (pour discipline 2 c'est le PIM⁴ et le PIPS⁵).

Dans certaines communes, l'IFH ou l'IFH adjoint siège dans la cellule, dans d'autres, c'est son délégué. Dans certains cas, les hôpitaux (également) siègent dans la cellule de sécurité communale.

³ La cellule de sécurité communale est régie par les articles 29 et 30 de l'AR du 16 février 2006.

⁴ Circulaire AMU/2017/D2 du 17 février 2017 relative au plan d'intervention médical

⁵ Circulaire AMU/2017/D2/plan d'intervention psychosociale du 25 juillet 2017

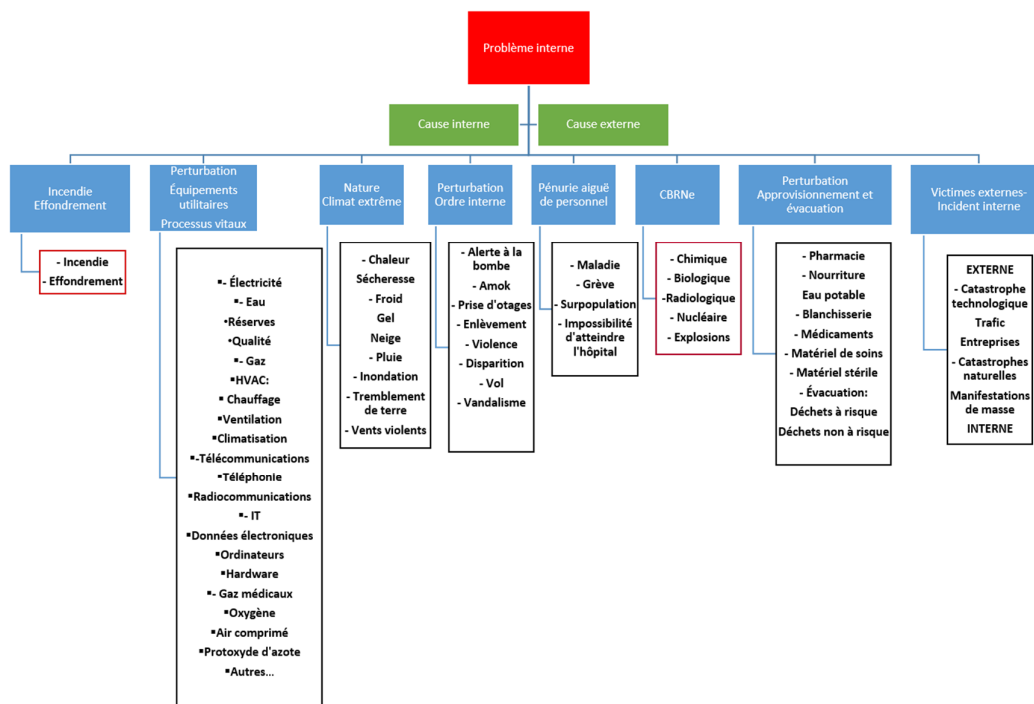
Une dynamique d'uniformisation et de soutien est amorcée

Template

Quand 1 hôpital sur 3 ne dispose d'aucun plan approuvé, il y a du travail à accomplir. Plutôt que de procéder du sommet vers la base ("top-down"), il a été opté pour une approche partant de la base ("bottom-up"). Ceci implique qu'un template est présenté aux hôpitaux, qu'ils peuvent et ne doivent pas hésiter à utiliser. Le template n'est pas obligatoire, mais il est offert comme outil de soutien.

Dans ce template, certains éléments sont essentiels :

- Dans les plans antérieurs, on établissait d'innombrables scénarios ; dans le template, on s'est efforcé de les regrouper en quelques réponses de base



Bien que dans ce schéma, un regroupement ait déjà eu lieu, un regroupement supplémentaire peut être opéré dans les catégories suivantes de la réponse de base :

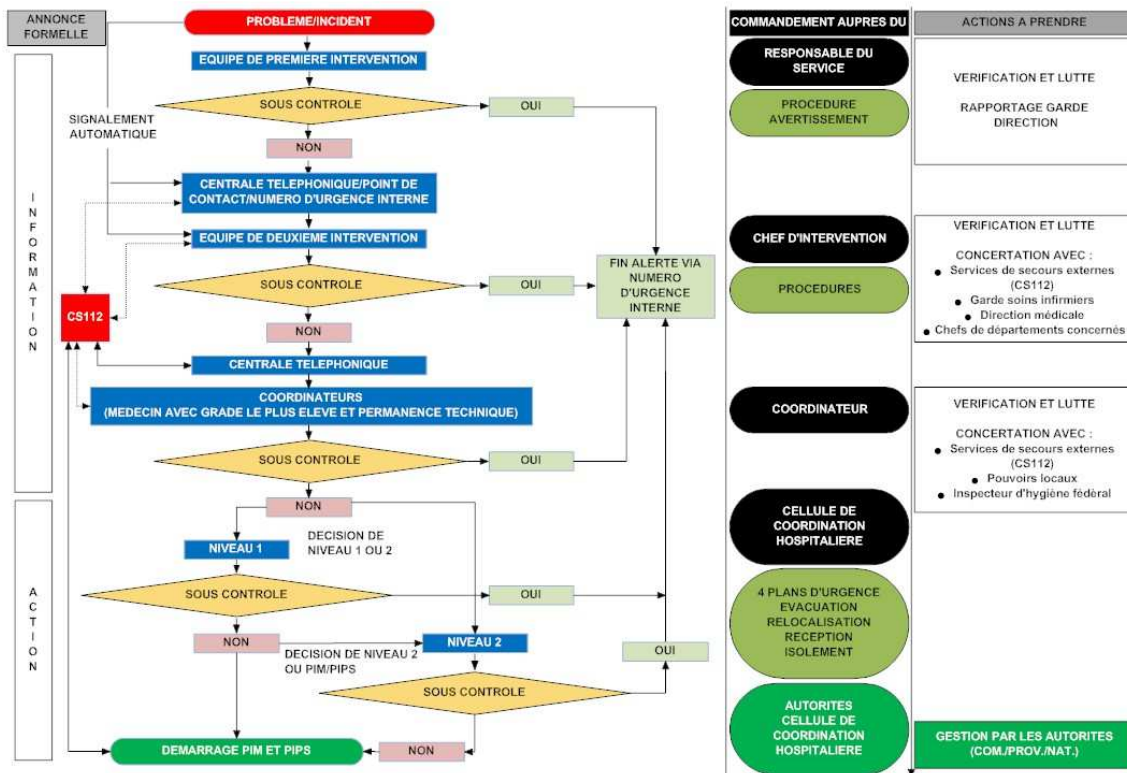
- o augmentation de l'afflux de patients



**PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH)
ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)**

- ralentissement du flux d'écoulement des patients. Un exemple typique est la panne d'électricité, mais une maladie frappant en masse le personnel peut aussi en être à l'origine.
- défaillance (partielle) des possibilités/capacités de l'hôpital. Celle-ci peut être due à une raison interne (incendie p. ex.) ou externe (p. ex. non-livraison de matériel stérile, ou défaut d'approvisionnement en médicaments, ...).
- isolement

- Un schéma a été établi qui régit le flux du plan d'urgence hospitalier.



Le schéma établit une distinction entre INFORMATION (réfléchir avant d'agir) et ACTION (action immédiate et structurée). Il indique également clairement à quel moment il faut passer à l'échelon supérieur et quand le mot d'ordre est "tout le monde sur le pont" (c.-à-d. la situation de niveau 2 de la phase action).

- Le PIM comporte un schéma de répartition par hôpital. La loi prévoit que tous les patients en provenance d'une catastrophe sont transportés vers l'hôpital le plus proche. Dans le cas d'une



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH)
ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

catastrophe, ceci pourrait aboutir à déplacer la catastrophe vers l'hôpital. C'est pourquoi il faut un PIM (plan d'intervention médical) présentant les caractéristiques suivantes :

- organisation sur le terrain de la catastrophe et stabilisation au sein du PMA. Ceci donne aux hôpitaux une demi-heure à une heure pour mettre en place toute l'organisation pour faire face à une catastrophe.
 - répartition des patients sur plusieurs hôpitaux
 - Attention: il existe à Anvers un niveau « critique T1 » : Il s'agit d'un patient critique à traiter dans l'heure. Donc même quand vous êtes occupés à vous organiser, il peut arriver que vous receviez un patient critique arrivant du lieu de la catastrophe. Il y a en outre les patients qui se présentent spontanément à l'hôpital, même s'il s'agit en général de T3 (quoiqu'il puisse aussi s'agir de T1 !). Après l'attentat du 22 mars 2016 à Zaventem, le premier patient qui s'est présenté spontanément à l'UZA est arrivé à 8h43, soit un bon 3/4 heure après l'attentat
- « Capacité réflexe ou d'hébergement définit le nombre minimal de victimes qu'un hôpital peut accueillir pendant les deux premières heures. Il est arbitrairement présumé qu'un hôpital peut accueillir au cours des deux premières heures un nombre de patients égal à 3% du nombre de lits agréés par heure, et ce dans une proportion de 10% de victimes critiques, 30% de blessés graves et 60% de blessés légers. Cette capacité d'hébergement garantit des soins de base minimaux et constitue la base de la régulation sur le lieu de la catastrophe. Ainsi, la capacité de réflexion ou d'hébergement d'un hôpital particulier est stable et n'est ajustée que pour les changements structurels de l'hôpital. » Ceci sera défini dans la législation et sera être obligatoire alors.
- Le plan suggère qu'un hôpital annonce son retrait dès que cette capacité est atteinte, mais cela n'est possible qu'après concertation avec l'IFH.

A titre d'exemple illustratif, vous trouverez ci-dessous le schéma de distribution pour la province d'Anvers ;

HÔPITAL (fonction soins urgents spécialisés)	LITS	T1	T2	T3	T1	T2	T3
GZA SINT VINCENTIUS	298	1	3	5	3	8	16
AZ MONICA	265	1	2	5	2	7	14
ZNA STUIVENBERG	335	1	3	6	3	9	18
ZNA JAN PALFIJN	352	1	3	6	3	10	19
GZA SINT AUGUSTINUS	598	2	5	11	5	16	32
ZNA MIDDELHEIM	728	2	7	13	7	20	39



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH)
ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

UZA	573	2	5	10	5	15	31
KLINA	451	1	4	8	4	12	24
STAD ANTWERPEN	3600	11	32	65	33	96	194

Fiches d'action

Plusieurs fiches d'action génériques ont été établies; Leur contenu est une suggestion (mûrement réfléchi) et l'important est la place dans la hiérarchie : De qui reçoit-on des ordres et qui dirige-t-on ?

Quand on examine les fiches d'action et les fonctions correspondantes, c'est comme si l'activation du PUH mobilisait plus de responsables que de personnes effectuant le travail. Cela est dû au fait que les fiches d'actions partent d'un déploiement maximal du PUH. Un bon plan prévoit donc de ramener le plan à des fonctions essentielles non cumulables, comme celles de directeur de l'hôpital et de médecin des urgences.

Exercices

Les exercices figurent explicitement dans la législation. Chaque hôpital doit définir un plan quinquennal pour les exercices. Un aspect intéressant est qu'un incident réel compte comme un exercice, Une évaluation adéquate et une transposition dans le fonctionnement de l'hôpital sont alors appropriés.

Le groupe de travail "exercices" a élaboré un module d'e-learning pour les exercices, et ceci aussi constitue un élément important pour le futur. Un module de ce genre ne peut fonctionner que s'il est couplé à une formation permanente, et c'est bien le cas pour ce module !

Pour aboutir à un bon plan, la pratique est essentielle.

ICMS

L'ICMS (Incident Crisis Management) est un outil de soutien offert par le SPF des Affaires Intérieures.

Chaque hôpital a obtenu un accès à l'ICMS. La province Anvers avait accès à OSR (Operatie Snelle Redding). Cet accès est important pour 2 choses :



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH) ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

- Suivi du journal de bord. Quand on examine le journal de bord MULTI, on voit immédiatement (a) où la catastrophe a lieu et (b) on a assez vite une image de la gravité de la catastrophe ou de l'incident. Le journal peut indiquer si oui ou non il sera nécessaire de démarrer le PUH ou de le réduire si le PUH a déjà été promulgué
- Le module "fichier des lits" se voit insuffler une nouvelle vie. Ce fichier des lits permet d'encoder les lits critiques et le nombre de salles d'opération disponibles afin de pouvoir orienter les flux de façon ciblée depuis le terrain de la catastrophe, mais le module est surtout utilisé pour le transfert de patients et/ou en cas de menace de dépassement de capacité.
- Quelques hôpitaux ont déjà demandé s'ils pourraient avoir un journal de bord à leur disposition lors d'une crise. Cette demande est double.
 - o Lorsqu'un plan d'urgence est activé, un journal de bord pluridisciplinaire dédié est ouvert. Dans le cadre de ce journal, la discipline médicale a la possibilité d'utiliser un journal de bord monodisciplinaire distinct (le journal de bord D2), auquel les hôpitaux aussi ont accès. En tant que subdivision du journal de bord D2, on trouve également le journal de bord HOSP. L'intention est d'utiliser ce journal de bord pour l'échange d'informations concernant les patients. Les paramètres ne sont pas encore au point, il ne peut donc pas être utilisé pour l'instant pour des infos relevant du secret médical.
 - o Si un hôpital rencontre un problème et souhaite utiliser un journal de bord, c'est possible. Il doit toutefois demander au CS 100/ 112 d'ouvrir un journal de bord (et ensuite de le refermer, bien entendu).

FAQ et lessons learned

Il y a une FAQ des réponses aux questions fréquemment posées. En outre un outil est offert pour les hôpitaux via le site web du plan d'urgence hospitalier, pour remplir et partager lessons learned des incidents réels et d'exercices. Cela doit donc être alimenté par le terrain, ce qui souligne la philosophie bottom-up du plan.

Pour vous en donner déjà un aperçu, voici un récapitulatif des problèmes⁶ que j'ai constatés dans les hôpitaux en province d'Anvers entre le 01/01/12 et le 31/12/16 (avec activation du plan d'urgence et/ou demande de l'aide de l'IFH) :

	2012		2013		2014		2015		2016	
	HÔP	MRS	HÔP	MRS	HÔP	MRS	HÔP	MRS	HOP	MRS

⁶ W. Haenen. De noodplanning en discipline 2. Uitbouw van de medische hulpverlening op het rampterrein via het Medisch Interventieplan, versie 8. Handboek bij de opleiding rampenmanagement, campus Vesta, 2017, 165 p. (surtout pp. 120-124). Le texte peut être obtenu auprès du Dr Haenen.



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH)
ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

INCENDIE	2	2	3	8	3	5	1	1	2	7
PANNE D'ÉLECTRICITÉ	7		5	1	4	1	3	1	1	1
PANNE DE GAZ						3			1	1
PANNE ICT (isolée)	1						1		1	
PANNE DE CHAUFFAGE	1				2					
AUTRE	2			1	2		1		1	
DÉPASSEMENT CAPACITÉ HÔP	3		2		2		2			
TOTAL	16	2	10	10	13	9	8	2	6	9

TOTAL HÔP	53
TOTAL MRS	32

Quelques exemples tirés de la pratique :

- Un hôpital signale une panne d'électricité et de l'informatique un dimanche après-midi. L'hôpital a besoin de 2 changements d'équipe avant de localiser le problème et d'y remédier. Quelques mois plus tard, un autre hôpital connaît aussi un soir une panne informatique. Chaque fois, les conséquences sont importantes : le programme des opérations, la liste des médicaments, la liste des régimes alimentaires, ... tout est en effet bloqué dans les PC. Dans les deux cas, un câble internet est à l'origine de la panne : au lieu de connecter celui-ci au PC, il a été rebranché du mur dans le mur. Une lettre circulaire⁷ a été envoyée à tous les hôpitaux de la province d'Anvers.
- Une demande classique est celle d'un dépassement de capacité de l'hôpital. À Anvers, j'exige que l'hôpital active le PUH (je vérifie si c'est le cas, et j'offre mon aide). Le tableau révèle que grâce à cela, le nombre de cas est limité et quand le cas se présente, on lance d'abord le module "fichier des lits"; ce n'est qu'ensuite que l'on peut convenir avec moi de mesures ayant un impact sur l'aide médical urgent (AMU) (p. ex. fermeture temporaire des urgences) et pour combien de temps (p. ex. 3 h).
- Une situation bien connue est la panne d'électricité, avec ou sans démarrage complet du groupe électrogène de secours. Un élément frappant à cet égard est que, comme avec l'ICT, je pose une série de questions standard et que systématiquement, il y en a une à laquelle on n'avait quand même pas songé.

⁷ Circulaire du 21/01/2016 de l'IFH d'Anvers aux médecins-chefs des hôpitaux disposant d'une fonction de soins urgents spécialisés dans la province d'Anvers. Panne ICT dans un hôpital – Enseignements



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH) ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

- Jamais personne de bloqué dans les ascenseurs (surtout la nuit, un élément important !) ?
 - Les appareils sur alimentation de secours fonctionnent-ils réellement sur l'alimentation de secours ou sur leurs batteries internes ? C'est quelque chose qu'il vaut mieux tester en laissant tourner l'alimentation de secours assez longtemps pour que l'appareil doive effectivement passer sur l'alimentation de secours.
 - Les sonnettes dans les chambres des patients fonctionnent-elles encore ? Si ce n'est pas le cas, il faut prévoir du personnel supplémentaire. Moyennant l'activation du PIM, il est possible de faire appel dans ce cas, via l'IFH, à des volontaires de la Croix-Rouge.
 - Les alarmes d'appareils branchés sur Wifi fonctionnent-elles encore ?
 - Peut-on correctement établir et tenir à jour les listes de médicaments ?
 - Peut-on accéder aux listes de régimes alimentaires, aux plannings du jour même ou du lendemain... ?
 - La communication interne fonctionne-t-elle encore correctement ou faut-il prévoir des personnes pour assurer la liaison entre la section et le CCH ?
 - Peut-on encore accéder aux dossiers médicaux et infirmiers ?
 - La politique de transfert des urgences vers le bloc d'hospitalisation se déroule-t-elle encore de façon adéquate ?
-
- Un incident fréquent est l'incendie. Souvent, il s'agit d'un dégagement de fumée limité, mais dans 2 cas il s'agissait d'un véritable incendie. Lorsqu'il s'agit d'un incendie provoqué, ce qui était le cas dans les 2 affaires, il importe de collaborer rapidement et adéquatement avec la police. Avec un comité de coordination (CC), la responsabilité en la matière est diluée.
 - Il peut aussi s'agir d'incidents inhabituels, comme l'explosion d'un frigo dans la chambre d'un patient avec de l'ammoniaque répandu dans la chambre, l'inondation du service des urgences à cause d'une fuite d'eau (ou de fortes averses), d'une odeur de brûlé dans la climatisation qui fait pénétrer à l'intérieur les émanations d'un poêle à bois... Même si la cause sort de l'ordinaire, la réponse doit être générique (voir ci-dessus).
 - Le 02 juni 2017, le PIM et le PIPS ont été activés en raison d'un gros incendie au PZ Stuivenberg avec évacuation de l'hôpital. Un rapport de l'incident a été rédigé, avec 2 points d'enseignement en matière de prise en charge thérapeutique des patients psychiatriques :
 - o 1) l'intégration de l'incendie dans les thérapies après l'incendie et
 - o 2) la garantie de thérapie auprès des patients évacués, ce qui implique une évacuation des patients psychiatriques de manière telle que les thérapies de groupe puissent se poursuivre et/ ou que les thérapies individuelles puissent être offertes à distance par le praticien professionnel habituel.

Collaboration avec l'IFH

Je terminerai en disant qu'une collaboration harmonieuse avec l'IFH permet, en situation aiguë, d'ouvrir la porte vers le reste de la planification d'urgence et vers le PIM.



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH)
ZIEKENHUISNOODPLAN (ZNP)

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES

Boîte à messages générique pour les questions de toute sorte :
Hospitalemergencyplan@sante.belgique.be

Vous pouvez y adresser toutes vos questions concernant le plan d'urgence hospitalier.

Site web du plan d'urgence hospitalier : <https://www.health.belgium.be/fr/le-plan-durgence-hospitalier-puh>

Le site contient plusieurs textes clairs, comme le template et les fiches d'action, mais aussi un lien vers le module d'e-learning et vers les présentations des différents groupes de travail lors du symposium du 08/02/2017.

On peut envoyer des questions à l'auteur de ce texte, Inspecteur d'Hygiène Fédéral Dr. Winne Haenen à icm.antwerpen@gezondheid.belgie.be.