



Plan d'urgence hospitalier (PUH)

Partie V

FAQ

Mars 2018



1. Table des matières

1.	Table des matières	2
2.	FAQ	4
2.1	Base légale.....	4
2.1.1	À l'heure actuelle, il existe la déclaration conjointe, le protocole d'accord et le guide. Nous supposons qu'ils doivent encore faire l'objet d'une publication sous la forme d'un arrêté royal remplaçant celui du 17.10.1991 qui est toujours en vigueur. Pouvez-vous le confirmer ?	4
2.1.2	Avez-vous une idée de la date de publication de la réglementation adaptée ?	4
2.2	Incident Crisis Management System (ICMS).....	4
2.2.1	On attend de l'hôpital, d'une part, qu'il alimente le système en mettant à disposition des lits et, d'autre part, qu'il tienne un journal de bord comme outil d'aide à la décision. D'après ce que nous avons compris, l'hôpital dispose d'un seul login. Les deux missions sont réalisées à des endroits géographiques différents au sein de l'hôpital (par ex. au service central d'admission et au service des urgences). Un seul login est-il suffisant ? Les deux services peuvent-ils utiliser le même login pour introduire simultanément des données et/ou consulter le journal ?	4
2.2.2	À quelle fréquence doit-on introduire les données relatives à la capacité en lits ? Ou bien le fait-on uniquement sur demande en cas de catastrophe ? ...	4
2.2.3	Une formation est-elle prévue pour les hôpitaux ? Si tel est le cas, s'agit-il d'une formation des formateurs ? Si non, où peut-on suivre une formation et à quel prix ?	5
2.2.4	S'agira-t-il effectivement d'une obligation ?	5
2.3	Cellule de coordination hospitalière (CCH).....	5
2.3.1	Dans le cadre de l'activation du plan d'urgence hospitalier, il faut activer la CC-Hop. Que faut-il comprendre par « activation du plan d'urgence hospitalier » ? Cette activation s'effectue-t-elle dès le lancement de l'EDI (phase d'information) ou peut-elle être par exemple couplée à la phase d'action ou à l'initiative du chef d'équipe de l'EDI ? (Pour info : un peu plus de 95 % des incidents où l'EDI est opérationnelle sont des incidents mineurs pour lesquels l'activation de la CC-Hop n'est pas judicieuse).....	5
2.3.2	La cellule doit se constituer et être opérationnelle dans les 30 minutes suivant l'alarme. Dans quelle mesure est-ce contraignant ? En effet, c'est impossible en réalité vu que tous les membres de la CC-Hop n'habitent pas à proximité.	5
2.4	Plan d'urgence hospitalier technique (PUH TEC).....	6
2.4.1	Le plan d'urgence hospitalier est divisé en deux volets : technique et médical. Toutefois, nous ne pouvons pas retrouver les conditions auxquelles doit répondre ce volet technique.....	6
2.5	Coordinateur du plan d'urgence	6
2.5.1	Cette fonction où le temps de travail est déterminé en fonction de la taille de l'hôpital et de l'analyse des risques effectuée devient obligatoire. Quels paramètres faut-il utiliser pour déterminer le temps de travail ?	6
2.6	Numéro d'urgence interne unique.....	6
2.6.1	La mise en place du numéro d'urgence 2222 est-elle obligatoire ?.....	6
2.7	Adresse e-mail générique.....	6



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH)

2.7.1	À quelles fins l'adresse mail puh@nomhôpital.be est-elle créée ? Quelles informations seront transmises ? Jusqu'à présent, cette adresse mail n'existe pas dans notre institution.....	6
2.8	Capacité de l'hôpital.....	7
2.8.1	Comment définit-on la capacité de traitement d'un hôpital ? Doit-on l'adapter toutes les 24 heures ? La plate-forme ICMS est-elle déjà active pour publier la capacité de traitement ?.....	7
2.9	Classification des patients en cas d'évacuation.....	7
2.9.1	L'utilisation de la classification et du code des patients qui sont proposés est-elle obligatoire ? Ceci est en effet diamétralement opposé aux procédures que nous utilisons pour l'instant.....	7
2.9.2	Pouvons-nous obtenir le tableur de l'analyse des risques ?.....	8
2.10	Isolement en cas de maladies infectieuses.....	8
2.10.1	Existe-t-il une série de mesures à prendre en cas d'épidémie ou de pandémie ?.....	8
2.11	Hôpital psychiatrique.....	8
2.11.1	Chaque hôpital doit disposer d'un plan d'urgence hospitalier (PUH) pour les problèmes internes et externes. Est-ce qu'un hôpital psychiatrique doit aussi prévoir un plan d'urgence en cas de problèmes externes ? Si oui, qui décide en cas de catastrophe, le fait qu'un hôpital psychiatrique soit « réquisitionné » ?.....	8

2. FAQ

2.1 Base légale

2.1.1 À l'heure actuelle, il existe la déclaration conjointe, le protocole d'accord et le guide. Nous supposons qu'ils doivent encore faire l'objet d'une publication sous la forme d'un arrêté royal remplaçant celui du 17.10.1991 qui est toujours en vigueur. Pouvez-vous le confirmer ?

La déclaration conjointe et le protocole d'accord ont été publiés au Moniteur belge - respectivement 27 juin 2016 et 24 octobre 2016 - et ne remplacent aucun Arrêté royal. Il s'agit d'accords politiques entre les différentes autorités où il est notamment convenu d'adapter ultérieurement la législation. Cette adaptation relève en grande partie de la compétence des collectivités fédérées, qui peuvent donc changer la législation si elles le souhaitent. L'objectif est de réaliser ce changement en se basant sur les propositions des groupes de travail et d'en discuter en concertation entre les collectivités fédérées et l'autorité fédérale dans le cadre de la Conférence interministérielle (CIM).

2.1.2 Avez-vous une idée de la date de publication de la réglementation adaptée ?

Actuellement, les projets d'adaptation de la réglementation sont en cours d'élaboration. Les Communautés et les Régions se chargeront de les faire concorder. On procèdera ensuite à leur publication dans le Moniteur Belge. L'objectif est d'obtenir cette publication avant la fin de l'année 2018.

2.2 Incident Crisis Management System (ICMS)

2.2.1 On attend de l'hôpital, d'une part, qu'il alimente le système en mettant à disposition des lits et, d'autre part, qu'il tienne un journal de bord comme outil d'aide à la décision. D'après ce que nous avons compris, l'hôpital dispose d'un seul login. Les deux missions sont réalisées à des endroits géographiques différents au sein de l'hôpital (par ex. au service central d'admission et au service des urgences). Un seul login est-il suffisant ? Les deux services peuvent-ils utiliser le même login pour introduire simultanément des données et/ou consulter le journal ?

Deux logins sont prévus pour chaque hôpital ayant un rôle dans la gestion des catastrophes (disposant d'un service d'urgence agréé). Il est possible de se connecter, avec un même login, simultanément sur les deux appareils. Si, par la suite, plusieurs comptes s'avèrent nécessaires, une évaluation doit être effectuée avec le service Aide Médicale Urgente de SPF Santé publique.

2.2.2 À quelle fréquence doit-on introduire les données relatives à la capacité en lits ? Ou bien le fait-on uniquement sur demande en cas de catastrophe ?

La mise à jour quotidienne de ces données est souhaitable en ce qu'elle offre une importante plus-value pour l'aide médicale urgente. ICMS peut être utilisé à titre préventif ou en cas de crise. Un hôpital pourrait créer lui-même un cas pour son fonctionnement interne. Pour des situations d'urgences « multidisciplinaires », les cas seront créés par le CS112. Les HOSP savent s'y connecter. Dans les cas, un logbook spécifique HOSP est disponible (et seulement visible pour la D2).



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH)

2.2.3 Une formation est-elle prévue pour les hôpitaux ? Si tel est le cas, s'agit-il d'une formation des formateurs ? Si non, où peut-on suivre une formation et à quel prix ?

Ce volet doit encore être examiné par le Temporary Association Cemac Dynamis (TCD) et le SPF Santé publique.

Le tarif journalier pour une formation offerte par le TCD est de 1700 euros pour 15 personnes.

Le module e-learning constitue une alternative. Ce module est destiné aux hôpitaux, est efficace en termes de coûts et est réalisable. Pour les médecins, il y a prévu de l'accréditation.

Plusieurs formations ont été organisées en mai-juin 2017 pour les prestataires de soins et certains directeurs de l'aide médicale ont pu y participer.

En outre, il va sans dire qu'une formation correcte d'un groupe cible aussi large que possible du personnel et médecins au sein des hôpitaux – dont, au minimum, le coordinateur du plan d'urgence de l'hôpital – est également un facteur crucial dans l'utilisation efficace de l'ICMS.

2.2.4 S'agira-t-il effectivement d'une obligation ?

Ce point doit encore être examiné en interne, au sein du SPF Santé publique : bien entendu, l'utilisation de l'ICMS n'est efficace que si l'outil est utilisé et appliqué par tous les hôpitaux concernés.

2.2.5 La plateforme est-elle déjà accessible? Qui y aura accès? Comment allons-nous y avoir accès? Devrons-nous inclure le PUH complet quand il sera approuvé?

La plateforme est disponible via <https://ops1.icmsystem.be>.

Chaque hôpital avec un service d'urgence a reçu un log-in du SPF Affaires intérieures. Les log-ins sont transmis par l'intermédiaire de l'inspecteur fédéral d'hygiène.

Les plans peuvent être téléchargés (pas une obligation, mais une possibilité). Pour ce faire, des droits "administrateur de données" sont requis. Les hôpitaux n'ont pas ce rôle actuellement. Par conséquent, le plan général d'urgence et d'intervention de la ville / municipalité doit être utilisé.

2.3 Cellule de coordination hospitalière (CCH)

2.3.1 Dans le cadre de l'activation du plan d'urgence hospitalier, il faut activer la CC-Hop. Que faut-il comprendre par « activation du plan d'urgence hospitalier » ? Cette activation s'effectue-t-elle dès le lancement de l'EDI (phase d'information) ou peut-elle être par exemple couplée à la phase d'action ou à l'initiative du chef d'équipe de l'EDI ? (Pour info : un peu plus de 95 % des incidents où l'EDI est opérationnelle sont des incidents mineurs pour lesquels l'activation de la CC-Hop n'est pas judicieuse).

L'activation du plan d'urgence hospitalier implique son déclenchement et, par conséquent, le lancement, au minimum, de la phase d'information.

2.3.2 La cellule doit se constituer et être opérationnelle dans les 30 minutes suivant l'alarme. Dans quelle mesure est-ce contraignant ? En effet, c'est impossible en réalité vu que tous les membres de la CC-Hop n'habitent pas à proximité.

C'est une directive et non une obligation.



2.4 Plan d'urgence hospitalier technique (PUH TEC)

2.4.1 Le plan d'urgence hospitalier est divisé en deux volets : technique et médical. Toutefois, nous ne pouvons pas retrouver les conditions auxquelles doit répondre ce volet technique.

C'est exact.

2.5 Coordinateur du plan d'urgence

2.5.1 Cette fonction où le temps de travail est déterminé en fonction de la taille de l'hôpital et de l'analyse des risques effectuée devient obligatoire. Quels paramètres faut-il utiliser pour déterminer le temps de travail ?

Cette fonction doit être assurée au mieux selon la taille de l'hôpital. Il a été délibérément choisi de ne pas y ajouter de durée minimale de travail. Il incombe à chaque hôpital de déterminer le temps obligatoire pour cette fonction. Les hôpitaux ne seront jamais contrôlés sur leur fonctionnement (quelle est la durée de travail prévue ?). Ce qui compte, c'est le résultat.

2.6 Numéro d'urgence interne unique

2.6.1 La mise en place du numéro d'urgence 2222 est-elle obligatoire ?

Non, mais avoir recours à un même numéro permettra de simplifier et surtout, de standardiser la procédure de communication.

2.7 Adresse e-mail générique

2.7.1 À quelles fins l'adresse mail puh@nomhôpital.be est-elle créée ? Quelles informations seront transmises ? Jusqu'à présent, cette adresse mail n'existe pas dans notre institution.

La création de cette adresse e-mail générique vise à simplifier l'adresse mail de la cellule de coordination de l'hôpital (CCH). Cette adresse mail est utilisée dans le cadre de la coordination et de la gestion de la situation d'urgence.

2.7.2 En ce qui concerne l'adresse email: « cip-ctd@health.belgium.be »: Lorsqu'un établissement a plus d'un site, s'agit-il d'une adresse par site ou d'une adresse commune?

Il faut faire une distinction entre l'adresse e-mail de la personne de contact de l'hôpital (POC@domeinnaamziekenhuis.be) et l'adresse email du point d'information central du gouvernement (ctp-ctd@health.belgium.be)

L'uniformisation des deux adresses e-mail a été créée pour faciliter l'échange de données des listes de victimes entre l'hôpital et le gouvernement (plus spécifiquement le comité de coordination)

2.8 Capacité de l'hôpital

2.8.1 Comment définit-on la capacité de traitement d'un hôpital ? Doit-on l'adapter toutes les 24 heures ? La plate-forme ICMS est-elle déjà active pour publier la capacité de traitement ?

- Les hôpitaux disposant d'une fonction agréée en soins d'urgence de base ou spécialisés doivent mentionner leur capacité d'hébergement dans leur plan d'urgence hospitalier.
- 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.
- La capacité de soins et de traitement définit les possibilités pour l'hôpital, après l'accueil et l'administration des premiers soins de base, d'assurer la suite du traitement des victimes. Cette capacité est définie en termes de lits disponibles par indice, de nombre d'appareils de ventilation disponibles, de nombre de salles d'opération disponibles dans le bloc pouvant être dotées d'un chirurgien, d'un anesthésiste et de deux infirmiers, de nombre de places pour patients avec brûlures, de capacité de thérapie hyperbare, ...
- Une fois qu'un plan d'urgence est annoncé, chaque hôpital concerné doit mentionner cette capacité de traitement, de manière approximative, dans son journal de bord de l'ICMS.

Cette mention est approximative de sorte que les autorités et les services de secours concernés puissent se faire une « idée rapide » de la capacité de traitement. Ce principe « d'idée rapide » est, dans ce cas-ci, plus important que celui d'un travail « lent et entièrement exact ».

Le journal de bord de l'ICMS donne un aperçu en ligne des actions des 5 disciplines et constitue la source d'information la plus fiable et la plus actuelle (cf. *Incident Crisis Management System*). Un cas est préparé et les services concernés des différentes disciplines peuvent consulter le journal de bord (et fiche, etc.) et/ou y ajouter des données.

- Le journal de bord de l'ICMS peut être utilisé à titre préventif ou en cas de crise. Un hôpital pourrait créer lui-même un cas pour son fonctionnement interne. Pour des situations d'urgence multidisciplinaires, les cas seront créés par le CS112. Les hôpitaux savent s'y connecter. Dans les cas, un logbook spécifique HOSP est disponible (et seulement visible pour la D2).

2.9 Classification des patients en cas d'évacuation

2.9.1 L'utilisation de la classification et du code des patients qui sont proposés est-elle obligatoire ? Ceci est en effet diamétralement opposé aux procédures que nous utilisons pour l'instant.

Il s'agit d'une directive et non d'une obligation.

2.9.2 Pouvons-nous obtenir le tableur de l'analyse des risques ?

Il est disponible après validation par le comité de pilotage sur le site :
https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_fil_e/risicoanalyse_lr_tra_fr.xlsx

2.10 Isolement en cas de maladies infectieuses

2.10.1 Existe-t-il une série de mesures à prendre en cas d'épidémie ou de pandémie ?

- Un cas ou certains cas :
 - Il suffit d'appliquer la procédure d'isolement (standard) conformément aux directives du service d'hygiène hospitalière ;
- Plusieurs cas :
 - Si plusieurs cas se manifestent, le plan d'urgence hospitalier (volet CBRN) est lancé à l'initiative de l'hôpital en raison de la profusion de patients à isoler et de l'impact sur d'autres services du même hôpital ;
 - Les mesures d'isolement (standard) sont appliquées conformément aux directives du service d'hygiène hospitalière ;
 - L'application du plan d'urgence hospitalier est communiquée au HCS112, etc.
 - le business continuity est communiqué par l'hôpital à l'IFH ;
- Plusieurs cas ayant également un impact sur d'autres hôpitaux (ex. norovirus avec mise en quarantaine de l'hôpital) :
 - Le plan d'urgence hospitalier (volet CBRN) de plusieurs hôpitaux est lancé en concertation avec ces hôpitaux et en accord avec l'IFH ;
 - Les mesures d'isolement (standard) sont appliquées conformément aux directives du service d'hygiène hospitalière ;
- En cas de pandémie ou de propagation de maladies infectieuses spécifiques :
 - En raison de la mise en quarantaine (d'une partie) de l'hôpital et/ou de la contamination d'une partie de l'hôpital, le plan d'urgence hospitalier doit être lancé dans de nombreux, voire dans l'ensemble, des hôpitaux.
 - L'IFH se charge de la coordination ;
 - Les directives à appliquer et les moyens de protection à prendre seront communiqués par l'autorité (par ex. en conformité avec les directives de l'OMS, du CDC ou de l'ECDC) ;
 - Si nécessaire (par ex. tant que l'on ignore quelles sont les mesures à prendre), les patients sont envoyés dans les hôpitaux désignés qui disposent d'une procédure standard pour les patients souffrant de maladies infectieuses ; une fois les mesures connues, on peut également faire appel à d'autres hôpitaux.

2.11 Hôpital psychiatrique

2.11.1 Chaque hôpital doit disposer d'un plan d'urgence hospitalier (PUH) pour les problèmes internes et externes. Est-ce qu'un hôpital psychiatrique doit aussi prévoir un plan d'urgence en cas de problèmes externes ? Si oui, qui décide en cas de catastrophe, du fait qu'un hôpital psychiatrique soit « réquisitionné » ?

Oui, un hôpital doit avoir un plan d'urgence hospitalier pour des problèmes externes. Par exemple, un hôpital psychiatrique peut être appelé à prendre en charge et garder éventuellement temporairement, des victimes psychologiquement choquées.

Le SPF Santé Publique, avec accord inter-ministériel des communautés et régions, a actualisé les plans d'urgences des hôpitaux en vue d'une meilleure harmonisation.



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH)

Anciennement, chaque hôpital devait avoir un PIU (plan interne d'urgence), au même titre que n'importe quelle entreprise, afin de faire face aux incidents et accidents internes (feu, explosion, fumées, émanation de produit toxique, panne électrique, etc.). Les hôpitaux avec service d'urgences devaient également avoir, dans le cadre de leur agrément régional, un plan MASH (mise en alerte des services hospitaliers) qui décrivait les procédures mises en place pour réorganiser l'hôpital face à un afflux de victimes venant d'une catastrophe (aussi bien extérieure qu'intérieure à l'hôpital). Ce plan MASH, indépendant du PIU, se préoccupait des aspects de soins (médicaux, infirmiers, psychologiques) des victimes et de leur famille. Les hôpitaux psychiatriques ou de revalidation n'étaient pas concernées par ce plan MASH puisque ne disposant pas de service d'urgences.

L'actuel plan PUH, plan d'urgence hospitalier, a été généralisé à tous les hôpitaux. Ce PUH comporte deux volets: le PUH TEC (technique) et le PUH MED (médical). Le PUH TEC correspond à l'ancien PIU (de toute façon obligatoire). Le PUH MED correspond à l'ancien plan MASH.

Le PUH MED peut être adapté en fonction des services et plateaux techniques de chaque hôpital.

L'idée est que chaque hôpital doit prévoir un minimum d'organisation en cas de victimes d'un accident interne (où placer les victimes, qui s'en occupe et qui oriente les secours venant de l'extérieur, etc.); mais aussi, dans l'éventualité d'une demande des services de secours, pour une catastrophe extérieure (proche ou non), comment l'hôpital pourrait-elle s'organiser, avec ses moyens habituels, pour accueillir d'éventuelles victimes.

Bien qu'envisageable et tout-à-fait légale, une réquisition d'un hôpital psychiatrique sera évitée tant que faire se peut. Mais un Gouverneur ou un Bourgmestre, peuvent réquisitionner un hôpital ou un bâtiment si le besoin se présente, en cas d'une phase communale ou provinciale. Il est plus efficace de prévoir ces situations afin que, le cas échéant, un dialogue constructif s'installe d'emblée entre les autorités et l'hôpital. Il n'est évidemment pas question de demander à un hôpital psychiatrique de prendre en charge un polytraumatisé. Mais ce même hôpital pourrait accueillir et héberger, éventuellement et momentanément, des victimes impliquées et simplement choquées psychologiquement.

La partie PUH MED des hôpitaux sans service d'urgences sera évidemment très simplifiée.

Néanmoins, pour rappel, un hôpital comportant plusieurs sites devra prévoir des procédures pour chaque site (selon le personnel, les locaux et le matériel du site). Un PUH doit être fonctionnel 24h/ 24h et 365 jours par an. Il doit aussi être connu de tout le personnel et testé annuellement.

Enfin, pour rappel également, la mission des secours envoyés sur une situation exceptionnelle est de dispatcher les victimes vers les hôpitaux les plus appropriés pour les pathologies de chaque victime, tout en évitant (si possible) une surcharge inadéquate de ces hôpitaux. D'où, en corollaire, l'intérêt pour les autorités de disposer du PUH (actualisé annuellement) de tous les hôpitaux afin de maintenir un cadastre des potentialités.



PLAN D'URGENCE HOSPITALIER (PUH)

2.11.2 La capacité de réflexe et de traitement s'applique-t-elle également aussi à un hôpital psychiatrique, puisque un hôpital psychiatrique n'a pas de service d'urgence ou de salles d'opération, mais seulement un petit poste de premiers soins? Devrait un hôpital psychiatrique avoir un point de contact pour l'information de la victime (POC-HOSP)?

Non parce qu' un hôpital psychiatrique n'a pas de service d'urgence reconnu.