



Eurostation II  
Place Victor Horta, 40/10  
1060 Bruxelles

Discipline AMU  
Auteur Michel Van Geert

Tél. 02-524 98 65  
Fax 02-524 98 18  
E-mail michel.vangeert@sante.belgique.be

Annexe(s) 1

Note à l'attention :

- des services ambulanciers agréés pour l'aide médicale urgente
- des services SMUR et PIT
- des écoles provinciales
- de la Croix-Rouge

Cc :

- les services d'inspection d'hygiène fédéraux
- les directions médicales des centres de secours 112/100
- le CGCCR
- les gouverneurs des provinces

Objet : Circulaire AMU/2017/D2/Plan d'intervention médical

L'arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention stipule qu'un plan monodisciplinaire d'intervention doit régler les modalités d'intervention des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux.

Le plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2 est subdivisé en plusieurs parties, parmi lesquelles le plan d'intervention médical.

Mi-2016, le Service Public Fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement (SPF SPSCAE) a mis en place un groupe de travail à la demande de la Ministre. Ce groupe de travail, constitué d'experts et de représentants des acteurs de la discipline 2 sur le terrain, avait pour mission d'examiner la circulaire ministérielle du 14 décembre 2009 relative au plan d'intervention médical en vue de l'adapter aux besoins actuels.

Le plan d'intervention médical ci-annexé reprend les notions conceptuelles de base pour une mise en œuvre efficace des secours médicaux. En se basant sur la situation actuelle, incluant les besoins en soins des victimes ainsi que les moyens disponibles du moment (personnel, matériel), il est possible d'y apporter certaines adaptations pragmatiques. Nous devons néanmoins insister sur la nécessité de rester le plus proche possible du contenu de l'annexe afin de garantir l'efficacité des services médicaux sur le terrain, car chaque secouriste en connaît le contenu et peut donc collaborer de manière optimale.

## Raison d'être de la circulaire

- Diffuser le plan monodisciplinaire d'intervention, discipline 2.
- Attirer l'attention des acteurs de la discipline 2 sur la nécessité d'organiser des formations et des exercices de façon à permettre une application aisée du plan monodisciplinaire d'intervention sur le terrain et à garantir des secours efficaces avec une répartition claire des rôles/tâches pour chaque secouriste.
- Encourager les centres provinciaux de formation et de perfectionnement des secouristes-ambulanciers à intégrer le contenu de cette circulaire le plus rapidement possible dans leur programme de formation.
- Établir le lien entre le plan d'intervention médical et le plan d'intervention psychosocial.

## Actions à mener

- Les responsables des services qui interviennent dans le cadre des secours de la discipline 2, sont responsables de la formation de ses collaborateurs en ce qui concerne cette circulaire.
- Les centres de formation provinciaux doivent intégrer le contenu de cette circulaire dans la formation de base et la formation permanente du secouriste-ambulancier.
- Les autres centres de formation ayant intégré les informations relatives au plan monodisciplinaire d'intervention dans leur(s) formation(s) doivent actualiser celle(s)-ci.

## Entrée en vigueur

Le plan d'intervention médical annexé à cette circulaire ministérielle remplace intégralement le plan d'intervention médical figurant dans la circulaire ministérielle du 14 décembre 2009.

Le plan d'intervention médical annexé à la présente circulaire ministérielle entrera en vigueur dès le 19 janvier 2017.

Maggie De Block,  
Ministre de la Santé publique





# Plan d'intervention médical (PIM)

## Table des matières

Principes généraux.....	3
1 Introduction .....	3
2 Contexte.....	3
3 Liste des abréviations utilisées pour la discipline 2 .....	5
Plan d'Intervention Médical – PIM .....	10
1 Objectifs .....	10
2 Fonctionnement et structure.....	10
2.1 Mise en alerte .....	10
Qui est autorisé à déclencher l'alerte.....	11
Niveaux d'alerte.....	11
2.2 Montée en puissance.....	12
Le 'PIM ÉLARGI' .....	13
Le 'MAXI-PIM'.....	13
Soutien interprovincial.....	14
2.3 Prendre le relais (roulement du personnel).....	14
2.4 Résorption et fin .....	15
2.5 Suivi.....	15
2.6 Résumé.....	16
3 Coordination .....	17
3.1 Coordination opérationnelle.....	17
3.2 Coordination stratégique .....	17
4 Organisation sur le site d'intervention .....	18
4.1 Zonage.....	18
Zone rouge .....	18
Zone orange .....	19
Zone jaune .....	19
4.2 Tâches de la discipline 2.....	19
4.3 Chaîne médicale.....	20
Point Relais.....	20
Pré-triage .....	20



Petite noria.....	21
Poste Médical Avancé.....	21
Grande noria .....	23
Parc ambulancier .....	23
Point de première destination/point de rendez-vous.....	23
Structure d'accueil .....	24
5 Personnel et moyens .....	24
5.1 Fonctions de coordination .....	24
5.2 Fonctions supplémentaires.....	25
5.3 Moyens d'intervention.....	28
5.4 Schéma de l'organisation et du déploiement du personnel.....	28
5.5 Schéma de communication.....	29
5.6 Identification des intervenants .....	30
6 Fin du PIM .....	31
7 Lien avec le PIPS.....	31
8 Fiches d'action .....	32
9 Formations et exercices .....	32
10 Législation et historique.....	33



# Principes généraux

## 1 Introduction

Le plan monodisciplinaire d'intervention règle les modalités d'intervention d'une discipline, conformément aux plans d'urgence et d'intervention (PUI) existants (AR du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention, art 4).

Pour la discipline 2, il contient les mesures prises en exécution de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente et qui détermine l'organisation de l'aide en cas d'événements désastreux, de catastrophes ou de sinistres dans un cadre multidisciplinaire.

Le texte qui suit est destiné à :

- faciliter la rédaction de plans d'urgence et d'intervention communaux, provinciaux et fédéraux adaptés aux risques identifiés (cf. NPU2 et NPU4) ;
- éviter la répétition des erreurs classiquement décrites lorsque l'action des secours n'a pas été préalablement coordonnée par un plan d'intervention médical.

C'est dans cet état d'esprit que le législateur a publié les Arrêtés Royaux du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention ainsi que celui du 2 février 2007 définissant la fonction de directeur de l'aide médicale et son champ d'application ainsi que toutes dispositions prises en exécution de la loi du 8 juillet 1964 .

## 2 Contexte

Une situation d'urgence collective peut causer de très graves dommages à un grand nombre de personnes, de biens ou à l'environnement. Cela a pour conséquence que les besoins initiaux en termes de secours médicaux, au sens large du terme, dépassent la capacité quotidienne de réponse de l'Aide Médicale Urgente.

L'organisation particulière des secours médicaux et psychosociaux engendrés par cette situation d'urgence collective, appelant à une montée en puissance des moyens et ressources, implique une mobilisation plus ou moins importante des services intervenant habituellement dans l'urgence individuelle voire dans la mise en place de moyens exceptionnels.

C'est pourquoi il est nécessaire de définir les modalités de structure de l'organisation et de la coordination des moyens de la chaîne des secours médicaux et psychosociaux afin de faire face :

- à un (important) afflux de victimes ;
- à une situation sanitaire exceptionnelle et/ou un danger pour la santé publique.



En outre, il est essentiel d'éviter autant que possible de déstabiliser l'organisation et la structure de l'aide médicale urgente quotidienne.

Il en sera de même lors des manifestations à (haut) risque et/ou lors de grands rassemblements de personnes (cf. circulaire ministérielle OOP 41 du 31 mars 2014).

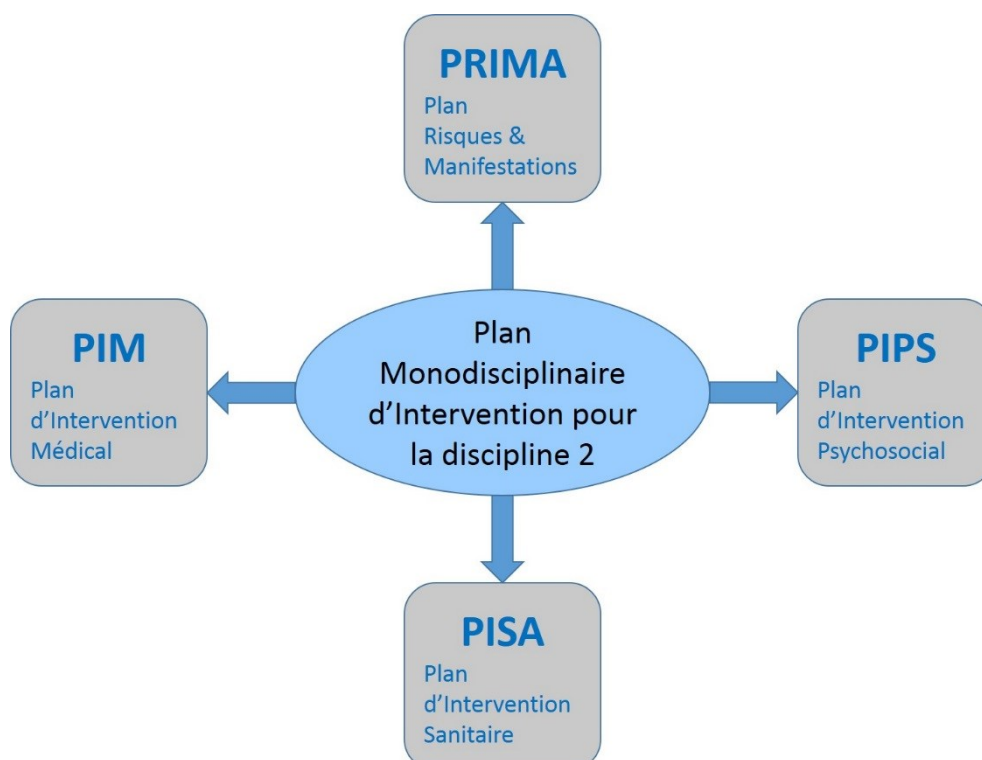
Il est également indispensable de disposer à tout moment et dans chaque situation d'un inventaire de l'ensemble des moyens disponibles (personnes, biens et services) susceptibles d'être mobilisés.

Cette démarche s'inscrit dans la politique générale de prévention des risques du gouvernement fédéral et conduit à la mise en place d'un plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2 (D2), dont chaque risque spécifique constitue une partie distincte de ce plan :

- le Plan d'Intervention Médical (PIM)
- le Plan d'Intervention Psychosocial (PIPS)
- le Plan Risques et Manifestations (PRIMA) qui vise des événements à risques
- le Plan d'Intervention Sanitaire (PISA)

Le Plan d'Intervention sanitaire (PISA) et le Plan Risques et Manifestations (PRIMA) seront publiés ultérieurement.

Vue schématique de la composition du plan monodisciplinaire pour la discipline 2 :





### 3 Liste des abréviations utilisées pour la discipline 2

<b>Abréviation</b>	<b>Description</b>
Adjoint triage (ADJ TRI)	<i>Infirmier SMUR qui assiste le médecin ayant la responsabilité du triage (Médecin-TRI).</i>
Adjoint à l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (ADJ IH)	<i>Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant à l'Inspecteur d'Hygiène Fédéral.</i>
Aide Médicale Urgente (AMU)	<i>La dispensation immédiate de secours appropriés à toute personne dont l'état de santé par suite d'un accident ou d'une maladie soudaine ou de la complication soudaine d'une maladie requiert une intervention urgente après un appel au système d'appel unifié. L'aide, le transport et la prise en charge dans un service hospitalier adéquat sont assurés (conformément à la loi du 8 juillet 1964 relative à l'Aide médicale urgente).</i>
Centre d'Accueil (CA)	<i>Centre proposant une première prise en charge psychosociale aux personnes indemnes et aux éventuels témoins oculaires directement impliqués dans la situation d'urgence. Si nécessaire, des mesures sont prises pour un accueil de longue durée. La localisation et l'organisation du CA sont déterminées par le Plan d'urgence et d'intervention communal (conformément au PIPS).</i>
Centre de secours 112/100 (CS 112/100)	<i>Organisation de l'Aide médicale urgente consistant en un numéro d'appel unifié ainsi que du personnel répondant aux appels urgents selon les règles imposées par le SPF Santé publique.</i>
Chaîne médicale des secours	<i>Les moyens et le personnel pouvant faire l'objet d'une réquisition en vertu de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).</i>
Comité de Coordination Communal (CC COM)	<i>Comité consultatif entre les responsables politiques de différentes disciplines, sous la direction du Bourgmestre.</i>
Comité de Coordination provincial (CC PROV)	<i>Comité consultatif entre les responsables politiques de différentes disciplines, sous la direction du Gouverneur de la Province.</i>
Commission d'Aide Médicale Urgente (CoAMU)	<i>La Commission d'Aide médicale urgente est un organe consultatif pour les autorités provinciales et communales. La Commission regroupe tous les acteurs actifs dans le secteur de l'Aide médicale urgente au niveau des provinces et de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, et ce sous la présidence de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (conformément à l'AR du 10 août 1998).</i>
Conditionnement	<i>Préparer la victime pour le transport en tenant compte de la régulation pour l'évacuation</i>
Coordinateur du parc ambulancier (COORD AMB)	<i>Responsable du parc ambulancier qui veille au positionnement correct des ambulances afin qu'elles soient rapidement à disposition sur le lieu d'intervention. Il est désigné sur base de son expérience ou de sa connaissance du PIM.</i>





Coordinateur Logistique (COORD LOG)	<i>Responsable du soutien logistique des actions médicales sur le site de la catastrophe.</i>
Coordinateur PMA (COORD VMP-PMA)	<i>Responsable du Poste Médical Avancé (PMA) pour ce qui concerne tous les aspects non médicaux. Personne qui veille à ce que le PMA soit correctement mis en place et à ce que l'approvisionnement des moyens logistiques lui étant destinés soit assuré.</i>
Coordinateur Psychosocial local (CPSL)	<i>Le CPSL est responsable des collaborateurs locaux de l'aide psychosociale. Il est le lien direct entre la commune et le PIPS. Lors de l'activation d'un PIPS, cette fonction fait partie intégrante de la D2 et est effectuée sous la responsabilité du DIR-MED, de l'IH (ou de son adjoint), du PSM.</i>
Coordinateur Régulation (COORD REG)	<i>Personne qui, en cas de situation d'urgence collective, est chargée de la régulation sur le terrain, conformément aux exigences du Plan d'Intervention Médicale.</i>
Coordinateur Régulation Adjoint (ADJ COORD REG)	<i>Personne qui aide la personne responsable de la régulation.</i>
Directeur médical (DIR-MED)	<p><i>Médecin exerçant la direction opérationnelle de l'ensemble des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux sur le terrain et affecté à la chaîne médicale des secours, quels que soient leurs services d'origine. Le DIR-MED travaille sous l'autorité administrative de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral qui siège au sein du comité de coordination (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur la fonction Dir- Med).</i></p> <p><i>Dans ce texte la dénomination <u>DIR-MED</u> (majuscules) indique une fonction, tandis que <u>Dir-Med</u> (minuscules) indique un <u>médecin</u> nommé par arrêté ministériel.</i></p>
Directeur médical adjoint (ADJ DIR-MED)	<i>Adjoint du DIR-MED, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant au DIR-MED.</i>
Dispositif médical préventif	<i>Ensemble des mesures médico-sanitaires établies préalablement aux événements planifiés comportant d'éventuels risques pour les participants et / ou le public, en concertation avec les organisateurs et les autorités compétentes (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur la fonction Dir-Med).</i>
Endroit de regroupement	<i>Lieu où sont regroupées les personnes indemnes avant d'être éloignées du site de la catastrophe.</i>
Fiche tri	<i>Méthode d'enregistrement standard des données personnelles et médicales accompagnant la victime tout au long de la chaîne médicale des secours, depuis le site de la catastrophe jusqu'à l'hôpital.</i>
First Intervention Team Logistique (FIT LOG)	<i>Partie du MIR : Véhicule doté du matériel <u>logistique</u> dédié au fonctionnement et à l'organisation d'un PMA (civières, tente, groupe électrogène, éclairage, ...)</i>
First Intervention Team Medical (FIT MED)	<i>Partie du MIR : Véhicule équipé du matériel <u>médical</u> afin de rendre opérationnel un PMA (oxygène, bandages, couvertures, médicaments, ...).</i>





Grande noria	<i>Évacuation régulée des victimes à partir du PMA vers les structures adéquates de prise en charge et/ou de traitement. Dans certains cas, cette évacuation peut se faire directement du site de la catastrophe vers la structure de soins.</i>
Hôpital doté de la fonction 'Soins urgents spécialisés'	<i>Hôpital doté d'une fonction 'Soins urgents spécialisés' agréée conformément à l'AR du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction " soins urgents spécialisés " doit répondre pour être agréée.</i>
Impliqué	<i>Toute personne directement confrontée à une situation d'urgence, présente au moment des faits (personne décédée, blessée, indemne, témoin sur les lieux).</i>
Inspecteur d'Hygiène fédéral (IH)	<i>Médecin, fonctionnaire du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, membre du comité communal ou provincial de coordination en tant que représentant de la discipline 2, habilité à prendre des mesures administratives au nom du Ministre et officier de liaison pour la cellule de crise départementale du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.</i>
Médecin triage (MED TRI)	<i>Médecin SMUR qui effectue le tri.</i>
Medical Emergency field Triage Tag (METTAG™)	<i>Fiche avec code universel (concept international) indiquant l'évolution de la gravité des blessures et facilitant l'enregistrement de la victime.</i>
Moyen d'Intervention Rapide (MIR)	<i>Ensemble des moyens (personnels et véhicules) de la D2 en cas de catastrophe et qui sont acheminés sur place par un partenaire (composé en partie d'un FIT MED et d'un FIT LOG).</i>
Mise en alerte du PIM	<i>Déclenchement de la chaîne médicale des secours lorsque les critères de déclenchement sont remplis.</i>
Mise en condition	<i>Préparer la victime à être transportée en vue d'une évacuation régulée.</i>
Mise en préalerte du PIM	<i>Mise en alerte partielle du Plan d'Intervention Médical dans laquelle seuls les intervenants principaux de celui-ci sont alarmés dans le but d'évaluer l'urgence médicale</i>
Moyens logistiques médicaux	<i>Moyens mis en œuvre pour l'installation et l'équipement du PMA. Ces moyens sont transportés avec le personnel dans des véhicules prévus à cet effet.</i>
Non-blessé	<i>Toute personne présente lors d'une situation d'urgence collective et qui ne semble pas avoir de blessures physiques.</i>
Petite noria	<i>Évacuation des victimes à partir du point relais vers l'entrée (lieu de tri) du PMA.</i>
Plan Belgian association for burns injuries (Plan BABI)	<i>Plan national coordonnant le nombre de lits pour grands brûlés ainsi que la coordination entre les différents centres de traitement.</i>
Plan d'Intervention Médical (PIM)	<i>Subdivision du plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2 (D2). Contient toutes les mesures prises afin d'organiser et de fournir les secours et les soins adaptés aux victimes lors de situation d'urgence médicale collective.</i>



Plan d'Intervention psychosocial (PIPS)	<i>Subdivision du plan d'intervention monodisciplinaire pour la discipline 2. Le plan active et coordonne l'aide psychosociale pour toutes les personnes impliquées dans des situations d'urgence collective, tant en phase aiguë que dans le soutien à plus long terme.</i>
Plan de Mise en Alerte des Services Hospitaliers (MASH)	<i>Chaque hôpital doit élaborer un plan d'action comprenant un 'volet interne' qui permet de faire face à un problème au sein de l'hôpital et un 'volet externe' qui permet de faire face à un afflux de victimes en cas de situation d'urgence collective (conformément à l'AR du 23 octobre 1964, dans lequel se trouve Art. N1, Annexe A, III, 14° modifié par l'AR du 17/10/1991). Ce plan peut être considéré comme un PPUI approuvé par le gouverneur de la province.</i>
Point de Première Destination (PPD)	<i>Il s'agit du lieu qui se situe en dehors de la zone de danger où tous les moyens transports) sont rassemblés. Ceux-ci seront ainsi recensés. Sur base des besoins, le moyen/transport le plus approprié est envoyé sur le site/ la zone adéquate.</i>
Poste de Commandement Opérationnel (PC-Ops)	<i>Consultation entre les responsables opérationnels des différentes disciplines, sous la direction du Directeur de la coordination opérationnelle (DIR CP-OPS)</i>
Poste Médical Avancé (PMA)	<i>Structure transitoire pré-hospitalière permettant d'assurer le tri et la stabilisation des victimes, leur mise en condition, l'enregistrement et l'identification des victimes ainsi que leur évacuation régulée vers les hôpitaux (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur la fonction Dir-Med).</i>
Psycho Social Manager (PSM)	<i>Le psychosocial manager (PSM) supervise le fonctionnement et la coordination du PIPS et est sous l'autorité administrative de l'Inspecteur d'Hygiène.</i>
Réseau PIPS	<i>Groupe de personnes responsables de la prise en charge psychosociale initiale des victimes et de leurs proches en cas d'urgence dans une ville ou une commune. Ce groupe est composé d'employés locaux, ce qui soulage l'organisation sur le court terme.</i>
Secouriste-ambulancier (S-A)	<i>Le Ministre de la Santé publique a intégré la fonction de secouriste-ambulancier au fonctionnement de l'Aide médicale urgente. Le S-A est formé dans l'une des écoles provinciales de formation et reçoit son brevet suite à la réussite d'examens théoriques et pratiques. Par soucis de lisibilité, dans ce texte, aucune distinction n'est faite entre le S-A et l'infirmier-ambulancier.</i>
Service d'Intervention Sociale Urgente (SISU)	<i>Service de la Croix-Rouge de Belgique qui assiste la discipline 2 dans le cadre de la prise en charge psychosociale des victimes dans des situations d'urgence collective. Ce service constitue une unité opérationnelle dans le cadre de la mise en œuvre du PIPS.</i>



Service d'ambulance	<i>Service d'ambulance organisé par les pouvoirs publics et visé à l'article 5, alinéa 1er, de la loi du 8 juillet 1964. Services ambulanciers organisés par des personnes privées, en application de l'article 5, alinéa 3 de la même loi, ayant accepté, en accord avec l'État, de collaborer à l'Aide Médicale Urgente (conformément à l'AR du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'Aide Médicale Urgente, art 1, 6°).</i>
Service Mobile d'Urgence (SMUR)	<i>Fonction 'service mobile d'urgence' agréée par le Ministre de la Santé publique, intégrée dans le fonctionnement de l'Aide médicale urgente. L'équipe SMUR, composée d'un médecin urgentiste et d'un infirmier urgentiste se rend à un endroit donné à la demande du préposé du système d'appel unifié (conformément à l'AR du 10 août 1998).</i>
Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et de l'Environnement (SPF SPSCAE)	<i>Organisme fédéral ayant comme compétence la santé publique, la chaîne alimentaire et l'environnement.</i>
Stabilisation	<i>Ensemble d'actes médicaux visant à optimiser l'état du patient de façon à accroître ses chances de bénéficier d'un traitement</i>
Team d'Intervention paramédicalisé (PIT)	<i>Ambulance 112 agréée dont l'équipage est complété d'un infirmier urgentiste et de matériel médical supplémentaire.</i>
Tri	<i>Évaluation médicale clinique réalisée à l'entrée du Poste Médical Avancé (PMA), au cours de laquelle les victimes sont réparties selon le degré d'urgence en fonction de la gravité de leurs blessures.</i>
Triage préalable (pré-tri)	<i>Première évaluation clinique, rapide, réalisée à la limite entre la zone rouge et la zone orange et éventuellement, dans des cas spécifiques, dans la zone rouge. Les victimes sont réparties en groupes en fonction de l'urgence de l'évacuation vers les chaînons suivants de la chaîne des soins médicaux.</i>
Victime	<i>Toute personne présente lors d'une situation d'urgence collective et qui semble être blessée.</i>



# Plan d'Intervention Médical – PIM

## 1 Objectifs

L'objectif du plan est de définir des procédures spécifiques de gestion médicale adaptées lors d'incident collectif de grande ampleur afin de garantir à l'ensemble des victimes une prise en charge adaptée.

Le plan d'intervention monodisciplinaire pour la discipline 2 a pour objectifs :

- de mettre au point un modèle d'aide visant à optimiser l'emploi des secouristes et des moyens disponibles,
- de permettre aux principes appliqués dans le cadre de l'aide médicale individuelle d'être également appliqués lors de situations d'urgence collective sans que cette dernière ne soit simplement la somme d'aide individuelle mais une approche coordonnée afin que le déploiement d'un grand nombre de moyens soit réalisé,
- d'éviter au maximum d'encombrer les infrastructures et services réguliers médico-sanitaires par un afflux (incontrôlé) de victimes,
- de permettre la poursuite des activités de l'Aide Médicale Urgente quotidienne et, éventuellement de les réorganiser temporairement,
- de mettre les plans et actions de la discipline 2 en conformité avec les plans et actions des autres disciplines s'inscrivant dans le cadre de l'aide aux victimes en situation d'urgence collective,
- de gérer de façon optimale la chaîne médicale des secours afin d'aider efficacement les victimes, dans le respect du secret médical.

## 2 Fonctionnement et structure

Le présent plan décrit l'organisation, la mise en œuvre opérationnelle et la coordination.

Ce plan doit être considéré comme une base (conceptuelle) qui doit être adapté aux circonstances en fonction des besoins, des exigences et des ressources disponibles. Les adaptations sont effectuées après concertation entre les responsables de la coordination et peuvent être transposées au niveau du personnel et/ou des moyens et/ou de la logistique à engager. Il est donc possible que certaines structures soient déployées dans leur intégralité, partiellement ou pas du tout.

### 2.1 Mise en alerte

L'alerte décrit le personnel et les moyens que le préposé du CS 112/100 ou du dispatching médical doit avertir lors du déclenchement des différents niveaux du PIM. L'opérateur va alerter les différents moyens à mettre en œuvre selon des procédures et des principes prédéfinis.



### *Qui est autorisé à déclencher l'alerte*

Les équipes de premiers secours sur place (membres de la D1, D2, D3) sont habilitées à demander l'activation d'un PIM.

Les personnes suivantes sont habilitées à activer le PIM :

- le Dir-Med ou son adjoint,
- le premier SMUR sur place qui assume (temporairement) la fonction de DIR-MED,
- l'IH ou son adjoint,
- le chef du service d'Aide Urgente (SPF SPSCAE) ou son adjoint,
- sur demande du Centre Gouvernemental de Coordination et de Crise (CGCCR), du médecin de garde du service Public Health Emergency du SPF SPSCAE via l'IH ou via le chef de service Aide Urgente ou de leur adjoint respectif.

Le CS 100/112 territorialement compétent ou le dispatching médical peut formellement activer le PIM.

### *Niveaux d'alerte*

#### PRÉ-ALERTE

La pré-alerte est donnée dans des situations qui pourraient être potentiellement dangereuses pour la santé publique et/ou pour l'environnement.

Le niveau de 'Pré-alerte' est destiné à informer les *responsables de la coordination*, en d'autres termes l'Inspecteur d'Hygiène Fédéral ou son adjoint, le Dir-Med de garde ou son adjoint ainsi que le Manager Psychosocial (PSM). Les responsables de la coordination peuvent, si nécessaire, se rendre sur place.

Ces derniers sont invités à évaluer la situation et à en assurer le suivi. Ils peuvent, à ce moment-là, étendre la pré-alerte aux Moyens d'Intervention Rapide (MIR).

Dans cette phase de pré-alerte, il est également prévu d'informer les acteurs qui nécessitent un préavis avant mobilisation.

L'alarme/alerte est déclenchée en fonction de la pertinence des informations délivrées par le CS 112/100 ou par le dispatching médical aux responsables de la coordination (ou éventuellement à leur demande, d'autres acteurs). Cela se fait au minimum par le biais d'un appel téléphonique ou éventuellement appuyé par un message écrit (via pager, radio tétra, GSM, ...).

#### ALERTE

L'alerte consiste en une réponse standard à une situation requérant une mise en œuvre effective et optimale des moyens médicaux. Elle inclut l'avertissement des *responsables de la coordination* mais aussi une *mobilisation immédiate des services opérationnels*.

**Attention** : *il n'y a pas d'activation automatique du PIM lors du déclenchement d'une phase (communale, provinciale ou fédérale) du Plan d'Urgence et d'Intervention.*



L'activation de l'alerte par les responsables de coordination pour les acteurs et les services opérationnels se fait par le biais d'un appel téléphonique dans lequel le CS 112/100 ou le dispatching médical communique les informations nécessaires. L'appel téléphonique peut être appuyé par un message écrit (via pager, radio tétra, GSM, ...).

Le PIM peut être activé automatiquement suite aux éléments rapportés durant l'appel et lorsque au minimum, un des critères quantitatifs suivants est rempli :

- 5 blessés graves ;
- 10 blessés dont la gravité des blessures/lésions est inconnue ;
- 20 personnes susceptibles d'être en danger ou à évacuer, sauf lors d'opérations de maintien de l'ordre.

Le PIM peut également être activé selon des critères qualitatifs qui, quant à eux, tiennent compte de la ou des pathologie(s) concernée(s) dans l'incident ou encore de la particularité ou spécificité de la situation (par exemple : incident CBRN/ attaque terroriste). Le déclenchement sur base de critères qualitatifs se fera alors après consultation de l'opérateur du CS112/100 ou du dispatching médical et de la personne responsable de la coordination.

Lorsque l'alerte est déclenchée et le PIM activé, le CS 112/100 ou le dispatching médical déclenche au minimum les moyens suivants :

- l'Inspecteur d'Hygiène Fédéral et son adjoint,
- le Dir-Med et son/ses adjoint(s),
- le PSM,
- 3 équipes SMUR,
- 5 ambulances (AMU),
- les Moyens d'Intervention Rapides (MIR).

Dans le cas d'une évacuation, les Moyens d'Intervention Rapides (MIR) ne sont alertés qu'après la consultation d'un des responsables de la coordination.

## 2.2 Montée en puissance

La montée en puissance comprend l'augmentation des moyens mis en œuvre et le renforcement des ressources en personnel et/ou moyens logistiques pour l'accomplissement des missions de la discipline 2.

La montée en puissance se fait :

- via le CS112/100 ou le dispatching médical sur base des informations données,
- à la demande du premier médecin SMUR sur place (DIR-MED faisant fonction),
- sur ordre du DIR-MED ou de son adjoint,
- sur ordre de l'IH ou de son adjoint,
- sur ordre du chef de service de l'Aide Urgente (SPF SPSCAE) ou de son adjoint,
- à la demande du Centre Gouvernemental de Coordination et de Crise (CGCCR) ou du médecin du service de garde du service Public Health Emergency (SPF SPSCAE) via l'IH ou le chef de service de l'Aide Urgente ou leur adjoint respectif.



### Le 'PIM ÉLARGI'

Le 'PIM ÉLARGI' peut être déclenché automatiquement lorsque l'appel répond au minimum à un des critères quantitatifs suivants :

- 20 blessés graves,
- 40 blessés dont la gravité des blessures/lésions est inconnue.

Lors du déclenchement d'un PIM-élargi, le CS 112/100 ou le dispatching médical envoie au minimum les moyens suivants :

- l'IH et son adjoint,
- le Dir-Med et son adjoint,
- le PSM,
- 10 SMUR,
- 20 ambulances (AMU) & Croix Rouge,
- les Moyens d'Intervention Rapides (MIR).

Si les moyens relevant de la compétence du centre de secours ou du dispatching médical sont insuffisants pour la mise en œuvre du 'PIM ÉLARGI' sachant qu'il est important de garder des moyens suffisants dans la province pour exécuter les missions de routine de l'Aide Médicale Urgente, le CS 112/100 peut demander des moyens supplémentaires aux provinces voisines.

Le CS 112/100 ou le dispatching médical de la province touchée prend contact avec les CS 112/100 des provinces voisines et demande des moyens supplémentaires dans le cadre du 'PIM ÉLARGI'. Les CS 112/100 des provinces voisines doivent immédiatement informer de la disponibilité des moyens qui peuvent être envoyés.

Le CS 112/100 ou le dispatching médical des provinces qui apporte leur soutien à une autre province doit également s'assurer de garder suffisamment de moyens dans leur province afin d'assurer le service minimum au fonctionnement de l'Aide Médicale Urgente.

### Le 'MAXI-PIM'

Le 'MAXI-PIM' peut être déclenché automatiquement lorsque l'appel répond au minimum à un des critères quantitatifs suivants :

- 50 blessés graves,
- 100 blessés dont la gravité des blessures/lésions est inconnue.

Lors du déclenchement d'un 'MAXI-PIM', le CS 112/100 ou le dispatching médical envoie au minimum les moyens suivants :

- l'IH et son adjoint,
- le Dir-Med et son adjoint,
- tous les PSM,
- 20 SMUR,
- 40 ambulances (AMU) & Croix Rouge,
- les Moyens d'Intervention Rapides (MIR).





Si les moyens relevant de la compétence du centre de secours ou du dispatching médical sont insuffisants pour la mise en place du MAXI-PIM sachant qu'il est important de garder des moyens suffisants dans la province pour exécuter les missions de routine de l'Aide Médicale Urgente, le CS 112/100 peut demander des moyens supplémentaires aux provinces voisines.

Le CS 112/100 ou le dispatching médical de la province touchée prend contact avec les CS 112/100 des provinces voisines et demande des moyens supplémentaires dans le cadre du MAXI-PIM. Les CS 112/100 des provinces voisines doivent immédiatement informer de la disponibilité des moyens qui peuvent être envoyés.

Le CS 112/100 ou le dispatching médical des provinces qui apporte leur soutien à une autre province doit également s'assurer de garder suffisamment de moyens dans sa propre province afin d'assurer le service minimum au fonctionnement de l'Aide Médicale Urgente.

### *Soutien interprovincial*

En cas d'une montée en puissance du PIM, la province touchée peut faire appel aux provinces voisines pour demander un soutien. Cette demande peut se faire de manière suivante :

- le CS 112/100 ou le dispatching médical de la province touchée fait la demande au CS112/100 ou au dispatching de la province voisine,
- les moyens envoyés par la province voisine doivent se rassembler d'abord à un point de rendez-vous dans leur propre province,
- le CS 112/100 ou le dispatching médical de la province voisine nomme un « chef de colonne » qui sera responsable des points suivants :
  - le point de contact entre le CS 112/100 et la colonne,
  - le maintien de la colonne de manière unie,
  - se rendre au PPD de la province touchée,
  - informer le DIR-MED des moyens mis à disposition dans la colonne,
- une fois que la colonne est formée, le CS 112/100 de la province qui apporte son aide contacte le CS 112/100 de la province touchée afin de communiquer les informations suivantes :
  - signaler que la colonne est prête pour le départ
  - s'informer du PPD où doit se rendre la colonne
  - signaler le départ de la colonne
- une fois que la colonne arrive au PPD et que le chef de colonne entre en contact avec le DIR-MED, connecter tous les moyens sur le même groupe de communication radio (les moyens sont donc utilisés de manière individuelle au profit des secours)

### 2.3 Prendre le relais (roulement du personnel)

Lors du déclenchement d'un PIM dont il est raisonnable de prévoir qu'il pourrait dépasser un nombre raisonnable d'heures, plusieurs choses sont à prendre en compte :

- la possibilité de repos (espace et temps) pour le personnel des moyens engagés,
- l'installation de sanitaires pour le personnel et les victimes,
- nourriture/boisson pour le personnel des moyens engagés.



Si la durée du déploiement du PIM dépasse 8 heures, il est essentiel de prévoir dans un temps opportun, le roulement du personnel et des moyens engagés ainsi que l'organisation du PIM (IH, DIR-MED, adjoints, ...).

C'est une tâche qui incombe aux coordinateurs responsables chargés d'assurer le meilleur roulement possible ainsi que de prévoir les installations nécessaires.

## 2.4 Résorption et fin

La résorption signifie qu'il y a une réduction du nombre de ressources utilisées, réduisant ainsi le personnel, le matériel et/ou les moyens logistiques pour la chaîne médicale de secours de la discipline 2.

La résorption se fait, après consultation, à la demande :

- du DIR-MED ou de son/ses adjoint(s),
- de l'IH ou de son adjoint,
- du chef de service de l'Aide Urgente (SPF SPSCAE) ou de son adjoint.

La fin d'un PIM doit être formellement communiquée aux personnes concernées via la CS 100/112 ou le dispatching médical et ce, sur demande des coordinateurs responsables.

Après chaque PIM, chaque responsable des services mobilisés doit envoyer rapidement et au plus tard 1 mois après l'évènement, un rapport à l'IH compétent. Ce rapport doit contenir au moins les informations suivantes :

- les ressources utilisées,
- les actions entreprises,
- le timing,
- le nombre de victimes prises en charge
- la destination des victimes

Les responsables des services engagés veilleront à reconditionner rapidement leur matériel afin de pouvoir, dans un temps minimum, garantir à nouveau le bon fonctionnement de l'Aide Médicale Urgente.

## 2.5 Suivi

A la suite d'un PIM, il est important que le personnel des moyens engagés, bénéficie d'un suivi psychosocial. En premier lieu, il en va de la responsabilité du service d'apporter une attention particulière au suivi de son personnel d'un point de vue psychosocial après un incident. Ensuite, ce soutien peut se faire dans le cadre d'un PIPS, par ex. par l'organisation d'un débriefing psychologique avec d'autres acteurs ayant joué un rôle lors du PIM. Enfin, il est également possible de planifier un entretien individuel avec un expert qualifié.



## 2.6 Résumé

Le tableau ci-dessous donne un aperçu des critères quantitatifs et des moyens engagés pour les différents niveaux d' « alarme ».

<b>Niveau</b>	<b>Critères quantitatifs</b>	<b>Moyens engagés</b>
PIM	<ul style="list-style-type: none"><li>• 5 blessés graves,</li><li>• 10 blessés dont la gravité des blessures/lésions est inconnue,</li><li>• plus de 20 personnes qui sont potentiellement en danger et qui doivent être évacuées (sauf lors d'opérations de maintien de l'ordre).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• IH et son adjoint,</li><li>• Dir-Med et son/ses adjoint(s),</li><li>• PSM,</li><li>• 3 SMUR,</li><li>• 5 ambulances (AMU),</li><li>• moyens d'intervention rapides (MIR).</li></ul>
PIM-élargi	<ul style="list-style-type: none"><li>• 20 blessés graves,</li><li>• 40 blessés dont la gravité des blessures/lésions est inconnue.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• IH et adjoint,</li><li>• Dir-Med et son/ses adjoint(s),</li><li>• PSM,</li><li>• 10 SMUR,</li><li>• 20 ambulances (AMU) &amp; Croix Rouge,</li><li>• moyens d'intervention rapides (MIR).</li></ul>
MAXI-PIM	<ul style="list-style-type: none"><li>• 50 blessés graves,</li><li>• 100 blessés dont la gravité des blessures/lésions est inconnue.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• IH et son adjoint,</li><li>• Dir-Med et son/ses adjoint(s),</li><li>• tous les PSM,</li><li>• 20 SMUR,</li><li>• 40 ambulances (AMU) &amp; Croix Rouge,</li><li>• moyens d'intervention rapides (MIR).</li></ul>

Lors d'un 'PIM ÉLARGI' ou d'un 'MAXI-PIM', on peut demander un soutien interprovincial tant que cela ne compromet pas le bon fonctionnement de l'Aide Médicale Urgente de la province apportant son aide.

Les moyens interprovinciaux se rassemblent au Point de Première Destination (PPD) à partir duquel ils seront envoyés sur le(s) site(s) de la catastrophe.

Il faut envisager un roulement des moyens d'intervention si la durée du déploiement du PIM est supérieure à 8 heures.

La résorption et la fin d'un PIM se font sur ordre du DIR-MED, de l'IH, du chef de service de l'Aide Urgente (SPF SPSCAE) ou d'un de leur adjoint respectif.



## 3 Coordination

### 3.1 Coordination opérationnelle

Le Poste de Commandement Opérationnel (PC-Ops) présent à proximité du lieu de l'intervention et dans un endroit sûr, est responsable de la coordination opérationnelle. Le PC-Ops est également responsable de la coordination stratégique dans l'attente de la mise en place d'un comité de coordination stratégique.

Le DIR-MED dirige la discipline médicale (D2) et participe activement aux activités du PC-Ops. Il peut, pour l'accomplissement de ses missions, être assisté par un ou plusieurs DIR-MED adjoints, par le coordinateur psychosocial local et par le délégué de la Croix-Rouge.

Si le déploiement du PIM se fait sur plusieurs sites de manière simultanée, un DIR-MED devra être désigné indépendamment sur chacun des sites. Si un PC-Ops unique est activé pour tous les sites, le Dir-Med présent dans ce PC-Ops collaborera de manière active avec les différents DIR-MED présents sur les différents sites, pour ce qui concerne leurs activités propres. S'il y a plusieurs PC-Ops activés, le DIR-MED collaborera avec le PC-Ops de son propre site.

Le CS 112/100 ou le dispatching médical se charge d'alerter les moyens à déployer mais également assure la communication entre les différents moyens. Il appartient également aux tâches du CS 112/100 d'alerter les services hospitaliers concernés afin que ces derniers puissent en interne prendre les dispositions nécessaires afin de gérer l'arrivée des victimes.

Afin de pouvoir remplir pleinement son rôle de coordinateur de mise en œuvre des moyens et afin de garantir un flux clair de l'information, l'opérateur du CS 112/100 ou le dispatching médical peut mettre un de ses préposés à la disposition du PC-Ops. Il sera mis sous la direction du DIR-MED et sera responsable de la bonne communication et de l'échange d'informations entre le PC-Ops, le DIR-MED, le CS 112/100 ou le dispatching médical.

Si souhaité, le coordinateur responsable peut demander au CS 112/100 ou au dispatching médical de soutenir la mission de régulation du coordinateur de régulation (COORD REG), voire de la reprendre intégralement lui-même.

Enfin, outre la gestion des moyens engagés dans un PIM, le CS 112/100 doit continuer à assurer l'exécution de l'organisation quotidienne de l'Aide Médicale Urgente. Il doit tout particulièrement veiller à ce que celle-ci soit garantie pour tout citoyen la sollicitant.

### 3.2 Coordination stratégique

L'autorité compétente (au niveau fédéral, la ministre ; au niveau provincial : le gouverneur ; au niveau communal : le bourgmestre) assure la coordination stratégique, en soutien aux mesures opérationnelles prises sur le terrain.

L'IH (ou ADJ) participe activement aux activités du Comité de Coordination et peut, pour l'accomplissement de ses missions, être assisté par son adjoint ou par le PSM.



Pour que la coordination stratégique soit exécutée de façon optimale, il est possible, certainement lors d'incidents majeurs, qu'une 'Cellule de travail D2' soit mise en place. Cette cellule de travail aura pour but d'agir en tant que back office du Comité de Coordination (CC) pour toutes les tâches dont la discipline 2 est responsable et compétente. La cellule de travail D2 sera composée de représentants (expérimentés) des acteurs médicaux et psychosociaux de sorte que chaque tâche de coordination soit effectuée de manière optimale sur base des informations disponibles et récentes.

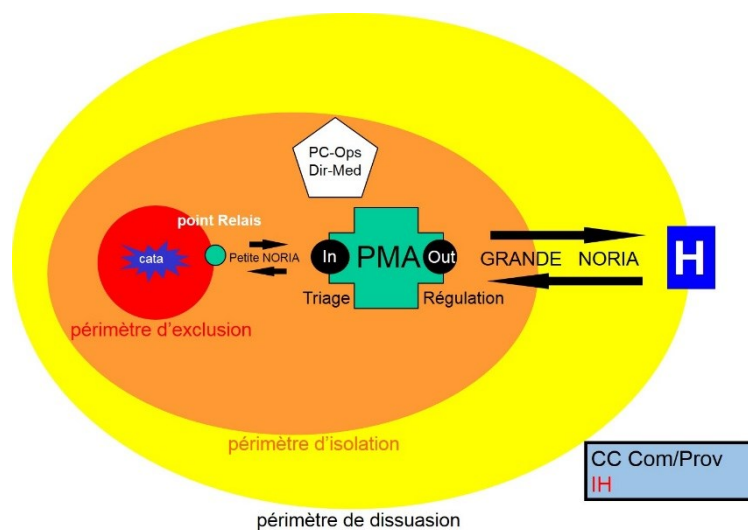
## 4 Organisation sur le site d'intervention

### 4.1 Zonage

L'organisation du site d'intervention se fonde sur la notion de « zonage » et comprend 3 zones :

- zone rouge
- zone orange
- zone jaune

Les moyens de la discipline 2 se déploient dans la zone orange.



#### Zone rouge

La zone rouge est délimitée par un périmètre d'exclusion.

Les opérations de secours et de sauvetage sont effectuées par les membres de la discipline 'opérations de secours' (D1), à moins que des risques spécifiques n'exigent que ce soit une discipline plus appropriée qui intervienne dans la zone rouge (par exemple, un tireur actif). Les victimes sont déplacées par eux à l'extérieur de la zone rouge, donc hors du périmètre d'exclusion. Elles seront regroupées à hauteur du point relais où elles seront conduites ensuite dans un environnement sécurisé géré par la discipline 2.

La présence de la discipline 2 dans la zone rouge n'est possible que moyennant accord explicite du DIR-PC-Ops et après concertation avec les directeurs respectifs des disciplines D1, D2 et D3.



Cette présence exceptionnelle peut avoir pour but la stabilisation d'un ou de plusieurs blessés se trouvant potentiellement dans une situation d'extrême urgence et/ou de procéder à un pré-triage si celui-ci ne peut être effectué au niveau du point relais.

### *Zone orange*

La zone orange est délimitée par un périmètre d'isolation.

Cette zone comprend l'espace nécessaire afin que les services d'aide puissent exercer leur travail. Dans cette zone, se trouvent le PC-Ops et le PMA dans lequel les victimes seront rassemblées, stabilisées, conditionnées et évacuées. La communication entre la zone orange et la zone rouge se fait via le point relais.

### *Zone jaune*

La zone jaune est délimitée par un périmètre de dissuasion.

La zone doit rester dégagée pour faciliter l'accès des services d'intervention à la zone sinistrée.

## 4.2 Tâches de la discipline 2

L'article 11 §1er, de l'AR du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention définit les tâches minimales de la discipline 2, à savoir :

- créer la chaîne médicale des secours ;
- apporter les soins médicaux et psychosociaux aux victimes et aux personnes concernées par la situation d'urgence ;
- transporter les victimes ;
- prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de la population.

Par ailleurs, la discipline 2 doit également veiller à :

1. évaluer la situation sanitaire médicale globale,
2. évaluer les mesures prises et les adapter si nécessaire,
3. informer constamment le CS112/100 à l'aide d'un rapport situationnel (SITREP).

Chaque personne impliquée, en ce compris les blessés et les non-blessés, doit passer par la chaîne médicale des secours afin d'être catégorisée et identifiée. Si nécessaire, la personne reçoit les soins médicaux nécessaires à sa stabilisation et son conditionnement.

Par la suite, chaque personne sera régulée de la façon la plus efficace possible et évacuée vers la structure la plus appropriée à sa situation.

Les tâches spécifiques et détaillées de tous les acteurs de la discipline 2 doivent être reprises dans des fiches d'action qui font partie intégrante du plan mono-disciplinaire d'urgence et d'intervention de la discipline 2.



## 4.3 Chaîne médicale

### Point Relais

Point théorique situé à la limite entre la zone rouge et la zone orange et correspondant au transfert des victimes vers les collaborateurs de la D2.

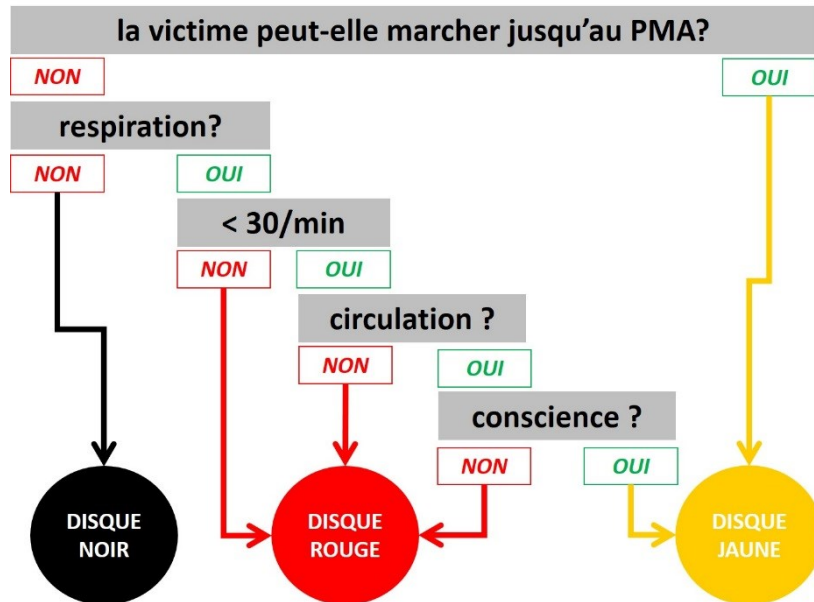
Ce point n'est pas toujours défini, notamment lorsque la zone rouge n'existe pas.

### Pré-triage

Le pré-triage (PRE-TRI) est une évaluation médicale rapide de l'état des victimes dans le but d'indiquer la priorité de transport de celles-ci dans la chaîne médicale. Au cours de la phase de pré-triage il n'y a pas de traitement médical autre que la sauvegarde des voies aériennes respiratoires ainsi que des premiers gestes de sauvetage (arrêt des hémorragies, ...).

Les victimes sont munies d'un disque rouge ou jaune indiquant la priorité d'évacuation du site de la catastrophe vers le PMA. Les victimes munies d'un disque rouge seront évacuées en premier, suivies par les victimes munies d'un disque jaune.

Le pré-triage des victimes souffrant d'un traumatisme physique, est effectué sur base du principe START, illustré ci-dessous.



En principe, les victimes décédées ne peuvent pas être évacuées du site de la catastrophe. Le médecin doit constater le décès de la personne sur place. Ensuite, cette personne tombe sous la responsabilité de la discipline 3.





### *Petite noria*

La petite noria, ou noria de relevage, englobe le transport des victimes depuis le point relais (ou directement du chantier, jusqu'au point de triage du Poste Médical Avancé (PMA).

Selon la distance à parcourir et l'état du terrain, le transport peut s'effectuer à l'aide de différents moyens (à pied avec un brancard, par ambulance, ...).

La médicalisation des victimes pendant le transport du PRÉ-TRI vers le TRI s'effectue exclusivement avec l'accord du DIR-MED, selon les ressources qui peuvent être mises à disposition.

Dans certains cas, avec l'accord du DIR-MED, une évacuation immédiate et directe peut avoir lieu, et cela sans passer par le triage préliminaire, vers une infrastructure de soins adéquate (par exemple, les victimes avec une blessure qui nécessite une intervention chirurgicale d'urgence).

### *Poste Médical Avancé*

Fonctions et tâches réalisées par le PMA :

- identification et enregistrement des victimes,
- triage,
- stabilisation et mise en condition,
- orientation dans la chaîne médicale dépendant des disponibilités d'accueil et de traitement (hôpitaux ou centres d'accueil).

Le concept « PMA » est installé en zone orange, en lieu sûr (selon la direction du vent, l'évaluation du risque évolutif et en concertation avec le PC-Ops) et à proximité d'une voie d'accès permettant le transit et le parking des ambulances.

Le PMA peut être installé :

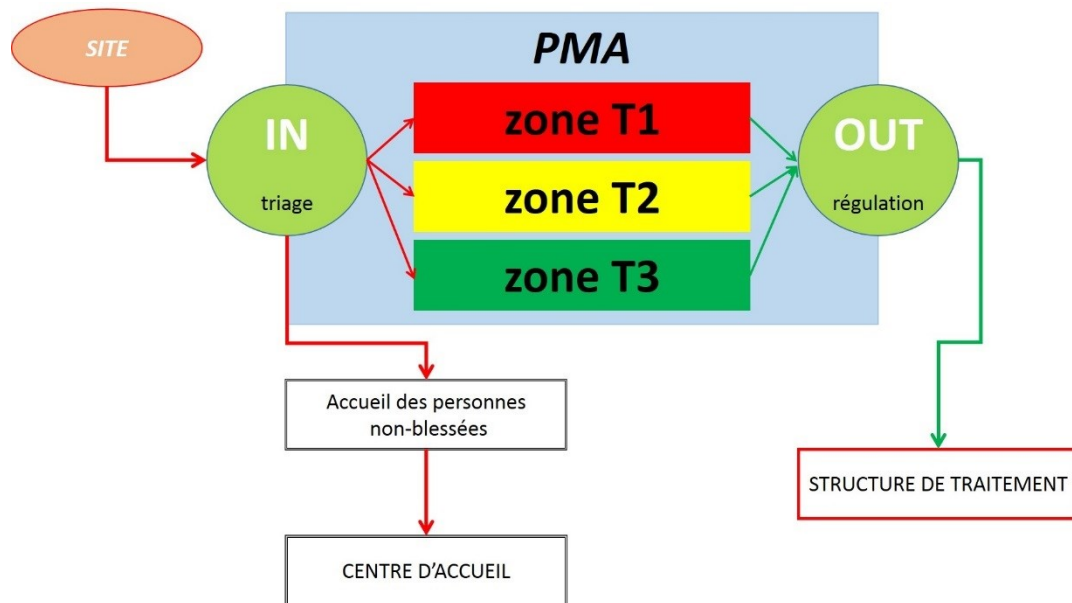
- dans un bâtiment existant,
- dans une ou plusieurs tentes,
- dans un espace ouvert.

A la tête du PMA, se trouve le COORD-PMA. Il veille au fonctionnement de l'entièreté du PMA, à l'exception des évaluations et des actes médicaux. Il est assisté par le Coordinateur Logistique (COORD LOG) pour les aspects technico-logistiques et l'approvisionnement du PMA.



## Organisation et équipement du PMA :

- Une zone de triage avec un secrétariat “IN” dont les tâches sont les suivantes :
  - Un triage des victimes par catégorie T1, T2 en T3 :
    - T1 : traitement médical immédiat nécessaire : danger pour la vie, pour un membre (ex : main écrasée) ou un organe (ex : œil). Admission hospitalière urgente indiquée.  
Correspond au lièvre de la fiche METTAG™
    - T2 : pas de danger vital mais nécessité de soins médicaux. Admission hospitalière différée de quelques heures indiquée.  
Correspond à la tortue de la fiche METTAG™
    - T3 : traitement médical qui peut être postposé ou non indispensable (contusions, plaies mineures, choc émotionnel, ...). Transport par ambulance pas nécessaire mais nécessité de reconnaissance et d’identification.
  - le triage est fait par un médecin (MED-TRI) assisté par des infirmiers (ADJ TRI),
  - enregistrement des victimes qui rentrent dans le PMA :
    - chaque personne impliquée reçoit une fiche d’identification,
    - utilisation actuellement de la fiche METTAG™,
    - la fiche permet la transmission d’informations médicales minimales et une traçabilité univoque qui peut également servir de base pour le transfert,
    - une liste des victimes (blessées et non-blessées ) est ainsi établie au PMA.
- Une zone de soins qui vise à :
  - stabiliser médicalement les victimes,
  - conditionner ou préparer pour le transport, les patients en fonction du transfert vers la structure la plus appropriée,
  - assurer la surveillance médicale des patients en attendant leur transport,
  - l’évaluation médicale et le traitement sont coordonnés par un médecin SMUR ou un infirmier SMUR
- Une zone de régulation avec un secrétariat “OUT” dont les tâches sont les suivantes :
  - réguler l’évacuation,
  - orienter les victimes vers les services adéquats,
  - choisir le moyen de transport adapté et décider d’une éventuelle médicalisation,
  - assurer l’enregistrement des patients quittant le PMA,
  - la régulation est faite par le COORD REG qui est assisté par un ADJ COORD REG.



### Grande noria

La grande noria concerne le transport des impliqués depuis le PMA vers et jusqu'aux structures d'accueil via la régulation. Le transfert se fait soit vers les services/structures de traitements appropriés pour les personnes blessées, soit pour les non-blessés, vers les structures mises en place conformément au Plan d'Intervention PsychoSocial (PIPS).

### Parc ambulancier

Afin de s'assurer que les ambulances ou autres véhicules n'entravent pas le déroulement efficace de l'évacuation, tous les véhicules sont appelés au départ d'un point de rendez-vous et sont garés méthodiquement dans un parc ambulancier.

L'endroit est désigné en concertation multidisciplinaire au PC-Ops et se trouve dans la zone jaune, à proximité du PMA. Une zone libre (par exemple, un terrain de football) peut servir d'héliport.

La gestion de ce parc ambulancier est confiée au coordinateur du parc ambulancier (COORD AMBU). Sur demande du (ADJ) COORD REG et après avoir reçu l'accord du PC-Ops, le COORD AMBU envoie les moyens nécessaires sur place.

### Point de première destination/point de rendez-vous

Le lieu du Point de Première Destination (PPD), aussi indiqué comme point de rendez-vous, est désigné après concertation multidisciplinaire au PC-Ops. Le PPD se trouve dans la zone jaune, à distance raisonnable de la catastrophe, avec le vent dans le dos. Le PPD est de préférence géré par la police ou les pompiers.



En général, le PPD est suffisamment grand pour pouvoir accueillir les moyens de toutes les disciplines (y compris les camions de la D1 et de la D4). Il se situe la plupart du temps sur un grand parking existant ou dans une rue assez large.

Le parc ambulancier peut aussi faire partie du PPD.

### *Structures d'accueil*

En principe les structures d'accueil se trouvent en dehors des zones d'intervention.

Ces possibles services sont les suivants :

- les services hospitaliers pour la prise en charge des victimes.

La possibilité de l'activation du plan d'urgence de l'hôpital doit être conforme aux critères applicables tels que stipulés dans l'AR du 23/10/1964 déterminant les normes à respecter par les hôpitaux et leurs services (Art. N1, Annexe A, III, 14 modifié par AR du 17/10/1991). Le nombre de patients hospitalisés pouvant être accueilli dans ce contexte, doit être défini dans ce plan d'action et doit être validé par la CoAMU.

L'hôpital informe le CS 112/100 de l'activation de son plan d'intervention ainsi que de sa capacité d'accueil et de traitement en fonction des soins nécessaires constatés sur les victimes. Ces données auront été communiquées par le (ADJ) DIR-MED vers le CS 112/100.

Via la régulation, les patients seront répartis sur les différents hôpitaux en fonction des places disponibles et ce afin d'éviter une surcharge de ces hôpitaux.

- les structures d'accueil pour les impliqués comme prévu dans le PIPS.

## 5 Personnel et moyens

### 5.1 Fonctions de coordination

#### *Inspecteur d'Hygiène Fédéral (IH)*

Le médecin, fonctionnaire du SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement et membre du Comité de Coordination communal ou provincial agit en tant que responsable de la discipline 2. L'IH est habilité à prendre des mesures administratives au nom de la Ministre de la Santé publique et fait office d'officier de liaison pour la cellule de crise départementale fédérale du SPF SPSCAE.

#### *Inspecteur d'Hygiène Fédéral Adjoint (IH ADJ)*

L'adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène Fédéral aide à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant à l'Inspecteur d'Hygiène Fédéral. L'IH ADJ peut soutenir le DIR-MED sur le site de la catastrophe ou participer à la cellule de travail D2.



### *Manager Psychosocial (PSM)*

Le Manager Psychosocial est un fonctionnaire fédéral qui coordonne l'aide psychosociale au sein de la discipline 2 et veille au fonctionnement du plan psychosocial (conformément au PIPS). Les actions du PSM et sa relation avec le PIM sont détaillées dans le PIPS. Le PSM fait rapport à l'IH.

### *Directeur de l'Aide Médicale (DIR-MED)*

Médecin exerçant la direction opérationnelle de l'ensemble des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux sur le terrain et affecté à la chaîne médicale des secours sur le site de la catastrophe, quel que soit son service d'origine. Le DIR-MED travaille sous l'autorité administrative de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral ou de son adjoint.

La tâche du DIR-MED est assurée par le médecin du 1<sup>er</sup> SMUR sur place jusqu'à l'arrivée du Dir-Med ou jusqu'à ce qu'un médecin SMUR plus expérimenté prenne le relais.

### *DIR-MED Adjoint (ADJ DIR-MED)*

L'ADJ DIR-MED aide à l'exécution du mandat du DIR-MED. Le DIR-MED et/ou l'ADJ DIR-MED siège(nt) en tant que représentants de la discipline 2 au PC-Ops.

## 5.2 Fonctions supplémentaires

Les fonctions suivantes sont effectuées en fonction de l'ampleur de la catastrophe ou de l'événement, des besoins sur le terrain et de la disponibilité du personnel.

### *Médecin-Tri (MED TRI) et son adjoint (ADJ TRI)*

Cette fonction est de préférence assurée par le médecin urgentiste du premier SMUR s'il ne doit pas prendre (temporairement) la fonction DIR-MED. Le MED TRI évalue le nombre total de victimes et effectue le triage des victimes. Le MED TRI fait rapport au (ADJ) DIR-MED et transmet les informations importantes aux collaborateurs du PMA via le COORD PMA.

L'ADJ TRI est l'infirmier-SMUR qui assiste le MED TRI dans l'exercice de sa fonction.



### *Coordinateur Poste Médical Avancé (COORD PMA)*

Personne qui organise et coordonne l'entièreté du fonctionnement du PMA, hormis les évaluations et traitements médicaux. Elle s'occupe de :

- la répartition adéquate des tâches,
- l'organisation des différentes zones de catégorisation au sein du PMA,
- la mise en œuvre efficiente de la stabilisation et du conditionnement des victimes par les autres collaborateurs (médecins, infirmiers, secouristes-ambulanciers, personnel du MIR, ...),
- du suivi des missions du DIR-MED,
- de la surveillance du bon déroulement des activités.

Elle doit faire rapport au (ADJ) DIR-MED et s'accorder avec le (ADJ) COORD REG.

### *Coordinateur Régulation (COORD REG) et son adjoint (COORD REG ADJ)*

Personne responsable de la régulation des victimes vers les structures de traitement. Elle détermine, sur base de l'état de la victime et des capacités de traitement disponibles, la structure de traitement la plus appropriée vers laquelle la victime doit être emmenée. Elle supervise le coordinateur du parc ambulancier afin d'assurer un transport adéquat et s'accorde avec le CS 100/112 (si possible via le préposé sur place) en ce qui concerne le départ et la destination.

Le (ADJ) COORD REG rapporte au (ADJ) DIR-MED.

Le choix du COORD REG (médecin ou infirmier) ou la désignation ou non d'un ADJ COORD REG dépend de l'ampleur de la catastrophe, de la spécificité des pathologies présentes au PMA, des possibilités de stabilisation médicale et du personnel disponible.

### *Coordinateur Secrétariat (COORD SECR)*

Personne qui organise les tâches administratives principalement au PMA. Souvent, cette personne est un membre du MIR de la Croix-Rouge. Elle sera responsable de l'enregistrement administratif des victimes, des impliqués, de la destination de ces personnes, etc.

Ces données ne sont mises à la disposition d'un tiers que sur ordre d'un fonctionnaire responsable du SPF SPSCAE.

### *Coordinateur Logistique (COORD LOG)*

Cette personne, souvent un membre du MIR, travaille sous les ordres du COORD PMA et sous l'autorité du (ADJ) DIR-MED. Le COORD LOG est responsable de la fourniture, de l'organisation et de l'utilisation optimale des moyens logistiques nécessaires à l'entièreté de la chaîne médicale de secours.

Le COORD LOG veille à la fois au matériel médical (pansements, médicaments, oxygène) et aux moyens technico-logistiques (brancards, tentes, éclairage, chauffage, catering).



Par contre, le parc de l'ensemble des véhicules de la chaîne médicale et sanitaire n'est pas sous la responsabilité du COORD LOG mais bien sous la responsabilité du COORD AMB.

Si nécessaire, il se consulte avec le responsable des moyens technico-logistiques de la discipline 4 et coordonne ses actions avec celui-ci.

#### *Coordinateur Parc ambulancier (COORD AMB)*

Cette personne gère le parc de l'ensemble des véhicules mis à disposition de la chaîne médicale des secours. Elle est sous l'autorité du (ADJ) DIR-MED mais est directement sous les ordres du (ADJ) COORD REG.

Elle veille à une correcte exécution opérationnelle et technique de l'évacuation des patients selon les instructions (destination et mode de mise en condition pour le transport) du (ADJ) COORD REG.

#### *Coordinateur de liaison CS 112/100 ou du dispatching médical (COORD MED DISP)*

Lorsque la présence d'un préposé du CS 112/100 ou du dispatching médical est nécessaire sur le terrain, ce préposé s'ajoute au personnel opérationnel du PC-Ops moyennant l'accord du DIR PC-Ops. Il veille à la bonne communication et au bon échange d'informations entre le PC-Ops, le (ADJ) DIR-MED et le CS 112/100 ou le dispatching médical (mise en concordance des groupes de communication ASTRID, attribution active d'un groupe, tenue d'un logbook).

#### *Staff (STAFF)*

Étant donné la diversité des fonctions, l'encadrement technico-administratif du (ADJ) DIR-MED et la nécessité de fournir en permanence à l'IH (ADJ) les informations nécessaires et correctes, des collaborateurs supplémentaires peuvent être prévus. Les membres du staff peuvent recevoir les missions suivantes :

- la gestion de la liste des victimes
- la gestion de la listes des moyens d'évacuation
- la gestion de la liste des effectifs et de l'équipement durant le déploiement
- ...

#### *Coordinateur fédéral (FEDERAL COORDINATION)*

Membre du personnel du service de l'Aide Urgente du SPF SPSCAE. Il est responsable de la coordination des moyens déployés par les disciplines médicales lorsqu'il y a une activation multi-provinciale ou fédérale des moyens. Il peut également être invité à assister à des événements provinciaux majeurs et à aider à l'appui des fonctions provinciales de coordination.





### 5.3 Moyens d'intervention

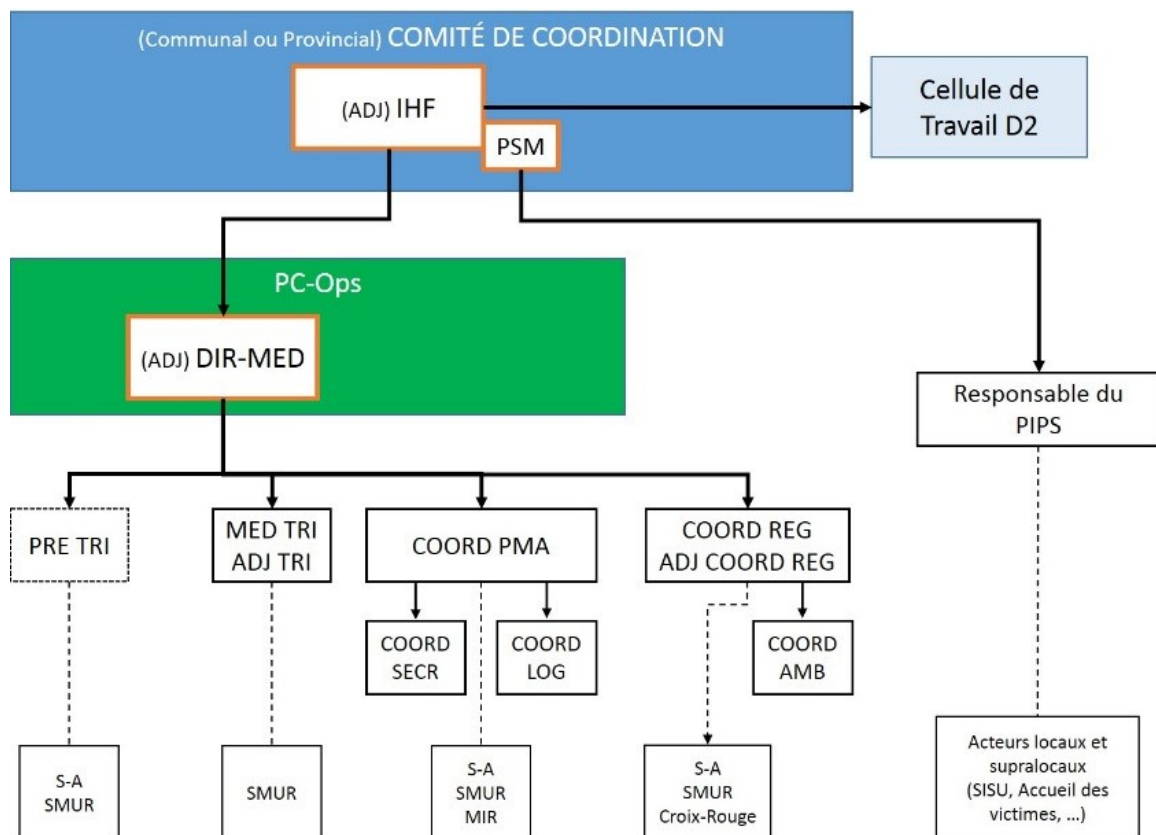
Le personnel et les moyens engagés en première instance sont (pas nécessairement limités à sa propre province) :

- les équipes SMUR,
- les secouristes-ambulanciers,
- les équipes PIT,
- les MIR,
- la Croix-Rouge.

L'ensemble de ce personnel intervient conformément à sa fiche d'action.

Toutes les personnes (médecins, infirmiers, ambulanciers et autres) se présentant sur le site de la catastrophe, sur demande ou de façon spontanée, peuvent également être mobilisées moyennant accord de l'IH (ADJ) ou du (ADJ) DIR-MED. Toutes ces personnes doivent agir en fonction des consignes de la fiche d'action donnée par le (ADJ) DIR-MED.

### 5.4 Schéma de l'organisation et du déploiement du personnel





## 5.5 Schéma de communication

Le but de ce schéma de communication est de veiller à ce que l'on sache immédiatement (quel que soit le lieu de l'événement) par quel intermédiaire et de quelle manière les différentes fonctions peuvent être contactées. Le but est de limiter le nombre d'interlocuteurs différents et de limiter la discussion à un certain nombre d'intervenants et ce, pour une fonction donnée.

Les coordinateurs et les responsables des fonctions liées au déploiement médical, peuvent communiquer les uns avec les autres via le groupe de communication xxx DIRMED (flèche rouge sur le schéma). Les trois « xxx » désignent, sous forme de trigramme, une province :

- ANT Anvers
- BRU Bruxelles
- BRW Brabant-Wallon
- HAI Hainaut
- LIE Liège
- LIM Limbourg
- LUX Luxembourg
- NAM Namur
- OVL Flandre-Orientale
- VBR Brabant-Flamand
- WVL Flandre-Occidentale

Les fonctions et les moyens engagés dans la Grande Noria, communiquent entre eux via le groupe de communication xxx RAMP xx (flèche violette dans le schéma). En cas de multi sites pour lesquels il n'y a pas d'interaction entre les grandes norias, un groupe de communication séparé (par site) peut être utilisé.

Le contact entre le CS 112/100 et les structures de traitement se fait par téléphone ou via les groupes de communication courants xxx Zy 01 (flèche bleue sur le schéma).

Le groupe de communication xxx PSY (ligne brune dans le schéma) est utilisé par le Manager psychosocial (PSM) pour la coordination du volet « plan d'intervention psychosociale » (PIPS). En fonction du déploiement du PIPS, les responsables des collaborateurs au sein du PIPS devront rejoindre le groupe de communication. Les collaborateurs au sein du réseau psychosocial communiquent via leur propre réseau radio et/ou téléphonique (flèche rose sur le schéma).

La communication entre les fonctions logistiques et les collaborateurs se fait via le groupe de communication M xxx LOGyy. Le CS 112/100 compétent détermine le nombre yy (flèche noire dans le schéma).

Le DIR-MED (ou son adjoint) peut, le cas échéant et si nécessaire contacter par radio les autres membres du PC-Ops via le groupe de communication M xxx CPOPSyy.

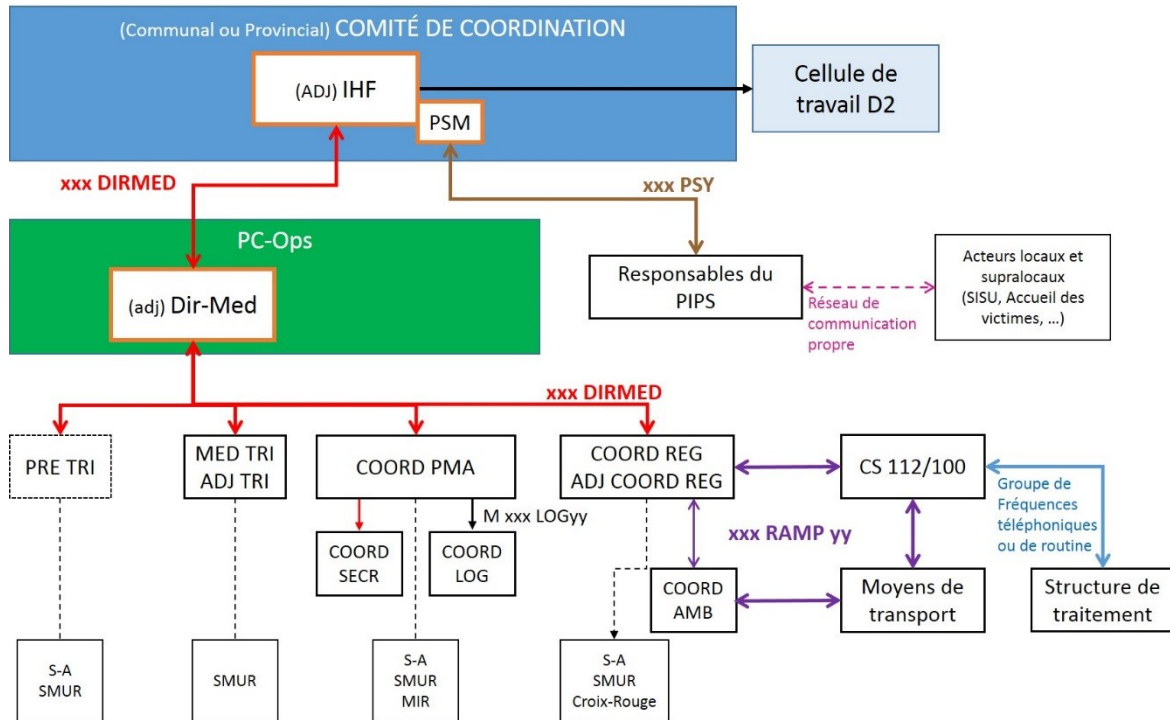
L'IH (ou son adjoint), ) peut, le cas échéant et si nécessaire, contacter par radio les autres membres du Comité de Coordination provinciale ou communal (CC PROV ou CC COM) via le groupe de communication M xxx CCyy.

La communication entre l'IH (ou son adjoint) et la cellule de travail D2 se fait par téléphone et/ou oralement.



## Résumé

Groupe	Utilisateurs
xxx DIRMED	IH (ADJ), DIR-MED (ADJ), MED TRI, TRI ADJ, COORD VMP_PMA, COORD SECR, COORD REG (ADJ)
xxx RAMP xx	COORD REG (ADJ), COORD AMB, CS 112/100, moyens de transport grande noria
M xxx LOGyy	COORD PMA, COORD LOG
xxx PSY	PSM, CPSL, Coordinateur des structures PIPS
M xxx CCyy	optionnel – IH (ADJ) avec d'autres membres du CC Com/Prov
M xxx PCOPSy	optionnel – DIR-MED (ADJ) avec d'autres membres du PC-Ops



## 5.6 Identification des intervenants

Les personnes exerçant une fonction spécifique dans la chaîne médicale de secours, sont reconnaissables via leur chasuble jaune, leur fonction étant indiquée dans un rectangle fluo entouré d'une double rangée de damiers carrés alternativement gris et vert réfléchissants. Sur chacune des épaules se trouve à la verticale une large bande grise réfléchissante, sauf pour les IH et DIR-MED qui eux ont des bandes sur les épaules de couleur verte (responsable opérationnel et responsable stratégique).





## 6 Fin du PIM

Afin de pouvoir mettre un terme au PIM, l'IH (ADJ) et le (ADJ) DIR-MED doivent évaluer la situation et les besoins en termes de moyens et de personnel. Suite à cette évaluation, une réduction des moyens engagés est envisagée.

Ensuite, sur demande du DIR-MED (ADJ) ou de l'IH (ADJ) le CS 112/100 compétent transmet l'information aux membres du personnel travaillant dans le cadre du PIM.

Attention, le PIM et le PIPS peuvent se clôturer concomitamment ou indépendamment.

Après chaque déploiement d'un PIM et quels que soient la durée, le lieu et l'étendue, chaque responsable de services mobilisés doit envoyer un rapport à l'IH compétent. Ce rapport doit contenir au minimum : les ressources utilisées par le service, les actions entreprises ainsi que la situation dans le temps, le nombre de victimes prises en charge et redirigées, la destination des victimes redirigées vers un autre endroit/service.

D'autres informations pertinentes peuvent être incluses dans le rapport remis à l'IH.

Le rapport doit être remis endéans le mois à dater de la fin de l'incident.

## 7 Lien avec le PIPS

Les intervenants psychosociaux qui arrivent sur le site, se présenteront d'abord chez le (ADJ) DIR-MED. Celui-ci peut, avec l'accord du PSM ou de l'IH (ADJ), donner des instructions nécessaires. Ainsi, via le (ADJ) DIR-MED et/ou le CPSL, les intervenants psychosociaux peuvent aider au regroupement, à l'accueil et au transport des victimes non-blessées vers le centre d'accueil.

Les actions menées (dans la phase aiguë) dans le cadre du soutien psychosocial aux personnes impliquées sont décrites dans le PIPS. Outre le regroupement et le transport des personnes non-blessées hors du site de la catastrophe, les actions du PIPS sont essentiellement les suivantes :

- l'accueil des non-blessés et/ou personnes proches dans le Centre d'Accueil,
- l'enregistrement (définitif) de toutes les personnes ayant directement vécu la catastrophe,
- la mise à disposition de personnel pour le centre d'information téléphonique,
- la mise à disposition de personnel pour le centre de traitement des données.

Si une assistance médicale est nécessaire dans le centre d'accueil, le DIR-MED (ADJ) en assure l'organisation. La présence d'un médecin généraliste sera privilégiée dans le centre d'accueil (éventuellement via la permanence des cercles de médecins généralistes).

En général, le PIPS reste actif plus longtemps que le PIM afin de finaliser l'ensemble des actions décrites en détail dans le PIPS. La responsabilité du déroulement du PIPS revient au PSM.



## 8 Fiches d'action

Les fiches d'action précisent les actions à entreprendre ainsi que les compétences des différents intervenants de la discipline 2. Ainsi dans le schéma organisationnel, ils savent clairement qui est leur chef, à qui ils donnent des ordres et à qui ils doivent faire rapport.

Les fiches d'action sont rédigées en concordance avec les exigences du présent document tout en respectant les particularités provinciales.

Elles s'adressent aux parties ou fonctions intervenantes suivantes :

- le CS 112/100 ou dispatching médical,
- l'Inspecteur d'Hygiène (IH),
- l'Inspecteur d'Hygiène Adjoint (ADJ IH),
- le Psychosocial Manager (PSM),
- le Directeur Médical (DIR-MED),
- le Directeur Médical Adjoint (ADJ DIR-MED),
- les secouristes-ambulanciers,
- le premier SMUR sur les lieux,
- le médecin et infirmier triage (MED TRI, ADJ TRI),
- le coordinateur PMA (COORD VMP\_PMA),
- le médecin et/ou infirmier régulateur (COORD REG, ADJ COORD REG),
- le coordinateur secrétariat (COOR SECR),
- le coordinateur logistique (COOR LOG),
- le coordinateur parc ambulancier (COOR AMB),
- le médecin de garde,
- le Moyen d'Intervention Rapide (MIR) :
  - first intervention team – médicale (FIT MED),
  - first intervention team – logistique (FIT LOG).

Tous les intervenants énumérés ci-dessus doivent posséder le « PIM générique » complété des fiches d'action.

Ces fiches d'action auront reçu l'aval de la CoAMU territorialement compétente.

## 9 Formations et exercices

Les concepts, les opérations, la collaboration, la communication, ... décrits dans le Plan d'Intervention Médical, ne pourront être appliqués avec succès dans la réalité, que si les différents collaborateurs ont acquis une bonne connaissance (théorique) et une formation suffisante en ce qui concerne le Plan d'Intervention Médical.

La mise en place de méthodes pédagogiques, d'exercices éducatifs et bien organisés doit idéalement se faire sur une base régulière. Le but de chaque exercice est de prévoir au minimum la formation des différents collaborateurs au sein de leur propre discipline. Dans la politique d'entraînement, les



exercices viseront particulièrement la coopération entre les différents services et les différentes disciplines.

La participation régulière à des exercices dans lesquels un engagement pluridisciplinaire est nécessaire, est encouragée. La pratique fréquente est ainsi la première étape afin de lutter efficacement contre les événements exceptionnels dans un cadre multidisciplinaire.

## 10 Législation et historique

<b>Législation</b>	<b>Article</b>	
Loi 8/7/1964	Art 1	Définition de la mise en œuvre générale de l'AMU
AR 23/10/1964 modifié par AR 17/10/1991	Art N1, Annexe A, III, 14°	Définit les normes à respecter par les hôpitaux et leurs services, en particulier, lors de plans d'action destinés à faire face à des événements de grande ampleur.
AR 10/08/98	Art 4, 3°	Rédaction et approbation du PIM
AR 02/02/07	Tout	Définition du Dir-Med
AR 16/02/06	Art 11	Définition et tâches de la discipline 2
NPU-1 16/02/2016		Spécification des tâches de la discipline 2 (circulaire apportant des explications sur l'AR du 16/02/06)
NPU-2 30/03/2009		Circulaire ministérielle NPU-2 relative au plan général d'urgence et d'intervention du gouverneur de province
NPU-4 30/03/2009		Circulaire ministérielle NPU-4 relative aux disciplines
CM 27/06/2016		Circulaire ministérielle concernant le PIPS

Les règlements énoncés ci-dessus constituent la législation de base. Cependant, il faut toujours tenir compte des modifications apportées. Il est important de se baser sur la législation consolidée afin d'obtenir une image complète des règlements en vigueur.