

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C – 2016/24291]

24 OCTOBRE 2016. — Protocole d'accord conclu entre le gouvernement fédéral et les autorités visées dans l'article 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant le plan d'urgence hospitalier

I. INTRODUCTION

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, ci-après dénommées Communautés/Régions, sur le plan de la politique de santé;

Vu la Déclaration conjointe de la Conférence Interministérielle Santé publique concernant le plan d'urgence des hôpitaux, du 27 juin 2016;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, notamment l'annexe A, III, 14°;

Vu l'arrêté royal du 17 octobre 1991 et la circulaire du 4 novembre 1993;

Vu l'arrêté royal du 16 février 2006 et la circulaire ministérielle NPU-1 du 26 octobre 2006;

Vu la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat;

Vu le rapport intermédiaire et provisoire sur le volet « assistance et secours » de la commission d'enquête parlementaire du 3 août 2016 (doc 54/1752/006);

Considérant que les plans d'urgence des hôpitaux font partie intégrante des conditions d'exploitation de l'hôpital et qu'ils doivent être approuvés par le gouverneur de la province. A Bruxelles, les compétences de l'ex-Gouverneur ont été reprises par l'Agglomération bruxelloise après contrôle par les Communautés/Régions et après avis de l'inspecteur d'hygiène du service public fédéral Santé Publique;

Considérant que la sixième réforme de l'Etat a transféré de nouvelles compétences en matière de santé publique vers les entités fédérées;

Considérant que certaines matières relatives à la politique de la santé continuent à relever de la compétence de l'Etat fédéral;

Considérant que la gestion des catastrophes requiert une prise en charge multidisciplinaire par toutes les disciplines sous la supervision du bourgmestre, du gouverneur ou du ministre de l'Intérieur en fonction, respectivement, de la phase communale, provinciale ou fédérale, il est convenu ce qui suit:

II. BUTS

La gestion des catastrophes requiert une coordination entre les différentes disciplines visées aux articles 10 à 14 de l'arrêté royal du 16 février 2006.

Chaque hôpital doit disposer d'un plan d'action pour faire face aux accidents majeurs survenant au sein de l'hôpital et à l'extérieur de celui-ci. Dans le texte qui suit nous parlerons du plan d'urgence hospitalier dans lequel on intègre le plan d'urgence interne et le plan d'urgence externe.

L'objectif du plan d'urgence hospitalier est de prendre avec toutes les disciplines de l'hôpital toutes les actions nécessaires pour faire face à un afflux interne et externe de victimes.

Celles-ci doivent pouvoir être prises en charge de manière efficace, sans que cela ne mette en péril les soins administrés aux patients déjà hospitalisés.

Le plan d'urgence hospitalier sert donc à accroître rapidement la capacité d'accueil de l'hôpital et à faire passer le plus rapidement possible l'organisation hospitalière des soins habituels vers une situation d'aide d'urgence commune urgente si le nombre de victimes hospitalisées dépasse les moyens permettant les soins individuels.

Le plan d'urgence hospitalier est donc élaboré pour appuyer le plan monodisciplinaire de la Discipline 2 - l'aide médicale, sanitaire et psychosociale - sans en faire partie.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C – 2016/24291]

24 OKTOBER 2016. — Protocolakkoord gesloten tussen de federale regering en de overheden bedoeld in art. 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet, over de ziekenhuisnoodplanning

I. INLEIDING

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden waarover de Federale Staat en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden, hierna de Gemeenschappen/Gewesten genoemd, op het vlak van het gezondheidsbeleid beschikken;

Gelet op de Gemeenschappelijke verklaring van de Interministeriële Conferentie Volksgezondheid over de ziekenhuisnoodplanning van 27 juni 2016;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, meer bepaald bijlage A, III, 14°;

Gelet op het koninklijk besluit van 17 oktober 1991 en omzendbrief van 4 november 1993;

Gelet op het koninklijk besluit van 16 februari 2006 en de Ministeriële omzendbrief NPU-1 van 26 oktober 2006;

Gelet op de Bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de Zesde Staatshervorming;

Gelet op het tussentijds en voorlopig verslag over het onderdeel "hulpverlening" van de parlementaire onderzoekscommissie van 3 augustus 2016 (doc 54/1752/006);

Overwegende dat de ziekenhuisnoodplannen integraal tot de uitbatingvoorwaarden van het ziekenhuis behoren en dat ze goedgekeurd worden door de gouverneur van de provincie na controle door de Gemeenschappen/Gewesten en na advies van de gezondheidsinspecteur van de federale overheidsvolksgesondheid;

Overwegende dat in het kader van de zesde Staatshervorming nieuwe bevoegdheden inzake Volksgezondheid naar de deelstaten werden overgedragen;

Overwegende dat bepaalde materies betreffende het gezondheidsbeleid onder de bevoegdheid van de federale overheid zijn blijven ressorteren;

Overwegende dat rampenmanagement een multidisciplinaire aanpak vergt van de verschillende disciplines onder leiding van de burgemeester, gouverneur of de minister van Binnenlandse Zaken afhankelijk van respectievelijk de gemeentelijke, provinciale fase en de federale fase, wordt overeengekomen wat volgt :

II. DOELSTELLINGEN

Rampenmanagement vergt een coördinatie tussen de verschillende disciplines waarnaar in de artikels 10 tot 14 van het Koninklijk besluit van 16 februari 2016 wordt verwezen.

Ieder ziekenhuis moet beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen binnen het ziekenhuis én ongevallen buiten het ziekenhuis. In deze tekst hierna spreken we voortaan over het ziekenhuisnoodplan waarmee zowel het intern als extern noodplan bedoeld wordt.

Het ziekenhuisnoodplan heeft als doel met alle disciplines binnen het ziekenhuis de nodige acties te ondernemen om het hoofd te bieden aan een externe en interne toestroom van slachtoffers.

Deze moeten op een efficiënte manier kunnen worden opgevangen zonder dat de zorg voor de reeds opgenomen patiënten in het gedrang komt.

Het ziekenhuisnoodplan dient dus om de opvangcapaciteit van het ziekenhuis snel te kunnen opdrijven en de ziekenhuisorganisatie zo snel als mogelijk te transformeren van de dagdagelijkse hulpverlening naar een dringende gezamenlijke noodhulpverlening indien het aantal toegekomen getroffen de middelen voor een één-op-één-hulpverlening, overschrijdt.

Het ziekenhuisnoodplan wordt bijgevolg uitgewerkt om het monodisciplinaire plan van Discipline 2 – de medische, sanitaire en psychosociale hulpverlening – te ondersteunen zonder dat het er deel van uitmaakt.

III. DEFINITIONS ET ROLES

Le plan d'urgence hospitalier qui est sous la responsabilité du directeur général comprend à la fois le plan d'urgence 'technique' (sous la responsabilité des chefs de la sécurité/directeur technique) et le plan d'urgence médical (sous la direction du médecin chef/directeur médical). Dans ce dernier cas, le médecin chef/directeur médical informe le directeur général du déclenchement du plan d'urgence médical et le gère en concertation étroite avec lui.

Le plan d'urgence hospitalier prévoit des procédures d'urgence (telles que, par exemple, l'évacuation, la réallocation, l'accueil et l'isolement) et comprend l'ensemble des personnes, attitudes, procédures, équipements et moyens qui :

- s'efforcent continuellement de limiter les risques
- mettent en place une structure opérationnelle temporaire avec des compétences et une division des tâches claires dans le but de maîtriser le plus vite possible la situation d'urgence/ catastrophe.

Le plan d'urgence hospitalier prévoit les mesures d'urgence matérielles et organisationnelles qui permettent :

- les interventions internes sur le site et les réactions face à une situation d'urgence, en limitant autant que possible ses conséquences néfastes. La situation d'urgence peut se produire à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

- les interventions des autorités et services externes si l'événement ou la situation d'urgence a des répercussions en dehors du site.

Le médecin-chef est responsable du plan d'urgence médical hospitalier. Le comité permanent est chargé de la rédaction, de la mise à jour et de la validation du plan d'urgence hospitalier. Nous proposons de prévoir un bureau du Comité Permanent - cf. VI accords et procédures. La cellule de coordination hospitalière (CCH) est activée quand le plan d'urgence hospitalier est déclenché. La cellule coordonne les opérations (logistique et personnel) et communique avec le comité de coordination, communal, provincial et/ ou fédéral, est responsable des contacts avec les médias et de la prise en charge des familles de victimes admises.

Cela dans la mesure où les niveaux communal, provincial ou fédéral n'ont pas pris en charge la communication avec les médias et avec la famille et les proches des victimes.

Le plan d'urgence hospitalier doit être connu du personnel hospitalier et faire l'objet d'exercices internes, mono- et multidisciplinaires. Il doit être régulièrement adapté à l'environnement en évolution et être intégré dans les plans d'urgence communaux et provinciaux.

IV. INSTALLATION GROUPES DE TRAVAIL

Une enquête menée en 2013 par le SPF Santé Publique auprès des hôpitaux a montré, entre autres, que les hôpitaux ont besoin d'outils de soutien parmi lesquels nous proposons :

1. un site web d'échanges et d'informations;
2. des réunions où ils peuvent échanger leurs expériences et formuler des avis à l'attention des pouvoirs publics;
3. un modèle de plan d'urgence hospitalier et une procédure d'approbation uniformes;
4. des scénarios pour des exercices et;
5. des exemples de plans permettant de faire face à des risques spécifiques (panne d'électricité, crash informatique, terrorisme, etc.)

Pour répondre à ces besoins, quatre groupes de travail ont été créés en juillet 2014 :

1. un groupe de travail 'législation', chargé de mettre par écrit des propositions de révision de la législation;
2. un groupe de travail 'modèle de plan d'urgence hospitalier et procédure d'approbation et risques spécifiques', chargé de mettre au point un canevas de plan catastrophe à envoyer aux hôpitaux afin qu'ils puissent le compléter rubrique par rubrique pour leur hôpital;
3. un groupe de travail 'des scénarios pour des exercices', chargé de développer un outil permettant d'acquérir des connaissances sur le plan d'urgence hospitalier et un outil permettant d'organiser des exercices catastrophes pour tester et perfectionner leur plan d'urgence hospitalier et
4. un groupe de travail 'échange d'informations et d'expériences et réunions', chargé de proposer un site web et un forum pour les hôpitaux et un logo pour le plan d'urgence hospitalier.

L'objectif final de ces groupes de travail est d'harmoniser la terminologie et le contenu des plans d'urgence des hôpitaux et de soutenir la procédure d'approbation par les autorités locales.

III. DEFINITIES EN ROLLEN

Als we over het ziekenhuisnoodplan spreken gaat het zowel over het technisch ziekenhuisnoodplan (onder leiding van de preventieadviseur/technisch directeur) die verantwoording moet afleggen aan de algemeen directeur als over het medisch ziekenhuisnoodplan (onder leiding van de hoofdgeneesheer/hoofdarts/medisch directeur). Het is evident dat in het laatste geval de medisch directeur de algemeen directeur op de hoogte brengt van een opstart van een medisch ziekenhuisnoodplan maar dat ook de totstandkoming en de uitvoering ervan gebeurt in nauw overleg met de algemeen directeur.

Het ziekenhuisnoodplan voorziet in procedures en noodplannen (onder andere, bijvoorbeeld, evacuatie, relocatie, receptie en isolatie) en omvat het geheel van mensen, houdingen, procedures, voorzieningen en middelen dat :

- op een continue basis de risico's probeert te beperken
- een tijdelijke organisatiestructuur opstart met duidelijke bevoegdheden en taakverdeling met als doel de noodsituatie/ rampsituatie zo vlug mogelijk te beheersen.

Het ziekenhuisnoodplan voorziet in de materiële en organisatorische noodmaatregelen om :

- zelf op de campus tussen te komen en het hoofd te bieden aan een noodsituatie door zoveel mogelijk de nefaste gevolgen te beperken. Deze noodsituatie kan zich binnen én buiten het ziekenhuis voordoen.

- de interventie van externe overheden en diensten toe te staan indien de gebeurtenis of noodsituatie effecten buiten de site heeft

De hoofdarts is verantwoordelijk voor het medisch ziekenhuisnoodplan. Het permanent comité is belast met het opstellen, actualiseren en valideren van het ziekenhuisnoodplan. We voegen een nieuw element aan het Permanent Comité toe en stellen voor om ook een bureau voor het permanent comité te voorzien (zie verder onder VI afspraken en procedures). De coördinatierol van het ziekenhuis (CCZ) wordt geactiveerd wanneer het ziekenhuisnoodplan is afgekondigd. De cel coördineert de operaties (logistiek en personeel) en communiceert met het gemeentelijk, provinciaal en/ of federaal coördinatiecomité, staat in voor de contacten met de media en zorgt voor de opvang van de familie van de opgenomen getroffen.

En dit voor zover het gemeentelijk, provinciaal en/ of federaal niveau de communicatie met de media en met familie en vrienden van de getroffen, nog niet heeft overgenomen.

Het ziekenhuisnoodplan dient bekend te zijn bij het ziekenhuispersoneel en intern, monodisciplinair en multidisciplinair te worden geoefend. Het dient op regelmatige basis worden aangepast aan de veranderende omgeving en te worden ingebed in de gemeentelijke en provinciale noodplanning.

IV. OPRICHTING WERKGROEPEN

Een bevraging aan de ziekenhuizen die door FOD Volksgezondheid in 2013 uitgevoerd werd, heeft, onder andere, aangetoond dat de ziekenhuizen nood hebben aan ondersteunende tools waaronder vijf volgende voorstellen :

1. een website voor uitwisseling en informatie;
2. een bijeenkomst voor uitwisseling van ervaringen en formulering van adviezen aan de overheid;
3. een uniform model van ziekenhuisnoodplan en goedkeuringsprocedure;
4. een draaiboek om te oefenen en
5. voorbeelden van plannen voor specifieke risico's (stroompanne, IT-crash, terrorisme, etc.)

Om aan deze noden te beantwoorden, werden vier werkgroepen opgericht in juli 2014 :

1. een werkgroep 'wetgeving' voor een beschrijving van de conclusies van de revisie van de wetgeving;
2. een werkgroep 'model van ziekenhuisnoodplan en goedkeuringsprocedure én specifieke risico's' voor een template van ziekenhuisrampenplan dat aan de ziekenhuizen kan gestuurd worden opdat ze het per rubriek kunnen invullen voor hun ziekenhuis;
3. een werkgroep 'draaiboek om te oefenen' belast met het uitwerken van een tool om te leren over het ziekenhuisnoodplan en een tool om rampeoefeningen te organiseren voor het testen en perfectioneren van hun ziekenhuisnoodplan en
4. een werkgroep 'uitwisseling van informatie en ervaringen en bijeenkomst' voor een voorstel van een website en een forum voor de ziekenhuizen en een logo voor het ziekenhuisnoodplan.

Het finale doel van deze werkgroepen, is om de terminologie en de inhoud van de ziekenhuisnoodplannen te harmoniseren en om de goedkeuringsprocedure door lokale overheden te faciliteren.

La Déclaration conjointe, approuvée à la Conférence Interministérielle du 27 juin 2016, constitue la base de la collaboration entre les Communautés/Régions et l'Etat fédéral dans le cadre de la mise à jour, la validation et la mise en œuvre optimales du plan d'urgence hospitalier. Des directives et une coordination sont nécessaires entre les différents niveaux de gouvernement. Nous rappelons que les différents niveaux de gouvernement ont marqué leur accord sur les différents groupes de travail.

En outre, il est tenu compte au maximum des autres projets en développement dans le cadre de la planification d'urgence, et qui ont un impact sur les résultats de ces groupes de travail. Ainsi, le développement de l'« Incident Crisis Management System (ICMS) », d'un système d'enregistrement uniforme des victimes, et de l'adaptation de l'AR du 16 février 2006 sur les plans d'urgence, sont intégrés pour que les propositions des groupes de travail soient cohérentes avec d'autres projets en cours. L'ICMS est une plate-forme informatique destinée à l'information et la communication en cas d'urgence collective. Cette plate-forme sécurisée comprend un registre centralisé, où sont mises à jour en ligne toutes les données importantes pour la gestion des catastrophes.

Cette base de données centrale permet la génération automatisée des plans d'urgence et d'intervention, généraux, provinciaux, communaux et les plans d'urgence particuliers, la consultation des listes actualisées de l'occupation des lits dans les hôpitaux et du registre des victimes de l'urgence collective.

Idéalement, cette plateforme inclut un module d'enregistrement des exercices catastrophe à compléter annuellement en ligne par les hôpitaux.

Les groupes de travail sont constitués d'experts du terrain et une représentation des communautés et régions et des services fédéraux de planification d'urgence des gouverneurs. Les groupes de travail sont dirigés par un comité de pilotage qui coordonne le projet et prend les décisions nécessaires pour harmoniser les travaux des groupes de travail et résoudre les problèmes éventuels.

V. TRANSFERT DES COMPETENCES SUITE A LA REFORME DE L'ETAT

Nous voulons soutenir et poursuivre la coopération des groupes de travail après le transfert des compétences à la suite de la 6^{ème} réforme de l'Etat.

Nous visons également une coopération entre les différentes autorités pour offrir, mettre en œuvre, évaluer et optimiser les outils et moyens d'aide aux hôpitaux, générés par les différents groupes de travail.

VI. ACCORDS ET PROCEDURES

- Pour les points suivants, il est urgent de prendre les accords suivants qui entraînent une modification de la législation.

Le groupe de travail Législation, auquel participent les différents niveaux de pouvoir, s'engage à rédiger une proposition concrète d'adaptation de la législation.

- PHASAGE : deux phases 'Information' et 'Activation' ; les phases actuelles de préalerte, d'alerte et d'action sont remplacées par les phases d'information et d'activation.

PHASE D'INFORMATION : Il y a notion de situation d'exception, soit suite à l'information par le Centre d'Appel 112 de l'activation d'un Plan d'Intervention Médical (PIM), soit suite à l'afflux spontané et non annoncé d'un nombre important de patients issus d'un même événement. Dans ce dernier cas, l'hôpital informe le Centre d'Appel 112 du déclenchement du plan d'urgence hospitalier. Le médecin qui coordonne le plan d'urgence est averti, il prend connaissance du type de catastrophe, du nombre de victimes potentiellement évacuées vers l'hôpital, des pathologies concernées (explosion, incendie, traumatismes, etc.), et des délais d'arrivée. Le médecin coordinateur de l'urgence décide du passage et du moment du passage à la phase d'activation après une concertation interne.

PHASE D'ACTIVATION : L'équipe de coordination décide de l'activation en niveau I ou II. Chaque membre de l'équipe suit les instructions des fiches de consignes correspondantes.

Deux niveaux sont prévus en phase d'activation :

- Le NIVEAU I correspond à une montée en puissance limitée, sans rappel du personnel ou très limité. Ce niveau correspondrait à un nombre de victimes égal à la première vague théorique (capacité d'accueil 'réflexe'). L'enclenchement de ce niveau sera envisagé principalement pendant la journée, quand le personnel est présent en nombre.

De Gemeenschappelijke Verklaring, goedgekeurd op de Interministriële Conferentie van 27 juni 2016, vormt de basis voor de samenwerking tussen de Gemeenschappen/Gewesten en de federale overheid in het kader van een optimale opmaak, actualisatie, validatie, en implementatie van het ziekenhuisnoodplan. Er zijn richtlijnen en afstemming nodig tussen de verschillende beleidsniveaus. We herinneren aan het feit dat de verschillende beleidsniveaus zich akkoord hebben verklaard over de verschillende werkgroepen

Bovendien wordt er maximaal rekening gehouden met de andere projecten in ontwikkeling binnen de noodplanning, én die een impact hebben op de resultaten van deze werkgroepen : Zo worden de ontwikkelingen van het "Incident Crisis Management Systeem (ICMS)", van een uniform registratiesysteem van de slachtoffers en van de aanpassing van het KB op de noodplanning van 16 februari 2006, meegenomen in de werkzaamheden opdat de resultaten van de werkgroepen congruent en coherent zijn met andere relevante, lopende projecten. Het ICMS is een informaticaplatform voor informatie en communicatie bij collectieve noodsituaties. Dit veiligheidsplatform omvat een centrale databank waar alle gegevens – cruciaal voor de rampenbeheersing – online bijgehouden worden.

Deze centrale databank zorgt voor de automatische generatie van de provinciale en gemeentelijke algemene nood- en interventieplannen en de bijzondere nood- en interventieplannen, de consultatie van een actuele lijst van de bedbezetting van de ziekenhuizen en het registratiesysteem van de rampenslachtoffers.

Idealerweise omvat dit veiligheidsplatform, een template voor registratie rampeoefening dat elk jaar online dient ingevuld te worden door de ziekenhuizen.

De werkgroepen werden samengesteld uit experts van het werkveld, een vertegenwoordiging van de gemeenschappen en gewesten en van de federale diensten noodplanning van de gouverneurs. De werkgroepen worden aangestuurd door een stuurgroep die het project coördineert en de beslissingen neemt die vereist zijn om de werkzaamheden van de werkgroepen op elkaar af te stemmen en eventuele knelpunten op te lossen.

V. BEVOEGDHEIDSOVERDRACHT T.G.V STAATSHERVORMING

We willen de samenwerking met betrekking tot de ziekenhuisnoodplanning en de werkzaamheden van de verschillende werkgroepen, bestendigen en verderzetten na de bevoegdheidsoverdracht ten gevolge van de 6de Staatshervorming.

We beogen ook een samenwerking tussen de verschillende overheden voor het aanbieden, ter beschikking stellen, evalueren en optimaliseren van de tools en hulpmiddelen voor de ziekenhuizen, die de verschillende werkgroepen gegenereerd hebben.

VI. AFSPRAKEN EN PROCEDURES

- Wat betreft de volgende punten, dringen zich de volgende afspraken op die een wijziging van de wetgeving tot gevolg heeft.

De Werkgroep Wetgeving waarin de verschillende overheden betrokken zijn, engageert zich tot het redigeren van een concreet voorstel van aanpassing van de wetgeving.

- FASERING twee fasen : 'Informatie' en 'Actie'; de huidige fasen van pre-alarm, alarm en actie worden vervangen door de fasen informatie en actie.

INFORMATIEFASE : Er is notie van een noodsituatie. Ofwel dat het ziekenhuispersoneel kennis neemt via de 112 noodcentrale van een bericht van afkondiging van een Medisch Interventieplan (MIP), ofwel van een spontane en onaangekondigde toestroom van een belangrijk aantal patiënten van dezelfde gebeurtenis. In het laatste geval zal het ziekenhuis de 112 noodcentrale zelf verwittigen indien er nog geen MIP is opgestart. De arts, die de noodsituatie coördineert, wordt verwittigd. De arts die de noodsituatie coördineert, neemt kennis van het type ramp, het aantal slachtoffers die mogelijks naar het ziekenhuis moeten worden geëvacueerd, de betrokken pathologieën (blast, brandwonden, polytrauma, vergiftiging, etc.), en de aankomsttijden. De arts die de noodsituatie coördineert, beslist na intern overleg wanneer er al dan niet wordt overgegaan naar de actie-fase.

ACTIE-FASE : Het coördinatieteam beslist over de activatie van niveau I of II. Elk team-lid volgt de instructies van de overeenkomstige instructiefiches.

Twee niveaus worden voorzien in de actiefase :

- NIVEAU I correspondeert met een minimale stijging, met een interne versterking maar zonder of met een heel beperkte oproep van het personeel. Dit niveau komt overeen met een aantal slachtoffers dat gelijk is aan de eerste theoretische golf (reflexcapaciteit). De afkondiging van dit niveau zal vooral worden overwogen tijdens de dag, wanneer de diensten beter vertegenwoordigd zijn.

- Le NIVEAU II correspond à une montée en puissance importante, avec un rappel du personnel. Ce niveau se produit principalement pendant la nuit et le weekend, lorsque la présence du personnel est moindre, et a fortiori lorsque le nombre de victimes attendues dépasse la première vague théorique, ou est potentiellement très élevé.

- Procédure d'approbation

Il est proposé de réviser la procédure d'approbation actuelle : C'est la logique de l'AR du 16 février 2006 qui est actuellement en vigueur. Le changement proposé est que la cellule de sécurité communale transmet aux Communautés/Régions son avis concernant l'approbation du plan d'urgence hospitalier.

Cette nouvelle procédure d'approbation présente plusieurs avantages : principe de subsidiarité, ancrage local, avis émanant de personnes ayant des connaissances pragmatiques et efficaces, avec des compétences opérationnelles.

Des directives seront élaborées pour la formulation d'avis par la cellule de sécurité communale en vue de garantir une uniformité. L'expertise des Communautés/Régions en matière de contrôle de la conformité sera prise en compte dans l'élaboration de ces directives. Outre des critères de formulation d'avis, ces directives détermineront également des conditions, comme la représentation de toutes les disciplines et du gouverneur pour que la cellule de sécurité communale puisse rendre un avis valide. Il est prévu en particulier que la cellule de sécurité communale prenne l'initiative dès la réception du plan, en informe le gouverneur et l'inspecteur d'hygiène fédéral et les invite à la réunion de la cellule de sécurité communale ayant à l'ordre du jour l'analyse du plan. Après la réception de l'avis de la cellule de sécurité communale, le gouverneur et l'inspecteur d'hygiène fédéral disposent de deux mois pour faire objection.

Le plan d'urgence hospitalier doit être révisé et approuvé tous les 5 ans.

- Installation d'un Bureau

Le Comité permanent est perçu actuellement comme étendu et lourd. C'est pourquoi l'installation d'un Bureau est imposé, composé au minimum du médecin-chef, du coordinateur du plan d'urgence et du chef du service des urgences. Une fonction de secrétariat ou d'appui doit être prévue. Le Bureau peut être élargi à un expert en fonction du dossier examiné.

La relation avec le Comité permanent doit être fixée dans un règlement d'ordre intérieur qui définit au moins les missions, la fréquence des réunions et les modalités des prises de décision.

- Coordinateur du plan d'urgence

Cette fonction est occupée par un collaborateur de staff, sous la supervision du directeur de l'hôpital, ses tâches sont doubles :

- d'une part les tâches préventives : participation à l'analyse des risques de l'hôpital, à l'élaboration et à la proposition de mesures et procédures d'urgence, et à l'adaptation du plan d'urgence hospitalier au niveau local (niveau des services) ;

- d'autre part, les tâches opérationnelles : participation à la mise en concordance du plan d'urgence hospitalier avec les plans d'urgence communaux et provinciaux, participation à la diffusion du plan d'urgence hospitalier et à l'adaptation aux évolutions de l'hôpital, organisation des exercices et formation des acteurs-clés et de l'ensemble du personnel.

- Terminologie

Une terminologie univoque est proposée : ziekenhuisnoodplan versus plan d'urgence hospitalier versus Krankenhausnotfallplan.

Le plan d'urgence hospitalier introduit une utilisation uniforme et cohérente des concepts et prévoit une liste d'abréviations parmi lesquelles PUH (plan d'urgence hospitalier), PUH TEC (plan d'urgence hospitalier technique), PUH MED (plan d'urgence hospitalier médical), CCH (cellule de coordination hospitalière).

- Exercices

L'hôpital doit prévoir un plan quinquennal programmant au minimum 1 exercice annuel. Le groupe de travail Législation précisera les directives et critères des exercices, dont les exercices suivants : mise en alerte, exercice 'bac à sable', exercice de terrain, déclenchement réel d'un plan d'urgence hospitalier suivi d'un débriefing qualitatif avec les intervenants impliqués et d'une adaptation du plan à la lumière de cette expérience.

- Risques

Le groupe de travail Législation s'engage à déterminer et définir les risques pour lesquels le plan d'urgence hospitalier doit prévoir des fiches d'action.

- NIVEAU II komt overeen met een relatief grote stijging, met interne versterking en oproep van personeel. Dit niveau zal zich vooral 's nachts en in het weekend voordoen als de bestaande sowieso algemeen lager is, en a fortiori wanneer het aantal verwachte slachtoffers hoger is dan de eerste theoretische golf, of potentieel zeer hoog is.

- Goedkeuringsprocedure

Er wordt een herziening van de huidige goedkeuringsprocedure voorgesteld : er wordt nog steeds de logica van het KB van 16 februari 2006 gevolgd. De verandering is dat de gemeentelijke veiligheidscel zijn advies geeft aan de Gemeenschappen/Gewesten over de goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan.

Deze nieuwe goedkeuringsprocedure kent de voordelen van het subsidiariteitsprincipe, de plaatselijke verankering, advies van mensen met operationele kennis van zaken, pragmatisme en efficiëntie.

Er zullen richtlijnen worden uitgeschreven voor de adviesverlening door de gemeentelijke veiligheidscel met het oog op uniformiteit. De expertise van de Gemeenschappen/Gewesten in verband met het nalevingstoezicht, wordt bij de opmaak van deze richtlijnen, meegenomen. Deze richtlijnen zullen naast criteria voor adviesverlening, ook voorwaarden bepalen zoals dat alle disciplines en de gouverneur moeten vertegenwoordigd zijn opdat de Gemeentelijke Veiligheidscel, een geldig advies kan verlenen. Wat betreft deze laatste voorwaarde, wordt meer bepaald bedoeld dat de Gemeentelijke Veiligheidscel het initiatief neemt om dadelijk bij het ontvangen van het ziekenhuisnoodplan de gouverneur en de federale gezondheidsinspecteur op de hoogte te brengen en te informeren over dit plan en hen uit te nodigen op de gemeentelijke veiligheidscel waar het ziekenhuisnoodplan wordt besproken. De gouverneur en de federale gezondheidsinspecteur hebben 2 maanden de tijd om bezwaar aan te tekenen na de ontvangst van het advies van de gemeentelijke veiligheidscel.

Het ziekenhuisnoodplan moet om de 5 jaar herzien en goedgekeurd worden.

- Installatie van een Bureau

Het Permanent Comité wordt vandaag als zeer uitgebreid en log ervaren. Daarom wordt de installatie van een Bureau verplicht gemaakt met een beperkte samenstelling van minimum de hoofddarts, de noodplancoördinator en het diensthoofd van de spoedgevallendienst. En er moet een secretariaatsfunctie of ondersteuning worden voorzien. Het bureau moet uitbreidbaar zijn met een expert in functie van het dossier dat men bespreekt.

De relatie met het Permanent Comité moet bepaald worden in een minimum huishoudelijk reglement met minimum de bepaling van de opdrachten, vergaderfrequentie en wijze van stemmen.

- Noodplancoördinator

Deze functie is een stafmedewerker onder supervisie van de ziekenhuisdirecteur en zijn/ haar taken zijn tweeledig :

- Enerzijds zijn er diens preventieve taken : deelname aan de analyse van de risico's van het ziekenhuis, aan de uitwerking van noodmaatregelen en - procedures en aan de afstemming van het ziekenhuisnoodplan op de diensten van het lokale niveau.

- Anderzijds zijn er diens operationele taken : deelname aan de afstemming van het ziekenhuisnoodplan aan de gemeentelijke en provinciale noodplannen, deelname aan de verspreiding van het ziekenhuisnoodplan en de aanpassing aan de evoluties binnen het ziekenhuis in zijn totaliteit en organiseren van de oefeningen, opleiden van sleutelfiguren en het personeel in zijn totaliteit.

- Terminologie

Er wordt een éénduidige terminologie voorgesteld : ziekenhuisnoodplan, versus plan d'urgence hospitalier versus Krankenhausnotfallplan.

Het ziekenhuisnoodplan introduceert een uniforme en consequent gebruik van begrippen en voorziet een lijst van afkortingen waaronder ZNP (ziekenhuisnoodplan), ZNP TEC (technisch ziekenhuisnoodplan), ZNP MED (medisch ziekenhuisnoodplan), CCZ (coördinatiecél van het ziekenhuis).

- Oefenen

Het ziekenhuis moet wat betreft het oefenen van de noodplannen een meerjarenplan van 5 jaren voorzien waarbij er minimum 1 keer per jaar moet geoefend worden. De werkgroep Wetgeving engageert zich tot het uitschrijven van richtlijnen van criteria van oefenen en erkent de volgende, soorten oefeningen : alarmeringsoefening, zandbakoefening, terreinoefening. Een echte noodsituatie waarbij het ziekenhuisnoodplan afgekondigd werd afgekondigd kan een jaarlijkse oefening vervangen, op voorwaarde dat er een kwalitatieve debriefing is gevolgd met alle betrokken actoren en de daaruit volgende verbetermogelijkheden werden geïmplementeerd.

- Risico's

De werkgroep Wetgeving engageert zich tot het bepalen en omschrijven van de risico's waarvoor het ziekenhuisnoodplan, actiekaarten moet voorzien.

- Le plan d'urgence hospitalier

Les principes de base suivants ont été pris en compte au moment d'élaborer le concept du plan d'urgence hospitalier :

- 'Fonctions cumulées' : Cela signifie que, p. ex. pour des hôpitaux de taille plus petite, certaines fonctions peuvent être combinées.

- 'Applicable à tous les hôpitaux' : Le plan d'urgence hospitalier doit pouvoir servir à des hôpitaux de grande ou petite taille, universitaires et non universitaires, ainsi qu'aux hôpitaux spécialisés et psychiatriques.

- 'Sensibilisation des fonctions cadres et des directions' : elles doivent être convaincues de l'importance d'un plan d'urgence efficace.

- 'Visibilité de la capacité « réflexe » et de traitement' : la capacité de chaque hôpital doit être « visible » pour tous les hôpitaux (cf. système ICMS).

- 'Scénarios génériques' pour simplifier les choses et ne pas nécessairement rendre plus complexe une matière qui l'est déjà.

- 'Harmonisation avec la planification d'urgence « générale » : communale, provinciale et fédérale.

- 'Un moyen plutôt qu'une obligation' : Le modèle du plan d'urgence hospitalier ne sera pas imposé mais proposé comme une aide à tous les hôpitaux. C'est également un moyen d'uniformisation et de standardisation des plans d'urgence hospitalier, ce qui facilitera l'approbation du plan d'urgence hospitalier par les autorités compétentes.

Le modèle du plan d'urgence hospitalier se composera de quatre parties :

La Partie I est le manuel qui offre un cadre théorique global, expliquant le plan d'urgence hospitalier et son contexte entier, sous tous les aspects. Ce n'est pas une lecture obligatoire, mais elle propose un document de référence et un outil pour le plan d'urgence hospitalier et sa compréhension.

La Partie II comprend le modèle du plan d'urgence hospitalier qui est présenté sous la forme d'un document à compléter contenant des hyperliens. Il se veut un document de travail concis, pratique, qui prouve son utilité opérationnelle au moment d'une urgence collective.

La Partie III est un inventaire de fiches d'action et de risques. Pour déterminer les risques, il a été tenu compte de la vision d'une coordination et d'une approche génériques des situations d'urgence : en d'autres termes, le nombre de procédures d'intervention spécifiques est réduit à un minimum. Les procédures d'intervention appliquées actuellement en matière de réception, accueil, réallocation, isolement ont été complétées par les éléments suivants :

- Lock-down pour les risques de type 'amok' et 'terrorisme' ;

- Business Continuity Plan (BCP)/Logistique pour les risques de perturbation des flux logistiques et des patients, de panne d'équipements de support, de pénurie de personnel et ;

- CBRNe pour les risques chimiques, biologiques, radiologiques, nucléaires et explosifs.

La Partie IV comprend un questionnaire pratique qui permet de vérifier, étape par étape, si le plan d'urgence hospitalier est complet.

- L'outil d'e-learning sera proposé via un outil qui génère une attestation au terme des différents modules. Il se composera des modules suivants :

• Connaissances de base de la planification d'urgence hospitalière, avec test ;

• Manuel pratique d'exercices pour les risques spécifiques ;

• Film éducatif : « Comment évacuer en cas d'incendie » ;

• Aperçu des programmes d'exercices virtuels.

Les médecins peuvent se connecter à l'aide de leur carte d'identité, les autres membres du personnel de l'hôpital doivent d'abord s'enregistrer. Pour les médecins la formation entre en ligne de compte pour l'accréditation.

- Communication avec tous les hôpitaux via un symposium et un site internet :

Tous les outils décrits seront communiqués et expliqués lors d'un symposium organisé conjointement par le SPF Santé Publique, les communautés et les régions.

- Het ziekenhuisnoodplan

De volgende principiële uitgangspunten werden in acht genomen bij de ontwikkeling van het concept van het ziekenhuisnoodplan :

- 'terugplooibare functies' : Dit betekent dat (bvb voor kleinere ziekenhuizen) bepaalde functies kunnen gecombineerd worden.

- 'toepasbaar voor alle ziekenhuizen' : Het ziekenhuisnoodplan moet kunnen dienen voor zowel grote als kleine, universitaire als niet-universitaire, alsook voor de gespecialiseerde en de psychiatrische ziekenhuizen.

- 'sensibilisatie leidinggevenden en directies' : Deze moeten door-drongen zijn van het belang van een werkzaam ziekenhuisnoodplan.

- 'zichtbaarheid van de reflex- en de behandelcapaciteit' : Deze moet van elke ziekenhuis op een bepaalde manier zichtbaar zijn voor alle ziekenhuizen (cfr. systeem ICMS)

- 'generieke scenario's' : En dit om te vereenvoudigen en de materie die op zich al complex is, niet onnodig, moeilijker te maken.

- 'afstemming met de algemene (gemeentelijke, provinciale en federale) noodplanning' ;

- 'Hulpmiddel in plaats van een verplichting' : Het sjabloon van het ziekenhuisnoodplan zal niet verplicht worden opgelegd maar wel als een hulpmiddel aan alle ziekenhuizen worden aangereikt. Het fungeert tevens als middel van uniformisatie en standaardisatie van de ziekenhuisnoodplanning en moet de goedkeuring van het ziekenhuisnoodplan door de bevoegde overheden faciliteren.

Het sjabloon van ziekenhuisnoodplan zal uit vier delen bestaan :

Deel I is de handleiding dat een allesomvattend theoretisch kader biedt dat het ziekenhuisnoodplan en zijn gehele context waarbinnen het ingebed is, in al zijn facetten uitlegt. Het is geen verplichte lectuur maar biedt daarentegen wel een referentiedocument en handvat voor begrip en inzicht van het ziekenhuisnoodplan.

Deel II omvat het sjabloon van ziekenhuisnoodplan dat wordt aangeboden in de vorm van een invuldocument met hyperlinks. Het heeft de ambitie om een kort, praktisch werkdocument te dat zijn operationeel nut bewijst op het moment van een collectieve noodsituatie.

Deel III bestaat uit een inventaris van actiekaarten en risico's. Bij het bepalen van de risico's werd er rekening gehouden met de visie van een generieke coördinatie en aanpak van de noodsituaties : dit betekent dat het aantal specifieke interventieprocedures tot een minimum herleid wordt : de tot nu toe gehanteerde interventieprocedures van Receptie, Evacuatie, Isolatie, Relocatie werden aangevuld met volgende verplicht apart uit te werken items :

- Lock-down voor de risico's van amok en terreur;

- Business Continuity Plan (BCP)/ Logistiek om de risico's van verstoring van logistieke flow, vertraagde patiëntenflow, uitval van nutsvoorzieningen en personeelstekort en

- CBRNe voor de risico's Chemisch, Biologisch Radiologisch, Nucleair en Explosief

Deel IV omvat een praktische vragenlijst die toelaat het ziekenhuisnoodplan stapsgewijs te controleren op haar volledigheid.

- De tool e-learning zal aangeboden via een tool dat een attest genereert na het doorlopen van de verschillende modules. De tool zal uit de volgende modules • bestaan :

• Basiskennis ziekenhuisnoodplanning met test

• Handleiding oefenen met oefeningen voor specifieke risico's en

• Educatief filmpje : "Hoe evacueren bij brand?"

• Overzicht van virtuele oefenprogramma's

Artsen kunnen inloggen met hun identiteitskaart, ander ziekenhuispersoneel moet zich inloggen. De opleiding komt in aanmerking voor accreditatiepunten voor artsen.

- De communicatie aan alle ziekenhuizen zal gebeuren via symposium en website :

Alle hierboven beschreven tools zullen gecommuniceerd en uitgelegd worden via een symposium dat gezamenlijk zal georganiseerd worden door de FOD Volksgezondheid, de Gemeenschappen en Gewesten.

Les outils et informations seront disponibles en français et néerlandais également sur le site internet du SPF Santé Publique, qui renverra aux sites internet publics de tous les niveaux de pouvoir concernés.

Le plan d'urgence hospitalier dispose d'un logo, une identité visuelle et une brochure spécifique.

Ainsi conclu à Bruxelles, le 24 octobre 2016.

Pour l'Etat fédéral :

Mme M. DE BLOCK,

Ministre des Affaires Sociales et de la Santé publique.

Alle tools en informatie zullen ook in het Nederlands en Frans beschikbaar zijn op de website van FOD Volksgezondheid waar er ook verwezen zal worden naar de publieke websites van alle betrokken, relevante overheden.

Het ziekenhuisnoodplan geniet een eigen logo, huisstijl en een brochure.

Aldus overeengekomen, 24 oktober 2016 te Brussel.

Voor de Federale Staat :

Mevr. M. DE BLOCK,

Minister van Sociale Zaken en Volksgezondheid.

Voor de Vlaamse Gemeenschap en het Vlaams Gewest :

J. VANDEURZEN,

Vlaams Minister van Welzijn, Volksgezondheid en Gezin.

Pour la Région wallonne :

M. PREVOT,

Ministre des Travaux publics, de la Santé, de l'Action sociale et du Patrimoine.

Pour la Communauté française :

R. DEMOTTE,

Ministre-Président de la Fédération Wallonie-Bruxelles.

Mme A. GREOLI,

Vice-Présidente, Ministre de la Culture et de l'Enfance.

Pour la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale :

Voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van Brussel-Hoofdstad :

D. GOSUIN,

Ministre, Membre du Collège Réuni, compétent pour la politique de la Santé, les Finances, le Budget, la Fonction publique, le Patrimoine et les Relations extérieures.

G. VANHENGEL,

Minister, Lid van het Verenigd College, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid, de Financiën, de Begroting, het Openbaar Ambt, het Patrimonium en de Externe Betrekkingen.

Pour le collège de la Commission communautaire française de Bruxelles-Capitale :

Voor het College van de Franse Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest :

Mme C. JODOGNE,

Membre du Collège de la Commission communautaire française, compétente pour la Politique de Santé.

Für die Deutschsprachige Gemeinschaft:

Pour la Communauté germanophone :

A. ANTONIADIS,

Minister der Deutschsprachigen Gemeinschaft für Familie, Gesundheit und Soziales

**SERVICE PUBLIC FEDERAL SANTE PUBLIQUE,
SECURITE DE LA CHAINE ALIMENTAIRE
ET ENVIRONNEMENT**

[C - 2016/24292]

24 OCTOBRE 2016. — Avenant au Protocole d'accord conclu le 15 mai 2014 entre le Gouvernement fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution, concernant l'exercice des compétences transférées aux entités fédérées dans le domaine de la sante publique et des soins de sante pour la période transitoire dans le cadre de la loi spéciale du 6 janvier 2004 relative a la sixième réforme de l'Etat

Vu les compétences respectives dont disposent l'Etat fédéral et les autorités visées aux articles 128, 130, 135 et 138 de la Constitution sur le plan de la politique de santé;

Vu la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'Etat,

Il est décidé ce qui suit :

Article 1^{er}. L'article 28 du protocole est prolongé jusqu'au 31 décembre 2018.

Art. 2. L'article 33 du protocole est prolongé jusqu'au 31 décembre 2018 à l'exception de la Région wallonne, de la Communauté germanophone et de la Commission communautaire commune et la commission communautaire française de la Région de Bruxelles-Capitale.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST VOLKSGEZONDHEID,
VEILIGHEID VAN DE VOEDSELKETEN
EN LEEFMILIEU**

[C - 2016/24292]

24 OKTOBER 2016. — Aangangsel tot wijziging van het Protocol-akkoord gesloten op 15 mei 2014 tussen de Federale Regering en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet met betrekking tot de uitoefening van de aan de deelstaten toegewezen bevoegdheden op het vlak van volksgezondheid en gezondheidszorg tijdens de overgangperiode in het kader van de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming

Gelet op de respectievelijke bevoegdheden waarover de Federale Staat en de in artikel 128, 130, 135 en 138 van de Grondwet bedoelde overheden op het vlak van het gezondheidsbeleid beschikken;

Gelet op de bijzondere wet van 6 januari 2014 met betrekking tot de zesde staatshervorming;

Is er het volgende beslist :

Artikel 1. Artikel 28 van het protocol wordt tot 31 december 2018 verlengd.

Art. 2. Artikel 33 van het protocol wordt tot 31 december 2018 verlengd, met uitzondering van het Waals Gewest, de duitstalige gemeenschap en de franstalige en Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest.