



PLAN MONO DISCIPLINAIRE D'URGENCE ET D'INTERVENTION POUR LA DISCIPLINE 2

I. PRINCIPES GÉNÉRAUX	3
1.1. Définition	3
1.2. Contexte	3
1.3. Lexique dans le plan d'urgence	4
II. PLAN D'INTERVENTION MÉDICAL : PIM	5
1. Objectifs	5
2. Fonctionnement & structure	6
2.1 Pré alerte et alerte	6
2.1.1. Personnes autorisées	6
2.1.2. Niveaux d'alerte	6
pré alerte	6
alerte	6
2.2. Activation	7
2.2.1. Mise en œuvre standard.	8
Fiche de consignes pré alerte.	8
Fiche de consignes alerte	9
2.2.2. Montée en puissance	10
2.2.3. CS 100 - Dispatching médical	10
2.2.3. Coordination du PIM	10
2.2.4. Cellule de sécurité, coordination stratégique et coordination opérationnelle	10
2.3. Organisation sur le site d'intervention	11
2.3.0. Représentation schématique du site de la catastrophe	11
2.3.1. Zone rouge	12
2.3.2. Zone orange	12
2.3.2.1 Point relais	12
2.3.2.2 Pré tri ou Tri Chantier (tri qui chasse)	12
2.3.2.3 Principe de pré tri : START	13
2.3.2.4 Petite noria	14
2.3.2.5 POSTE MÉDICAL AVANCÉ (PMA)	14
2.3.2.6. Flux des victimes sur le site de la catastrophe	15
2.3.3 Zone jaune	16
2.3.4 En dehors des zones d'intervention	16
2.4 Personnel & Moyens	17
2.4.1 Personnel	17
2.4.1.1. Personnel de coordination	17
2.4.1.2. Personnel d'intervention	19
2.4.2 Schéma hiérarchique	19
2.4.3. Schéma de communication	20



2.4.4. Identification des intervenants	21
2.4.5. Moyens médicaux - logistiques	21
2.4.5.1. Moyens habituels D2	21
2.4.5.2. Moyens spécifiques D2	21
2.4.5.3 Moyens additionnels	22
2.4.5.4 Paramètres de la mise en œuvre	22
2.5. Fin du PIM	22
2.6. Lien avec le PIPS	23
3. Fiches de consignes	23
III PLAN PSYCHOSOCIAL: PIPS	25
IV PLAN SANITAIRE	25
V PLAN RISQUES & MANIFESTATIONS	25
VI FORMATION & EXERCICES	26
6.1. Formation	26
6.2. Politique d'exercice	26
VII LÉGISLATION & HISTORIQUE	29



I. PRINCIPES GENERAUX

1.1. DÉFINITION

Selon l'Arrêté Royal du 16 février 2006, art 4 :

« Le plan mono disciplinaire d'intervention règle les modalités d'intervention d'une discipline, conformément aux plans d'urgence et d'intervention existants. »

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 déterminant l'organisation de l'aide en cas d'événements désastreux, de catastrophes ou de sinistres dans un cadre multidisciplinaire.

1.2. CONTEXTE

Une situation d'urgence collective peut causer de très graves dommages à un grand nombre de personnes, de biens ou à l'environnement.

Ceci entraîne que les besoins initiaux en secours médicaux, au sens large, dépassent la capacité de réponse habituelle de l'aide médicale urgente quotidienne.

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

Il est donc nécessaire de préciser les modalités de mise en œuvre d'une structure de coordination et l'organisation des moyens de la chaîne des secours médicaux et psychosociaux pour faire face :

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

et d'éviter le plus possible de déstabiliser l'organisation et la structure de l'aide médicale urgente quotidienne.

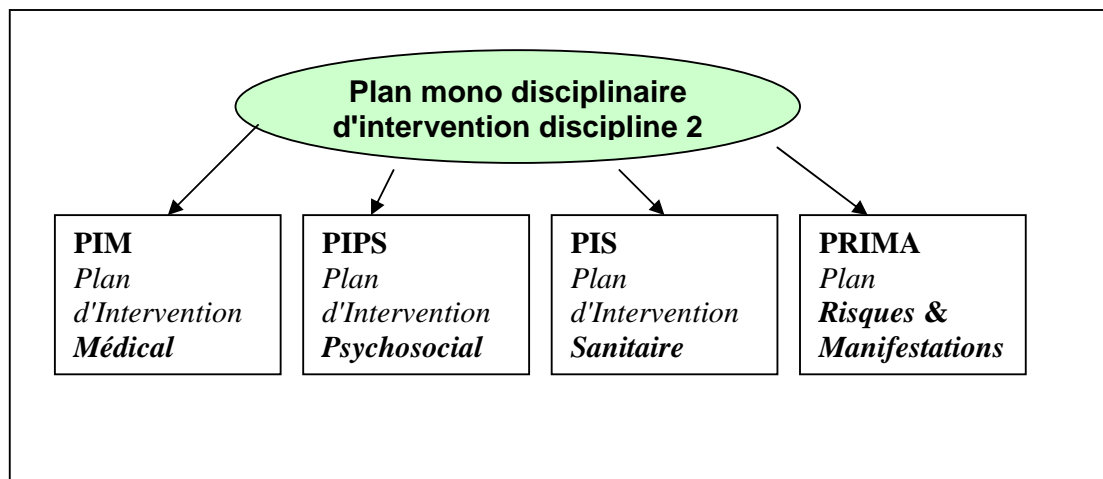
Il en sera de même lors des manifestations à (grand) risque et/ou lors des (grands) rassemblements de personnes.

Il est également indispensable de recenser l'ensemble des moyens disponibles (personnes, biens et services) susceptibles d'être mobilisés.



PLAN MONODISCIPLINAIRE DE LA DISCIPLINE 2

Composantes du plan mono disciplinaire pour la discipline 2



Cohérence des différents volets.

1.3. LEXIQUE DANS LE PLAN D'URGENCE

La liste alphabétique avec les abréviations et les acronymes spécifiques pour discipline 2 sont repris dans les annexes de ce plan mono disciplinaire et en font partie intégralement.



II. PLAN D'INTERVENTION MEDICAL : PIM

1. OBJECTIFS

Définir des procédures adaptées de gestion médicale lors d'incident collectif de grande ampleur afin de garantir à l'ensemble des victimes une prise en charge adaptée.

Le plan mono disciplinaire D2 a pour objectifs :

- De mettre au point un modèle d'aide visant à optimiser l'emploi des personnes et des moyens disponibles
- De permettre que les principes appliqués dans le cadre de l'aide médicale individuelle puissent également être appliqués lors de situation d'urgence collective ; elle ne sera pas la somme d'aides individuelles, mais elle consistera en une approche coordonnée avec une mise en œuvre optimisée d'un certain nombre de moyens
- 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
- D'adapter et corrélérer les plans et actions de la discipline 2 aux plans et actions des autres disciplines s'inscrivant dans le cadre de l'aide aux victimes en situation d'urgence collective
- D'organiser la chaîne médicale des secours afin d'aider au mieux les victimes tout en respectant le secret médical



2. FONCTIONNEMENT & STRUCTURE

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

Selon les moyens disponibles, tant en ressources humaines, en ce y compris au niveau local, qu'en ressources logistiques, le plan devra être adapté aux circonstances.

Dès lors, certaines structures pourront être déployées soit partiellement, soit dans leur intégralité.

2.1 PRÉ ALERTE ET ALERTE

La mise en alerte décrit les actions que doit prendre le préposé du système d'appel unifié ou le dispatching médical territorialement compétent pour mobiliser les moyens du PIM en les avertissant selon des procédures et principes préalablement définis.

2.1.1. PERSONNES AUTORISÉES

Le système d'appel unifié (CS 100) ou le dispatching médical active formellement le PIM.

Les premiers secours sur place (membres de la D1-D2-D3) sont habilités à demander l'activation d'un PIM:

Les personnes suivantes sont habilitées à activer le PIM:

- le Dir-Med ou son adjoint,
- ou le premier SMUR sur les lieux qui assume alors temporairement la fonction de Dir-Med.
- l'IHF ou son délégué,

- le médecin de garde du service ICM DG2

2.1.2. NIVEAUX D'ALERTE

PRÉ ALERTE

La pré alerte a pour objectif :

1. d'informer les responsables de la coordination et à leur demander de procéder à une évaluation et au suivi de la situation.
Ils peuvent, au besoin, se rendre sur les lieux.
2. d'informer les services qui nécessitent un préavis avant mobilisation.

Le véritable lancement du PIM n'est toutefois d'application qu'à partir du niveau ALERTE.

ALERTE

L'alerte est une réponse standard à une situation requérant une mise en œuvre optimale des moyens médicaux. Elle consiste en la mobilisation immédiate des services opérationnels.

Attention : il n'y a pas d'activation automatique et/ou systématique du PIM lors du déclenchement d'une phase communale ou provinciale du Plan d'urgence et d'intervention.



2.2. ACTIVATION

L'activation peut être automatique si les blessés sont nombreux (critère quantitatif), ou elle peut se faire sur la base d'une évaluation de la situation (critères qualitatifs).

Le PIM peut être activé selon des critères quantitatifs compte tenu du nombre réel ou supposé de victimes:

- activation *automatique* du PIM par le système d'appel unifié ou le dispatching médical si les indications recueillies par celui-ci lors de l'appel concernent :
 - ≥ 5 blessés graves;
 - ≥ 10 blessés dont les blessures ou la gravité des lésions sont inconnues;
 - ≥ 20 personnes susceptibles d'être en danger ou à évacuer (sauf survenant dans des opérations de maintien de l'ordre)

Le PIM peut être activé selon des critères qualitatifs compte tenu de la ou des pathologie(s) en cause ou de situations particulières et spécifiques.

- sur décision du premier médecin SMUR faisant office de Dir-Med;
- sur décision du Dir-Med
- sur décision de l'Inspecteur d'Hygiène
- sur décision du médecin fédéral de garde du service ICM du SPF Santé publique.

Pour autant qu'il en soit prévu ainsi, le PIM peut également être activé en application d'accords internationaux.



2.2.1. MISE EN ŒUVRE STANDARD.

Fiche de consignes pré alerte.

SITUATION : en cas de	MISE EN PRE ALERTE : qui
Activation du plan mono disciplinaire D1 et/ou D3	IHF et son adjoint ¹ Dir-Med et son adjoint MIR ² sur avis IH
Activation de la phase communale ou provinciale	IHF et son adjoint Dir-Med et son adjoint
Probabilité d'évacuation sans activation actuelle de l'alerte.	IHF et son adjoint Dir-Med et son adjoint
	MIR sur avis IH
	PSM (PIPS) sur avis IH
Indication de danger pour la Santé publique sans activation du PIM	IHF et son adjoint Dir-Med et son adjoint
	MIR sur avis IH
Les mesures de confinement collectives	IHF et son adjoint Dir-Med et son adjoint

¹ L'IHF et son adjoint, le Dir-Med et son adjoint: moyens de coordination (stratégiques).

² MIR (moyens d'intervention rapide – FIT MED, FIT LOG) et autres moyens opérationnels).



Fiche de consignes alerte

QUAND	QUI - QOUI
>= 5 blessés graves et/ou 10 blessés dont le degré de gravité est inconnu.	3 équipes SMUR 5 ambulances MIR
	IHF et son adjoint Dir-Med et son adjoint
	PSM sur avis IH
>= 20 personnes susceptibles d'être en danger ou à évacuer	1 équipe SMUR 1 ambulance MIR en pré-alerte
	IHF et son adjoint Dir-Med et son adjoint
	PSM sur avis IH
Danger potentiel pour la Santé publique (mise à l'abri ou évacuation)	1 SMUR 1 ambulance MIR en pré-alerte
	IHF et son adjoint Dir-Med et son adjoint
	PSM/PIPS sur avis IH
Incident avec répercussion probable ou avérée sur la Santé publique en Belgique et/ou sur l'intervention belge à l'étranger suivant des <i>accords internationaux</i>	IHF et son adjoint Dir-Med et son adjoint
	<i>Moyens opérationnels</i> Mise en alerte après accord de l'IHF ou du Dir-Med
	CGCCR



2.2.2. MONTÉE EN PUISSANCE

La montée en puissance comprend l'accroissement des moyens mis en œuvre et le renforcement des ressources en personnel et logistique pour l'accomplissement des missions de la D2.

La montée en puissance peut être automatique si les informations fournies au système d'appel unifié par les premiers moyens sur les lieux indiquent le nombre de victimes avérées ou potentielles ou un accroissement du degré de risque d'après les critères qualitatifs et/ou quantitatifs.

La montée en puissance peut également se faire

- à la demande du premier médecin SMUR sur place faisant office de Dir-Med
- sur ordre du Dir-Med
- sur ordre de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral
- à la demande du Centre gouvernemental de Coordination et de Crise (CGCCR) via l'Inspecteur d'Hygiène ou son délégué.

2.2.3. CS 100 - DISPATCHING MÉDICAL

Lors du déclenchement d'un PIM et/ou d'une phase d'un plan urgence et d'intervention, le CS 100 ou le dispatching médical assure la fonction de coordination des flux de communication, la mise en alerte et l'alerte de toutes les instances concernées pour la D2.

Ceci requiert une grande compétence mais engendre une grande responsabilité dans ces procédures d'avertissement.

Afin de pouvoir remplir pleinement son rôle de coordinateur de mise en oeuvre des moyens et pour garantir un flux clair de l'information, le CS 100 peut mettre un de ces préposés à la disposition du PC-Ops ; il sera 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 et le CS 100.

De plus, outre la gestion des moyens engagés dans un PIM, le CS 100 doit continuer à assurer l'exécution de l'organisation journalière de l'AMU.

Il doit tout particulièrement veiller à que l'aide médicale quotidienne soit garantie à tout citoyen.

2.2.3. COORDINATION DU PIM

L'IHF ou son délégué est chargé de la coordination stratégique de la discipline 2.

Il participe activement aux activités du CCP ou du CCC et peut, pour l'accomplissement des ses missions, être assisté par un adjoint et par le PSM (psychosocial manager).

Le Dir-Med est chargé de la coordination opérationnelle de la discipline 2.

Il participe activement aux activités du CP OPS et peut, pour l'accomplissement des ses missions, être assisté par un adjoint et par le COORD Psychosocial local.

2.2.4. CELLULE DE SÉCURITÉ, COORDINATION STRATÉGIQUE ET COORDINATION OPÉRATIONNELLE

La fonction de représentant de l'autorité de la D2 au sein du comité de coordination provincial et/ou communal est toujours assurée par l'Inspecteur d'Hygiène ou son délégué.

Dans la cellule de sécurité communale, sur proposition de l'autorité communale, des délégués permanents peuvent être désignés nominativement pour la discipline 2 par l'Inspecteur d'hygiène.

2.3. ORGANISATION SUR LE SITE D'INTERVENTION

Sans préjudice de l'article 11, §1er, de l'arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention, la discipline 2 doit également veiller à :

- évaluer la situation sanitaire médicale globale,
- évaluer les mesures prises et les adapter si nécessaire,
- informer constamment (Sitrep) le centre du système d'appel unifié

Chaque victime doit passer par la chaîne médicale des secours pour être catégorisée, identifiée, stabilisée de la façon la plus efficace qui soit et évacuée de manière régulée vers la structure de prise en charge la plus adaptée à son état.

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

2.3.0 Représentation schématique du site de la catastrophe

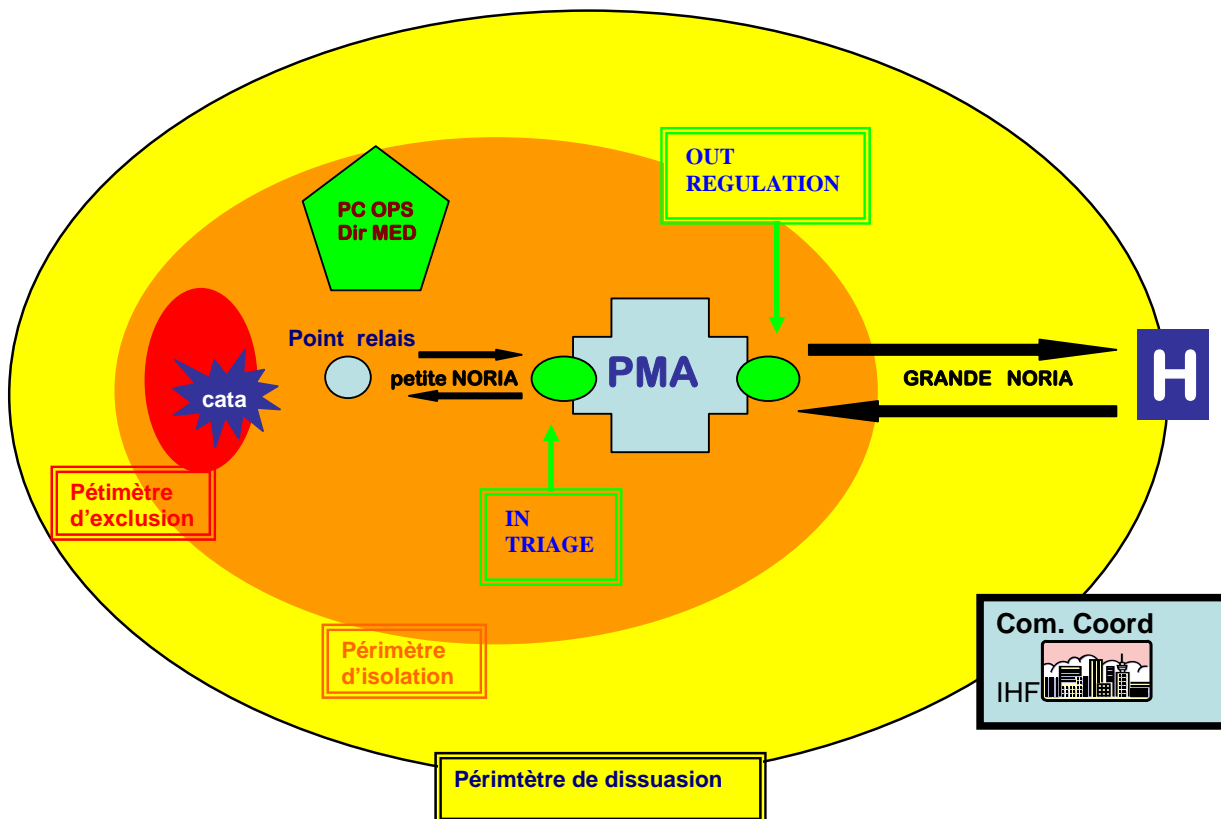


Schéma à titre illustratif



2.3.1. ZONE ROUGE

Les opérations de sauvetage sont effectuées par les membres de la discipline 1.
Les victimes sont sorties de la zone rouge (hors du périmètre d'exclusion) en vue d'être regroupées hors de la zone de danger et d'être confiées (point relais) à la discipline 2.

La présence de la discipline 2 dans la zone rouge n'est possible que moyennant accord du Dir-PC-Ops et après concertation avec le Dir-Med et le Dir-Si.

Cette présence, exceptionnelle, peut avoir pour but de stabiliser 1 ou 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.

Ceci dépend de la distance qui sépare le site de la catastrophe du PMA, de l'accessibilité du site et n'est possible que pour autant que le nombre d'équipes médicales sur place le permette et que la situation médicale l'exige.

Dans ce cas, le personnel médical doit suivre impérativement et scrupuleusement les directives de l'officier de sécurité du PC-Ops.

2.3.2. ZONE ORANGE

2.3.2.1 POINT RELAIS

Ce point, théoriquement situé à la limite entre la zone rouge et la zone orange, correspond au transfert des victimes vivantes de la D1 vers la D2 tant en termes de soins qu'en termes de responsabilités.
Ce point ne sera pas toujours fixe ou fixé, notamment lorsque la zone rouge n'existe pas.

Les victimes décédées restent sur place ; un médecin doit constater le décès.
Elles sont placées sous la responsabilité de la D3.

2.3.2.2 PRÉ TRI OU TRI CHANTIER (TRI QUI CHASSE)

Le **pré- tri**, consiste une première évaluation médicale rapide visant à indiquer la priorité au relevage : il est basé sur le système START

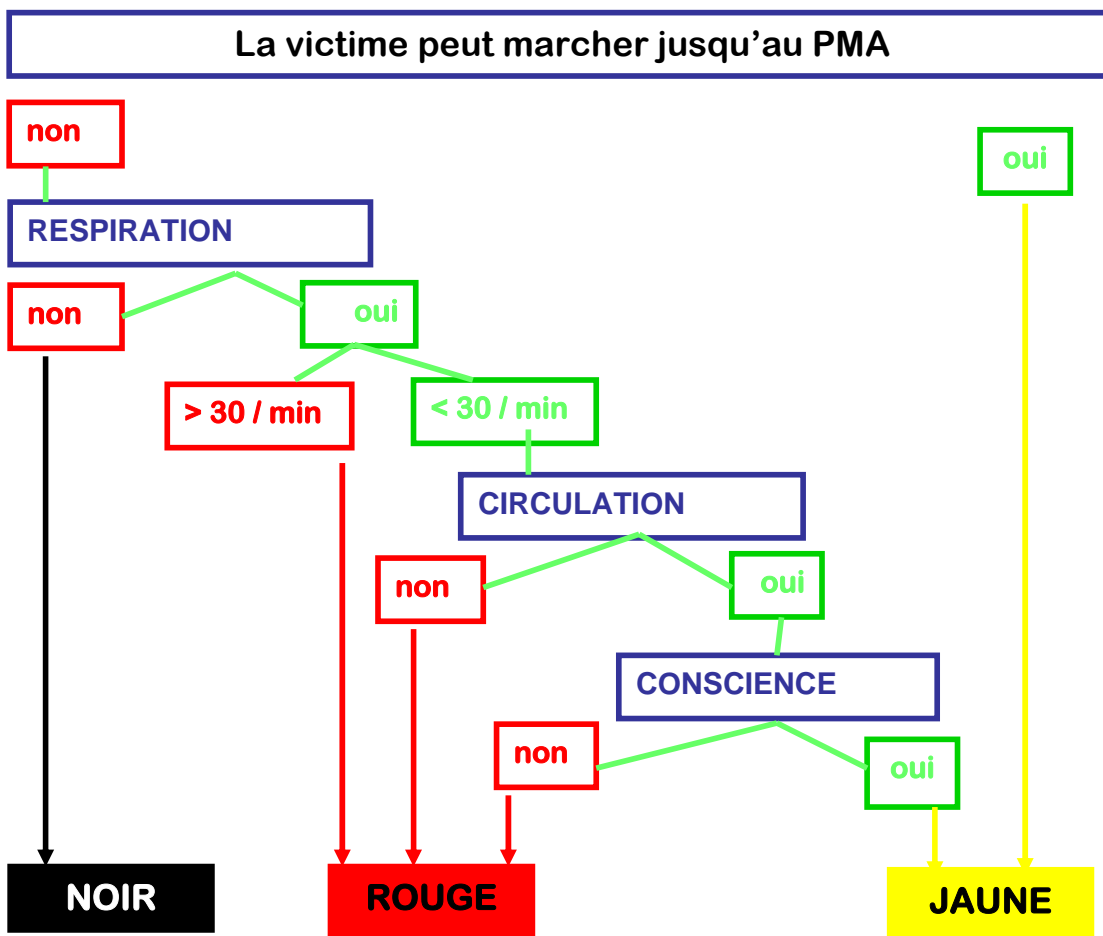
Les victimes reçoivent un macaron de couleur rouge ou jaune indiquant la priorité à l'évacuation primaire vers le PMA.

- ROUGE: la victime ne peut se déplacer seule et doit être évacuée en grande priorité.
- JAUNE: la victime peut marcher seule jusqu'à l'endroit de regroupement désigné.
- NOIR: ne pas déplacer, personne décédée. Un médecin doit constater le décès.

Aucun geste médical n'est posé en dehors de manœuvres vitales et salvatrices simples.



2.3.2.3 PRINCIPE DE TRI CHANTIER : START



PRÉ-TRI = Tri chantier = Tri qui chasse	Zone orange, à la limite du périmètre d'exclusion
	Pas de structure distincte mais un point de contact
	Pas d'exigences de connaissances particulières (à partir du SA AMU)
	Triage rapide



2.3.2.4 PETITE NORIA

La petite noria, ou noria de relevage, englobe le transport des victimes depuis le point relais (ou directement du chantier s'il n'y a pas de zone rouge), jusqu'au point de triage situé au niveau du poste médical avancé.

Selon la distance à parcourir et l'état du terrain, le transport peut s'effectuer à l'aide de différents moyens (brancardage, ambulance, draisine, ...)

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 disponibles et uniquement en l'absence de risques résiduels.

2.3.2.5 POSTE MÉDICAL AVANCÉ (PMA)

Fonction du PMA

Au niveau du Poste Médical Avancé, les victimes sont triées, catégorisées, enregistrées, identifiées dans la mesure du possible, mises en condition et dirigées vers les services adéquats en fonction des priorités, des spécificités diagnostiques et thérapeutiques, des capacités hospitaliers disponibles et définies au préalable et des moyens de transport disponibles.

Organisation du PMA

L'organisation et la mise en place d'un PMA comprend:

Une **zone de tri** dotée d'un secrétariat "IN" (tri qui classe)

Au niveau IN de cette structure, les patients sont triés en fonction du degré de gravité et dirigés vers la zone de stabilisation adéquate.

Ce tri est effectué par le MÉDECIN-TRIAGE, éventuellement assisté par l'ADJOINT-TRIAGE.

Le tri permet un enregistrement uniforme des victimes.

Triage en catégorie T1 T2 T3 / U1 U2 U3

- T1 : traitement médical immédiat nécessaire, intervention chirurgicale nécessaire à < 6hr
- T2 : traitement médical pouvant être différé, intervention chirurgicale endéans les 6 – 18 hr
- T3 : traitement médical largement post-possible ou non indispensable, intervention chirurgicale à plus de 18 hr

Chaque victime, quel que soit son degré d'urgence, en ce y compris les victimes non blessées, reçoivent une fiche d'identification qui assurera la transmission des informations médicales minimales et permettra d'établir une traçabilité univoque.

Actuellement, la fiche « Mettag » est utilisée par l'ensemble des secours médico-sanitaires belges.

Une **zone de soins** qui vise à:

- Stabiliser médicalement les victimes
- Les mettre en condition en vue de leur transport vers les structures d'accueil appropriées
- Assurer la surveillance médicale des patients en attendant leur transport

La **zone de régulation** dotée d'un secrétariat "OUT" ayant pour tâches de:

- Réguler l'évacuation,
- Orienter vers les victimes vers les services adéquats,
- Choisir le moyen de transport adapté et décider d'une éventuelle médicalisation
- Assurer la traçabilité



- Veiller à ce que l'évacuation ne soit pas anarchique

Positionnement du PMA

Le PMA peut être installé :

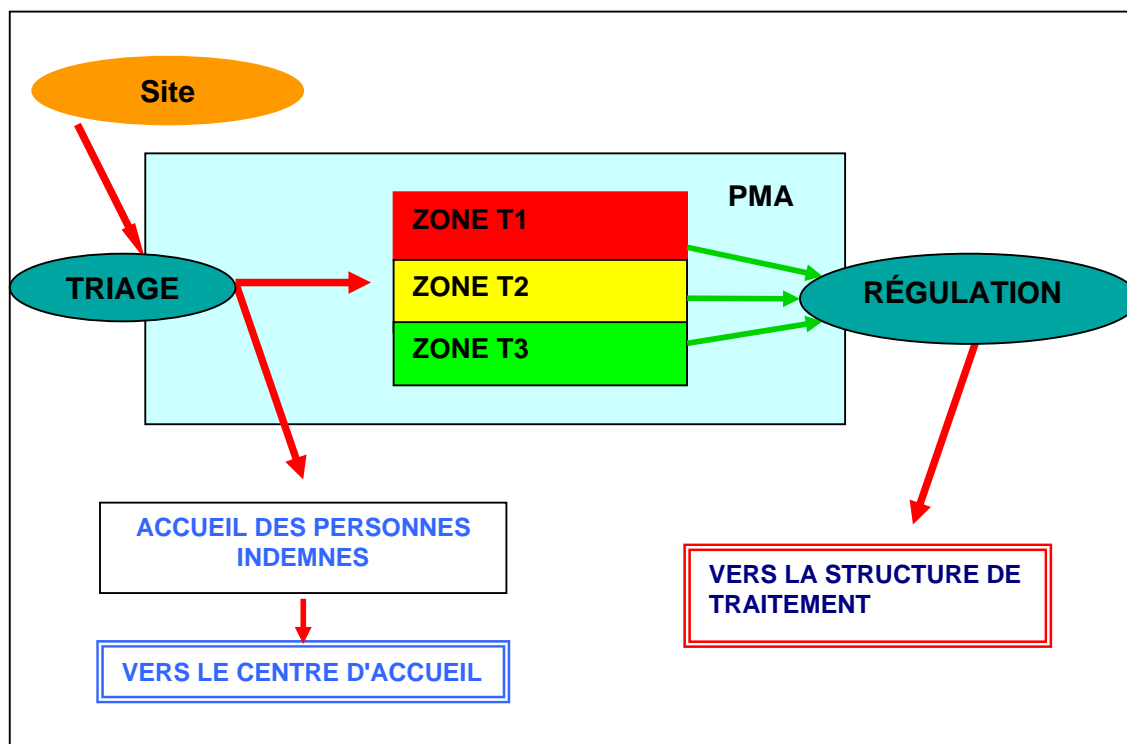
- Dans un bâtiment existant subdivisé en zones (T1,T2,T3)
- Dans une ou plusieurs tentes subdivisées en zones
- Dans un espace ouvert délimité par un cordon de couleur qui signale la zone.

Le COORD-PMA dirige le fonctionnement du PMA, à l'exception des évaluations médicales et des actes médicaux.

Il est assisté par le Coordinateur Logistique pour les aspects technico-logistiques et l'approvisionnement du PMA.

PMA	En zone orange
	Lieu sûr (direction du vent, évolution du risque) Le positionnement est une décision <u>multidisciplinaire</u> (donc concertation mutuelle au PC-Ops)
	Facilement accessible (à proximité de voies d'évacuation et de la catastrophe proprement dite)
	Possibilité d'extension

2.3.2.6. FLUX DES VICTIMES SUR LE SITE DE LA CATASTROPHE





2.3.3 ZONE JAUNE

La **grande noria**, ou noria d'évacuation, concerne le transport des victimes depuis le PMA vers et jusqu'aux structures désignées par le régulateur.

- Transfert vers:
 - Les services appropriés
 - Les structures du PIPS.

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 RV et garés méthodiquement dans un parc ambulancier.

La gestion de ce parc ambulancier est confiée à un COORDINATEUR PARC AMBULANCIER
Les moyens ne peuvent se rendre sur le site que moyennant l'accord du PC-Ops

Caractéristiques d'un point de RV et du parking ambulance

Point de RV	Désigné après concertation multidisciplinaire (concertation mutuelle ou PC-Ops)
	Dans la zone jaune, à distance raisonnable de la catastrophe et dos au vent
	De préférence géré par la police ou les pompiers
	Assez grand pour pouvoir accueillir les moyens de toutes les disciplines (y compris les camions de la D1 et de la D4), la plupart du temps un grand parking existant ou une rue large
Parking ambulance	Désigné après concertation multidisciplinaire (concertation mutuelle ou PC-Ops)
	Dans la zone jaune à proximité du PMA
	Géré par le Coordinateur Parc ambulancier en étroite concertation avec le RÉGULATEUR
	Assez grand pour permettre de garer efficacement les ambulances les unes à côté des autres et de manœuvrer
	Prévoir un place pour l'atterrissage des hélicoptères

2.3.4 EN DEHORS DES ZONES D'INTERVENTION

En principe, les services d'accueil des victimes restent en dehors des zones d'intervention.

Ces services sont, entre autres :

- Les services hospitaliers chargés de l'accueil et de l'éventuelle hospitalisation des victimes.

L'activation du plan de mise en alerte des services hospitaliers doit se faire selon les critères en vigueur prévus dans la loi du 23 OCTOBRE 1964 (complété par l'AR du 17 octobre 1991) portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre. Cette capacité est définie dans les plans MASH et validée par la COAMU.

Secondement, l'institution informe le centre du système d'appel unifié ou le dispatching médical de l'activation de son plan interne et communique la capacité des lits disponibles.

La régulation (la répartition des blessés dans les différents hôpitaux) suit un schéma strict (le "schéma de répartition des hôpitaux") afin d'éviter qu'un hôpital ne soit surchargé. Ce schéma détermine le nombre de patients pouvant être admis / traités par groupe de gravité (T1, T2 et T3) et par heure par un hôpital déterminé. Cette capacité d'accueil de seconde vague est déterminée en CoAMU, dans chaque province, avec le concours des hôpitaux.

- Les structures du PIPS pour l'accueil tel que défini dans la partie 2 du plan mono disciplinaire.



2.4 PERSONNEL & MOYENS

2.4.1 PERSONNEL

2.4.1.1. PERSONNEL DE COORDINATION

Inspecteur d'Hygiène fédéral (IHF)

Médecin, fonctionnaire du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, membre du comité communal ou provincial de coordination en tant que autorité administrative de la discipline 2, habilité à prendre des mesures administratives au nom du Ministre de la Santé publique et officier de liaison pour la cellule de crise départementale fédérale du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.

La discipline 2 est représentée par l'Inspecteur d'Hygiène fédéral ou son délégué au sein de la cellule stratégique.

Celui-ci est assisté par son adjoint pour ce qui concerne l'appui opérationnel.

Il est assisté par le Psychosocial Manager ou son délégué pour ce qui a trait aux aspects psychosociaux.

L'IHF peut être désigné pour siéger d'office au sein de la cellule de crise départementale (DG2, ICM) et/ou du CGCCR et/ou de tout autre CC.

Dir-Med

Médecin exerçant la direction opérationnelle de l'ensemble des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux affectés à la chaîne médicale des secours sur le site de la catastrophe, quels que soient leurs services d'origine.

Le Dir-Med travaille sous l'autorité administrative de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral ou de son délégué (conformément à l'AR du 2 février 2007).

Psychosocial Manager

Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral qui, sous la responsabilité de celui-ci et du Dir-Med, contribue à la coordination de l'aide psychosociale au sein de la discipline 2 et qui veille au fonctionnement du plan psychosocial (conformément au PIPS).

Les actions du PSM et sa relation avec le PIM sont détaillées dans le PIPS.

Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint (adj. IHF)

Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant à l'Inspecteur d'Hygiène fédéral.

Sur directives de l'IHF, soit l'adjoint IHF siègera au sein du CC, soit il apportera son soutien au Dir-Med sur le site de la catastrophe ou fera partie du personnel opérationnel.

Dir-Med adjoint

Adjoint du Dir-Med, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant au Dir-Med.

Le Dir-Med ou son adjoint siège en tant que représentant de la discipline 2 au PC-Ops.

Médecin-TRI (et son adjoint)

Médecin, de préférence urgentiste du premier SMUR, qui considère la totalité des patients et effectue le triage. Fait rapport au Dir-Med et au COORD PMA, informe le médecin-PMA si nécessaire.

Adjoint TRI: infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI.

COORD-PMA (Coordinateur Poste médical avancé)



Médecin ou infirmier SMUR qui organise et coordonne la totalité du fonctionnement du PMA. Il assure une répartition adéquate des tâches et l'organisation des différentes zones de catégorisation. Il assure le suivi de l'exécution par les autres collaborateurs (médecins et infirmiers) des missions du médecin PMA et veille au bon déroulement des activités.
Fait rapport au Dir-Med et s'accorde avec le COORD REG.

COORD Régulation (et son adjoint)

Médecin ou infirmier SMUR responsable de la régulation.

Sur la base de l'état de la victime, de la pathologie en cause et de la capacité hospitalière disponible, il détermine l'hôpital receveur adéquat.

Il fait rapport au Dir-Med, dirige le coordinateur du parc ambulancier et s'accorde avec le CS 100 – dispatching médical ou par le biais du préposé délégué sur les lieux.

Le choix du coordinateur Régulation (soit médecin, soit infirmier) dépend de l'ampleur de la catastrophe, de la spécificité des pathologies, des possibilités de stabilisation médicale et du personnel disponible.

Coordinateur Secrétariat

Organise les tâches administratives sur le site de la catastrophe en général, et plus particulièrement au niveau du PMA, en ce compris l'enregistrement administratif des victimes, des personnes impliquées, la destination d'évacuation,...

Ces données ne sont mises à la disposition de tiers que sur ordre de l'IHF.

Coordinateur Logistique.

Travaille pour le compte du Coordinateur PMA d'une part, et sous la direction du Dir-Med d'autre part. Il assure le transport, l'organisation et l'utilisation optimale des moyens logistiques nécessaires à l'ensemble de la chaîne médicale des secours.

Il s'occupe tant des moyens médicaux (pansements, médicaments, oxygène) que des moyens technico-logistiques (brancards, tentes, éclairage, chauffage, catering), mais pas des ambulances.

Si nécessaire, il se concerte avec le responsable des moyens technico-logistiques de la discipline 4 et coordonne ses actions avec celles de ce responsable.

Coordinateur Parc ambulancier

Sous l'autorité du Dir-Med, mais directement dirigé par le COORD REG, il gère le parc ambulancier et tout autre parc de véhicules mis à la disposition de la chaîne médicale des secours.

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

Coordinateur liaison CS 100 - DISP MED

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

Staf opérationnel

Étant donné la diversité des fonctions, y compris au niveau du PC-Ops, l'encadrement technico-administratif du Dir-Med et la nécessité de fournir en permanence à l'Inspecteur d'Hygiène fédéral les informations nécessaires et correctes, des collaborateurs opérationnels peuvent être prévus pour la D2. (Liste des victimes, liste des évacuations, liste des effectifs, ...).

Les fonctions sont attribuées selon l'ampleur de la catastrophe et suivant la disponibilité du personnel
--



2.4.1.2. PERSONNEL D'INTERVENTION

Le personnel engagé en première intention est :

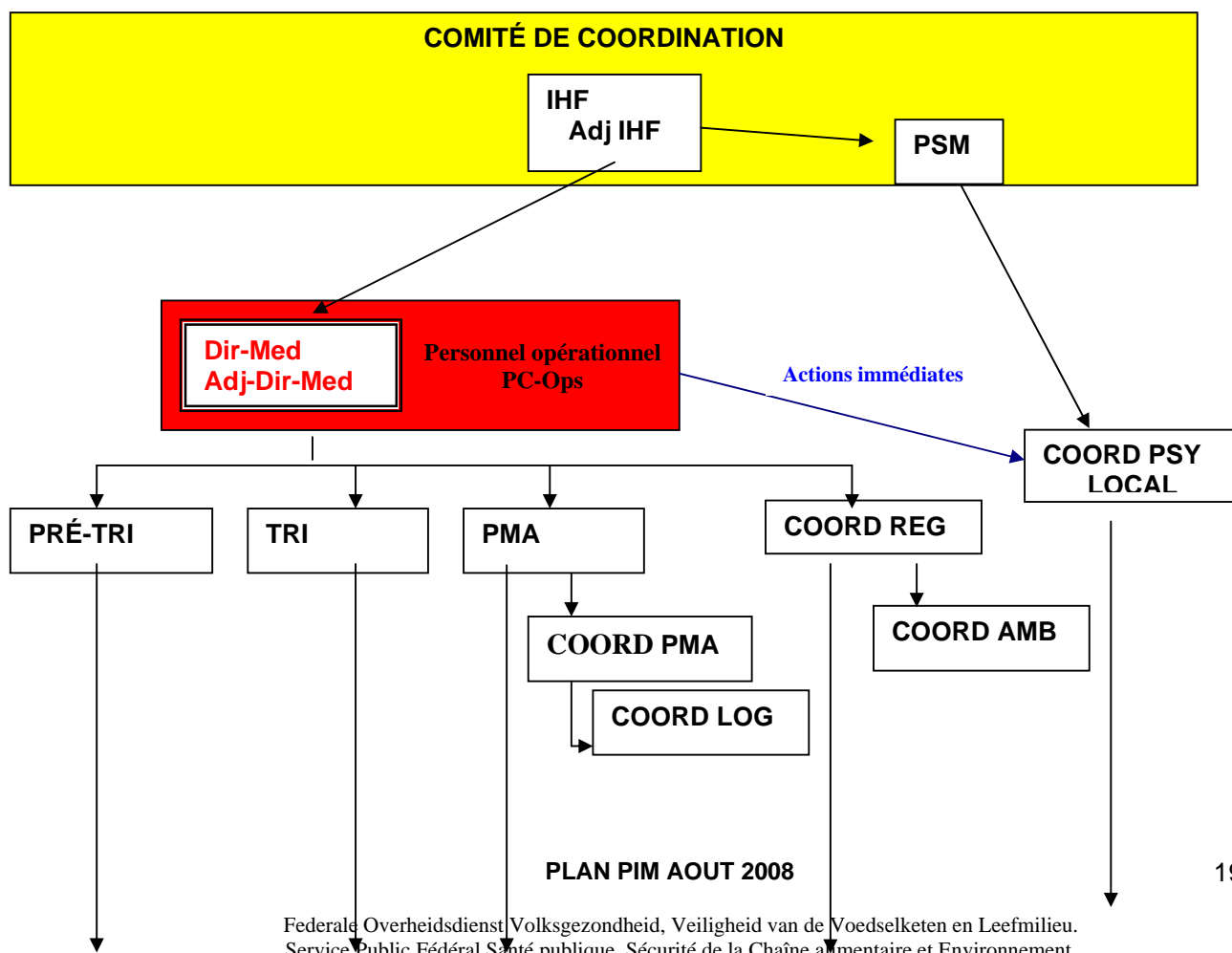
- Les équipes SMUR
- Les secouristes ambulanciers
- L'équipe PIT (éventuelle)
- Le (les) MIR
- La Croix-Rouge

L'ensemble de ce personnel intervient conformément à leur fiche de consigne.

Toutes les personnes (médecins, infirmiers, ambulanciers et autres) se présentant sur demande ou spontanément sur le site peuvent également être mobilisées.

Toutes ces personnes doivent agir en fonction de la fiche de consignes qu'ils reçoivent du Dir-Med.

2.4.2 SCHÉMA HIÉRARCHIQUE





* SA
* SMUR

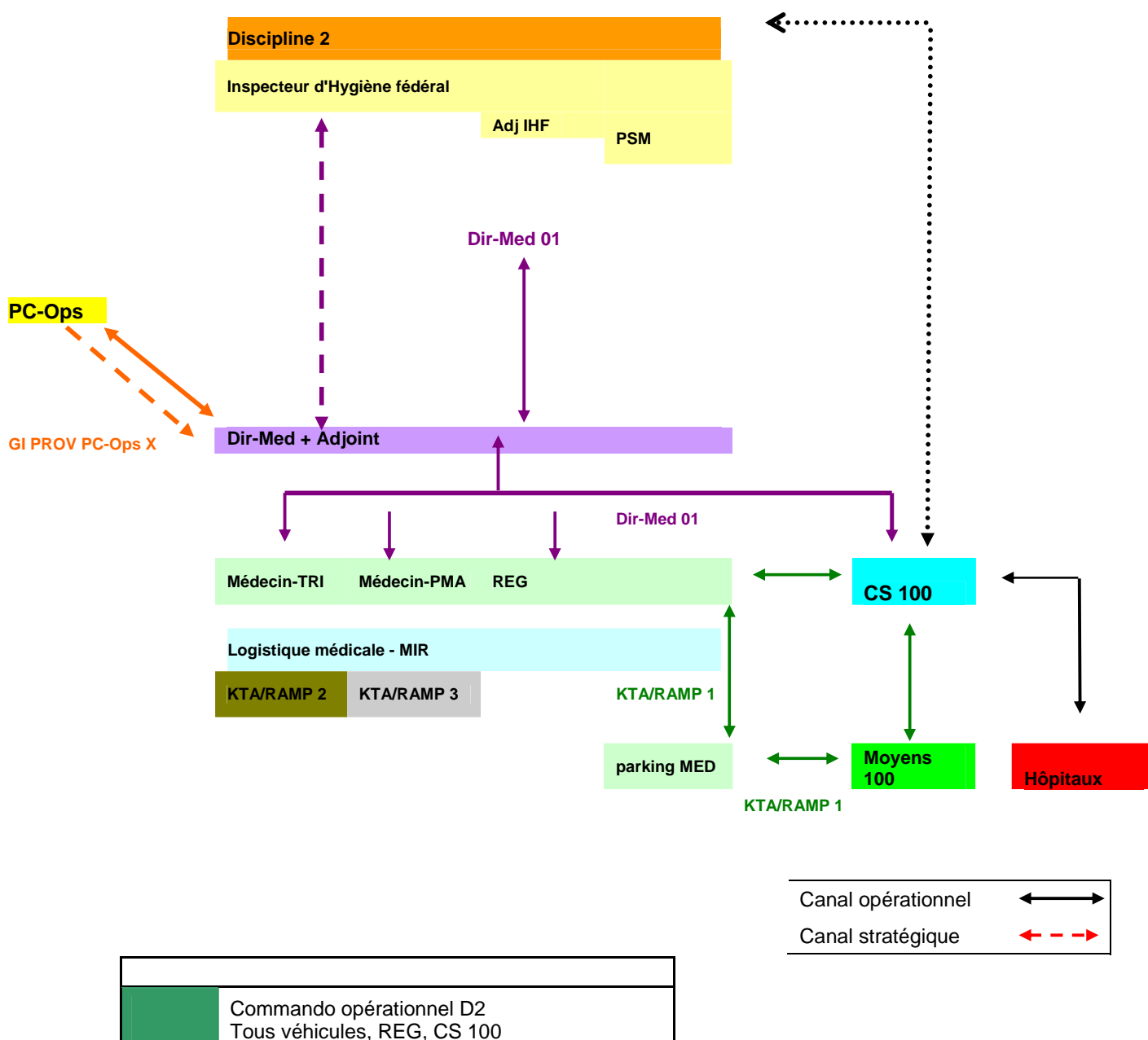
* SMUR

* SA
* SMUR
* FIT MED

* SA
* SMUR

* Sisu
* FIST/API
* Accueil des victimes
* ...

2.4.3. SCHÉMA DE COMMUNICATION





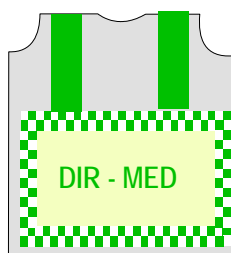
	Groupe de communication multidisciplinaire COORD PROV et stratégie PC-Ops
	KTA/RAMP 2 Tri et pré-tri si nécessaire
	KTA/RAMP 3 Au niveau du PMA si nécessaire
	Groupe de communication monodisciplinaire = fonctionnement dans le même groupe cible

2.4.4. IDENTIFICATION DES INTERVENANTS

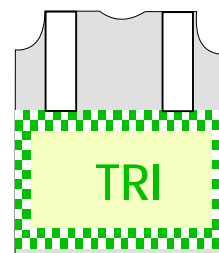
L'ensemble des intervenants sera identifié par des chasubles de couleur (signalement vert pour la D2) reprenant la fonction et l'identification.

L'orientation des bandes réfléchissantes ainsi que le marquage en damier déterminera l'appartenance à une fonction dirigeante ou d'exécution.

Exemple de fonction stratégique et dirigeante.



Fonction exécutive



2.4.5. MOYENS MÉDICAUX - LOGISTIQUES

Il s'agit de tous les moyens médicaux, techniques et logistiques qui peuvent être utilisés dans le cadre d'une activation du PIM.

Des procédures préalables d'activation, de mise en œuvre et d'utilisation doivent avoir été convenues avec les différents services.

2.4.5.1. MOYENS HABITUELS D2

Les moyens engagés en première intention sont:

- Les ambulances de l'AMU
- Les équipes SMUR
- Les éventuelles équipes PIT
- Les médecins généralistes de permanence pour le CS 100

Ils doivent se rendre immédiatement au point de RV.

Ces moyens ne sont pas nécessairement limités à la province dans laquelle survient l'événement.

2.4.5.2. MOYENS SPÉCIFIQUES D2

MIR ou Moyens d'Intervention Rapide



Il s'agit des moyens spécifiquement prévus dans le but d'être mis en œuvre pour la D2 en cas de catastrophe et dès lors constamment tenus à la disposition du CS 100 - DM par les services concernés.

Ils sont transportés par un ou plusieurs véhicules spécifiquement équipés à ces fins.

Les moyens spécifiques destinés au fonctionnement du PMA se trouvent dans les FIT Med (oxygène, valises de médicaments et de pansements,...)

Les moyens spécifiques techniques et logistiques destinés à l'organisation du PMA se trouvent dans les FIT Log (brancards, porte-brancards, couvertures, tente,...)

De plus, un encadrement de ces moyens médicaux et logistiques par du personnel dédié est organisé par la Croix-Rouge.

La composition et le contenu des FIT Med et FIT Log sont repris dans l'annexe et font partie intégrale du PIM

2.4.5.3 MOYENS ADDITIONNELS

- Les médecins généralistes
- Les personnes et matériel dans le cadre d'un accord international (uniquement moyennant l'accord de l'IHF et/ou du Dir-Med)
- Les moyens de l'armée ou d'une autre discipline (uniquement moyennant l'accord du CC)
- Les moyens en réserve d'organisations d'aide et d'organisations de type Croix-Rouge de Belgique (uniquement moyennant l'accord de l'IHF ou du Dir-Med)
- Les ambulances ne collaborant pas au fonctionnement de l' AMU
- Les moyens de transport collectifs publics ou privés

2.4.5.4 PARAMÈTRES DE LA MISE EN ŒUVRE

MOYENS		MISE EN ŒUVRE
SMUR	3 SMUR	DÉPART IMMÉDIAT
Ambulances AMU	5 ambulances	DÉPART IMMÉDIAT
PIT	Selon la région	DÉPART IMMÉDIAT
MIR	Selon la province et la région	DÉPART DANS LES 30 MIN SUIVANT LA MISE EN ALERTE
Médecin généraliste de permanence	Selon la région	DÉPART DANS LES 30 MIN SUIVANT LA MISE EN ALERTE

2.5. FIN DU PIM

La clôture d'un PIM est donnée à l'ensemble des intervenants de la D2 par le système d'appel unifié territorialement compétent à l'initiative :

- Du Dir-Med



- De l'Inspecteur d'Hygiène fédéral.

Après chaque PIM, les représentants des services activés rédigent un rapport d'activité qu'ils transmettront dans les meilleurs délais à l'Inspecteur d'hygiène territorialement compétent.

Ce rapport contiendra au minimum :

- Les services engagés,
- Les actions prises (+ timing)
- La liste des victimes (+ traçabilité)

De même, les services engagés veilleront à se remettre disponible le plus rapidement possible après reconditionnement de leur matériel.

2.6. LIEN AVEC LE PIPS

Représentant du PIPS sur le site de la catastrophe

Dans le cadre du fonctionnement du PIPS, le coordinateur PSY local est chargé, après passage au tri PMA des victimes, du regroupement et de l'accueil des personnes indemnes à proximité du PMA.

Cet intervenant local se présentera tout d'abord auprès du PC-Ops et sera sous la direction du Dir-Med aussi longtemps qu'elle restera sur le terrain.

Par le biais du PC-Ops, il demandera le transport des victimes et des personnes indemnes, dont l'évacuation vers une structure hospitalière n'est pas nécessaire, vers le centre d'accueil. Cela signifie que le transport est organisé soit par le PC-Ops, soit par le CC à l'initiative du PC-Ops.

Actions du PIPS en phase aiguë

Les actions sont décrites en totalité dans le PIPS.

Outre le regroupement et le transport des personnes indemnes hors du site de la catastrophe, ces actions sont essentiellement les suivantes en phase aiguë:

- L'accueil des personnes indemnes dans les centres d'accueil et d'encadrement
- L'enregistrement (définitif) de toutes les personnes ayant directement vécu la catastrophe
- La mise à disposition de personnel pour le Centre d'Information téléphonique

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

En général, le PIPS reste plus longtemps actif que le PIM afin de finaliser l'ensemble des actions qui sont décrites en détail dans le PIPS.

L'autorité responsable en est l'Inspecteur d'hygiène avec la collaboration du PSM.

3. FICHES DE CONSIGNES

Les fiches de consignes doivent faire partie intégrante du PIM.

Elles précisent les actions à prendre et les compétences des différents intervenants de la discipline 2, tant pour le fonctionnement général dans le cadre du PIM que pour ce qui concerne des consignes et



accords plus spécifiques au niveau des particularités provinciales mais toujours en adéquation avec les consignes générales qui font l'objet de la présente circulaire.

Elles s'adressent aux parties ou fonctions intervenantes énumérées ci-après:

- le centre du système d'appel unifié ,
- le dispatching médical;
- les secouristes-ambulanciers;
- le premier SMUR sur les lieux;
- le triage;
- le PMA;
- la régulation;
- le Dir-Med;
- le Dir-Med adjoint;
- l'Inspecteur d'Hygiène fédéral;
- l'IHF adjoint;
- le Psychosocial Manager;
- le Coordinateur Secrétariat;
- le Coordinateur PMA;
- le Coordinateur Logistique;
- le Coordinateur Ambulances;
- les médecins généralistes de permanence;
- MIR FIT MED;
- MIR FIT LOG;
- les médecins généralistes apportant volontairement leur aide;
- les infirmiers apportant volontairement leur aide

Tous les intervenants énumérés ci avant doivent posséder le PIM générique complété des fiches de consignes.

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



3 CHAPITRE III PLAN PSYCHOSOCIAL: PIPS

Référence: guide pratique PIPS.

4 CHAPITRE IV PLAN SANITAIRE

Volet à compléter au niveau fédéral par la Cellule de Vigilance sanitaire, projets et expertise.

Vagues de chaleur et pics d'ozone

Plan variole

Plan pandémie

...

5 CHAPITRE V PLAN RISQUES & MANIFESTATIONS

L'Arrêté Royal du 10 août 1998 instituant, dans chaque province, une Commission d'Aide Médicale Urgente (COAMU), confie aux membres du Bureau la mission particulière de formuler, d'office ou à la demande des autorités provinciales et communales, des avis à l'usage de ces instances relatifs à l'organisation de l'Aide Médicale Urgente en vue de préparer les manifestations à risque.

En fonction de nombreux critères dont le type de manifestation, l'affluence, le type public attendu,...il faut envisager de déployer, sur le site de la manifestation, un dispositif médical afin d'assurer la prise en charge individuelle ou collective des patients qui nécessitent des soins immédiats et ce sans soustraire, au système d'appel unifié 100, ses moyens ordinaires.

Ce volet à compléter au niveau provincial par l'Inspecteur d'Hygiène territorialement compétent en collaboration avec les représentants de la CoAMU impliqués dans cette problématique pour ce qui concerne le plan générique et à discuter en cellule de sécurité communale ou provinciale pour ce qui concerne les applications locales.



6 CHAPITRE VI FORMATION & EXERCICES

6.1. FORMATION

Une politique ciblée d'apprentissage et d'exercice devra être mise au point afin de parvenir à une politique d'exercice efficace. L'objectif étant de former les différents intervenants à collaborer au sein d'une organisation et avec des collaborateurs d'autres disciplines.

Cette formation portera également sur la vision et à la coordination intra- et pluridisciplinaire. La formation commune doit être considérée comme une première étape vers le succès dans l'approche multidisciplinaire de la lutte contre les catastrophes. Cette connaissance devra ensuite être affinée dans le cadre d'une politique d'exercice bien organisée

Il est impératif que toutes les personnes susceptibles d'intervenir en cas de catastrophe puissent suivre la formation adéquate.

Tous les intervenants potentiels de la discipline 2 doivent bénéficier de cours théoriques et pratiques adaptés aux situations spécifiques afin d'acquérir les connaissances nécessaires devant leur permettre, chacun à leur niveau, d'intervenir de façon appropriée.

La discipline 2 proposera, pour les intervenants, un parcours de formation interdisciplinaire, lequel trouvera sa finalisation dans un volet multidisciplinaire.

Les parcours de formation et leur contenu doivent être soumis à la concertation avec la coordination multidisciplinaire fédérale.

6.2. POLITIQUE D'EXERCICE

Pour rendre l'exercice efficace, il est nécessaire d'adopter une approche stratégique c'est à dire une politique d'exercice.

L'élaboration et le suivi d'un plan de politique d'exercice relèvent de la mission du fonctionnaire responsable de la planification d'urgence.

Il va de soi que cela se fera en concertation avec le bourgmestre, qui définira les choix stratégiques, et les membres de la cellule de sécurité communale ou provinciale composée des responsables des différentes disciplines.

Les éléments essentiels à respecter sont les suivants:

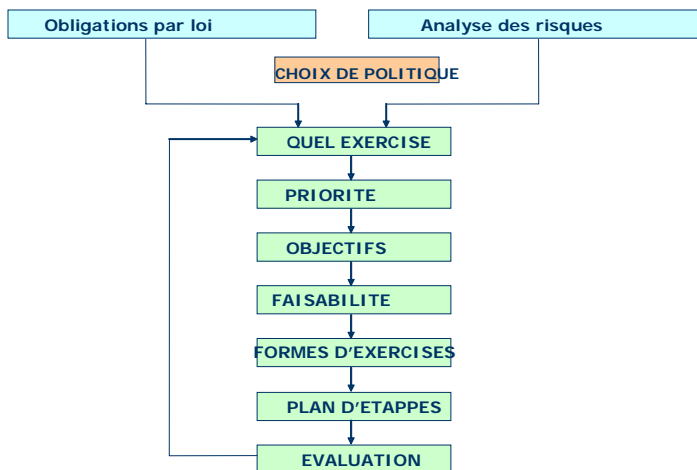
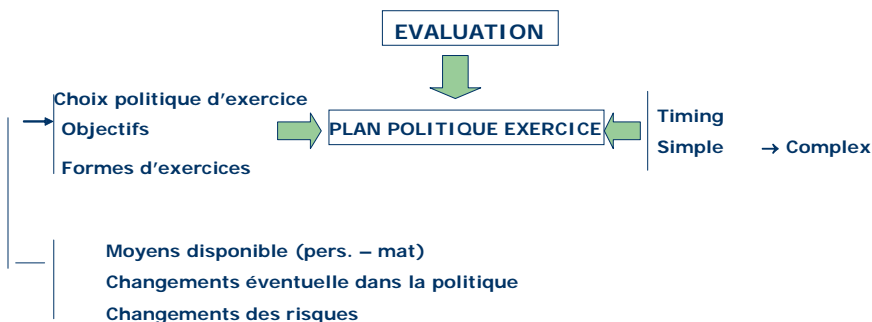
Exercice efficace.
Exercice structuré.
Exercice méthodique.
Exercice sûr.

Le **plan de politique d'exercice** devra être mis progressivement en place compte tenu des choix stratégiques, des priorités et des objectifs et formes prévus pour les exercices.

En outre, il y aura lieu de régulièrement tenir compte des moyens disponibles en termes de personnel et de matériel, des possibles modifications de la politique d'exercice générale et des risques changeants.

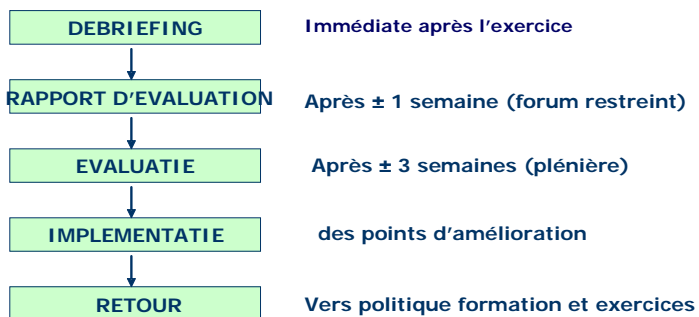
Le plan de politique d'exercice devra être évalué régulièrement et adapté si nécessaire.

Pour ce faire, l'évaluation des exercices déjà effectués pourra servir de fil conducteur.



Outre la définition des moyens effectivement mis en œuvre, un accord préalable du représentant des disciplines concernées est nécessaire.
L'accord préalable de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral est requis pour la discipline 2 qui devra être informé au moins 4 semaines avant la mise en oeuvre des moyens.

Il est essentiel de tirer de chaque exercice les leçons qui s'imposent et ensuite de mettre ces leçons en oeuvre dans le processus de fonctionnement normal.
Pour ce faire, il y a lieu de respecter un certain nombre d'étapes.





7 CHAPITRE VII LÉGISLATION & HISTORIQUE

Aperçu de la législation en vigueur
Les textes juridiques sont ajoutés dans les annexes.

Législation	Article	
Loi 8/7/1964	Art. 1	Définition de la mise en œuvre générale de l'AMU
AR 2/4/65	Art. 7, 3 ^e alinéa, 1 ^o	Mise en œuvre du SMUR dans les incidents collectifs
AR 10/08/98	Art. 4, 3 ^o	Rédaction et approbation du PIM
AR 02/02/07	Totalité du texte	Définition du Dir-Med
AR 16/02/06	Art. 11	Définition et tâches de la discipline 2
NPU-1		Spécification des tâches de la discipline 2 (circulaire apportant des explications sur l'AR du 16/02/06)



LISTE ALPHABÉTIQUE AVEC ABRÉVIATIONS POUR LA DISCIPLINE 2

Fonction (de base)	<i>Tâche de coordination au sein du PIM effectuée par un médecin ou un infirmier spécialisé en médecine pré-hospitalière et/ou en gestion de catastrophes.</i>
Directeur de l'aide médicale adjoint (Adj-Dir-Med)	<i>Adjoint du Dir-Med, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant au Dir-Med.</i>
Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint (Adj-IHF)	<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>
Adjoint-TRI	<i>Infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI.</i>
Adjoint-PMA	<i>Infirmier qui assiste le médecin-PMA.</i>
Service d'ambulance	<i>Service d'ambulance organisé par les pouvoirs publics et visé à l'article 5, alinéa 1^{er}, de la loi du 8 juillet 1964. Service ambulancier organisé par les personnes privées qui, en application de l'article 5, alinéa 3 de la même loi, ont 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>
Médecin-TRI	<i>Médecin SMUR qui effectue le triage.</i>
Médecin-PMA	<i>Médecin qui assure la coordination médicale du PMA.</i>
Plan Belgian association for burns injuries (Plan BABI)	<i>Plan national organisant le nombre de lit pour grands brûlés et la coordination des différents centres de traitement des grands brûlés.</i>
Centre de Traitement de l'Information (CTI)	<i>Point de collecte, de traitement et de diffusion des listes de victimes. La localisation et l'organisation du CTI sont déterminées par le Plan d'urgence et d'intervention communal (conformément au PIPS).</i>
Commission d'Aide médicale urgente (CoAMU)	<i>La Commission d'Aide médicale urgente est un organe consultatif pour les autorités provinciales et communales. Les Commissions regroupent 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>
Mettre en condition	<i>Préparer la victime à être transportée en vue d'une évacuation régulée.</i>
Coordinateur Logistique	<i>Responsable du soutien logistique des actions médicales sur le site de la catastrophe.</i>



Coordinateur Régulation	<i>Personne qui, en cas de situation d'urgence collective, est chargée de la régulation sur le terrain, conformément aux règles du Plan d'intervention médicale.</i>
Service Transport non urgent de malades	<i>Tout transport de patients couchés par ambulance ne s'inscrivant pas dans le fonctionnement de l'Aide médicale urgente. Cette ambulance peut, dans des circonstances exceptionnelles (prévues dans le Plan d'intervention médicale), intervenir dans le fonctionnement de l'Aide médicale urgente.</i>
Victime directe / personne directement impliquée	<i>Toute personne directement confrontée à une situation d'urgence, présente au moment des faits (personne décédée, blessée, indemne, témoin sur les lieux).</i>
Directeur de l'aide médicale (Dir-Med)	<i>Médecin exerçant la direction opérationnelle de l'ensemble des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux affectés 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 le Dir-Med).</i>
Urgence dans le cadre de l'aide	<i>Situation d'urgence dans laquelle un retard dans la mise en œuvre des secours peut entraîner une perte de chances pour la victime ou la personne malade. Le préposé du centre de secours 100 évalue le degré d'urgence sur la base d'une liste dressée par le SPF Santé publique. Cette évaluation est appelée "régulation".</i>
Aide médicale urgente (AMU)	<i>La dispensation immédiate de secours appropriés à toutes les personnes 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>
Intervention sociale urgente (ISU)	<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. Les modalités de son intervention sont définies par le biais d'un partenariat stratégique avec le SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (conformément au PIPS).</i>
Inspecteur d'Hygiène fédéral (IHF)	<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 chargé de quelques tâches spécifiques dans le cadre de la planification d'urgence. Il préside la Commission d'Aide médicale urgente de la zone qui</i>



	<i>relève de sa compétence, est secrétaire de la Commission médicale provinciale du même ressort et est également officier de liaison pour la cellule de crise départementale du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.</i>
Personne impliquée = victime	<i>Les personnes décédées, blessées, indemnes, les secours, les proches, les témoins et les éventuels autres groupes impliqués dans une situation d'urgence collective (conformément au PIPS).</i>
Nid de blessés	<i>Groupe de victimes qui se forme spontanément à proximité de la situation d'urgence collective.</i>
Grande noria	<i>Évacuation régulée des victimes à partir du poste médical avancé (PMA) vers les structures adéquates de prise en charge et/ou de traitement.</i>
Centre de secours 100 / système d'appel unifié / centrale 100 (CS 100)	<i>Organisation de l'Aide médicale urgente consistant en un numéro d'appel unifié et du personnel répondant aux appels urgents selon les règles imposées par le SPF Santé publique.</i>
Victime indirecte / personne indirectement impliquée	<i>Toute personne qui est confrontée aux conséquences d'une situation d'urgence et qui n'était pas présente sur les lieux de la situation d'urgence (proches, famille,...).</i>
Centre d'Information et de Soutien (CIS)	<i>Point central qui prodigue informations, conseils et assistance aux personnes impliquées dans une situation d'urgence et assure la coordination de leur soutien ultérieur (conformément au PIPS).</i>
Réunion d'information des victimes	<i>Réunion visant à informer les personnes impliquées dans une situation d'urgence sur l'incident et les mesures prises, et à leur donner la possibilité de discuter entre elles de façon informelle (conformément au PIPS).</i>
Petite noria	<i>Évacuation des victimes à partir du point de transfert vers le poste médical avancé (PMA).</i>
Medical Emergency field Triage Tag (METTAG)	<i>Concept international pour une fiche avec code universel qui indique l'évolution de la gravité des blessures et facilite l'enregistrement de la victime.</i>
Plan d'Intervention médicale (PIM)	<i>Subdivision du plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2. Contient toutes les mesures prises en exécution de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'Aide médicale urgente, pour organiser et fournir des secours et des soins adaptés aux victimes lors de situations d'urgence médicale collective.</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>
Moyens logistiques médicaux	<i>Moyens mis en oeuvre pour l'installation et l'équipement du poste médical avancé. Ces moyens sont transportés avec le</i>



	<i>personnel dans des véhicules prévus à cet effet.</i>
Mise en alerte du PIM	<i>Lancement de la chaîne médicale des secours lorsque les critères de lancement du Plan d'intervention médicale sont remplis.</i>
PIM en stand-by	<i>Mise en alerte partielle du Plan d'intervention médicale, seul le point de coordination du Plan d'intervention médicale étant alerté dans le but de pouvoir évaluer correctement l'impact médical de la situation d'urgence.</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. Le SMUR 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>
Conseil national des secours médicaux d'urgence (CNSMU)	<i>Organe composé de représentants des différents groupes actifs sur le terrain ou organisant l'Aide médicale urgente. Il conseille le Ministre quant à tous les aspects de l'Aide médicale urgente.</i>
Personne indemne	<i>Toute personne présente lors d'une situation d'urgence collective et qui ne semble pas avoir de blessures physiques.</i>
Coordinateur du parc ambulancier	<i>Responsable du parc ambulancier qui veille à ce que les ambulances soient correctement garées afin qu'elles soient rapidement à disposition sur le lieu d'intervention. Il est désigné sur la base de son expérience ou de sa connaissance du PIM.</i>
Coordinateur PMA	<i>Responsable du 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 destinés au PMA soit assuré.</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 séjour 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 d'encadrement des proches (CEP)	<i>Centre ayant pour mission d'encadrer les proches des victimes et de favoriser le regroupement familial. La localisation et l'organisation du CEP sont déterminées par le Plan d'urgence et d'intervention communal (conformément au PIPS).</i>
Team d'Intervention paramédicalisé (PIT)	<i>Fonction mise en place dans le cadre de l'Aide médicale urgente dans le respect de normes spécifiques imposées par rapport au véhicule et au personnel. Le team se fonde sur une fonction agréée de 'soins urgents spécialisés'. Il se rend dans un endroit donné à la demande du préposé du système d'appel unifié (conformément à une convention spécifique).</i>
Bilan post-crise (BPC)	<i>Outil de synthèse et d'analyse de l'information recueillie par le PSM auprès des acteurs psychosociaux, des autres disciplines,</i>



	<i>des médias, etc. Le BPC est soumis à l'Inspecteur d'Hygiène fédéral et est utilisé pour décider de passer ou non à la phase de soutien à long terme dans le cadre du PIPS (conformément au PIPS).</i>
<i>Triage préalable (pré-tri)</i>	<i>Première évaluation clinique rapide réalisée à la limite entre la zone rouge et la zone orange. Les victimes sont réparties en groupes en vue de leur évacuation d'urgence de la zone rouge vers le poste médical avancé.</i>
<i>Dispositif médical préventif</i>	<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 le Dir-Med).</i>
<i>Victime primaire</i>	<i>Les personnes mortes, blessées (gravement ou légèrement), indemnes ou portées disparues.</i>
<i>Comité de coordination psychosociale (CCPS)</i>	<i>Comité créé en vue de coordonner et d'évaluer les actions de soutien psychosocial. Le CCPS rassemble les acteurs locaux et spécialisés capables d'évaluer les problèmes psychosociaux à moyen et long terme des personnes impliquées. Le CCPS est coordonné par le Psychosocial Manager, sous le mandat de l'autorité administrative et de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (conformément au PIPS).</i>
<i>Plan d'Intervention psychosociale (PIPS)</i>	<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>
<i>Psychosocial Manager (PSM)</i>	<i>Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral qui contribue à la coordination de l'aide psychosociale au sein de la discipline 2 et qui veille au fonctionnement du Plan d'intervention psychosociale (conformément au PIPS).</i>
<i>Régulation par le préposé du centre de secours 100</i>	<i>Détermination du degré d'urgence lors d'un appel, selon les règles imposées par le SPF Santé publique.</i>
<i>Régulation sur le terrain</i>	<i>Détermination de la priorité quant au transport et à la destination des victimes d'une situation d'urgence collective.</i>
<i>Victime secondaire</i>	<i>Personnes impliquées (famille, proches, collègues, voisins).</i>
<i>Stabilisation</i>	<i>Ensemble d'actes médicaux visant à optimiser l'état du patient de façon à accroître ses chances de bénéficier d'un traitement adéquat.</i>
<i>Centre d'Information téléphonique (CIT)</i>	<i>Centre ayant pour mission de fournir par téléphone des informations aux proches sur les personnes potentiellement impliquées dans une situation d'urgence collective. La localisation et l'organisation du CIT sont déterminées par le</i>



	<i>Plan d'urgence et d'intervention communal (conformément au PIPS).</i>
Victime tertiaire	<i>Les secours, les responsables, les médias, les intervenants psychosociaux, les groupes sociaux, la population.</i>
Triage	<p><i>Évaluation médicale clinique réalisée à l'entrée du poste médical avancé, au cours de laquelle les victimes sont réparties selon le degré d'urgence en fonction de la gravité de leurs blessures.</i></p> <p><i>Rouge: blessé grave, personne requérant des gestes de survie et une évacuation rapide.</i></p> <p><i>Jaune: blessé sérieux dont l'état ne présente pas de risque vital, mais requiert une hospitalisation.</i></p> <p><i>Vert: blessé léger à soigner par la suite.</i></p>
Fiche de triage	<i>Méthode d'enregistrement standard des données personnelles et médicales qui restent auprès de la victime tout au long de la chaîne médicale des secours, depuis le site de l'urgence jusqu'à l'hôpital.</i>
R-CTI	<i>Responsable du Centre de Traitement de l'Information.</i>
Responsable de l'Aide psychosociale (R-APS)	<i>Le R-APS veille à la mise en place du soutien communal (Centre d'Accueil, Centre d'Information téléphonique, Centre d'Encadrement des Proches, Centre de Traitement de l'Information) du PIPS et garantit la présence de personnel et de moyens matériels en suffisance. Le R-APS travaille sous l'autorité administrative du bourgmestre et de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (conformément au PIPS).</i>
Proche	<i>Toute personne ayant un lien affectif avec la victime (conformément au PIPS).</i>
Endroit de regroupement	<i>Lieu où sont regroupées les personnes indemnes avant d'être éloignées du site de la catastrophe.</i>
R-CA	<i>Responsable du Centre d'Accueil.</i>
Poste médical avancé (PMA)	<i>Structure transitoire pré-hospitalière qui permet d'assurer le triage 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 le Dir-Med).</i>
R-CEP	<i>Responsable du Centre d'Encadrement des Proches.</i>
R-CIE	<i>Responsable du Centre d'Information téléphonique.</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).</i>
Plan MASH	<i>Plan de 'mise en alerte des services hospitaliers'. Chaque hôpital doit élaborer un plan d'action comprenant un 'volet interne' qui</i>



	<i>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). Ce plan peut être considéré comme un PPUI, il est toutefois approuvé par le gouverneur de la province.</i>
Schéma de la répartition des hôpitaux	<i>Schéma déterminant la répartition des patients dans les différents hôpitaux en cas de situation d'urgence. Chaque CoAMU définit un tel schéma au préalable en tenant compte du nombre total de lits agréés dont dispose l'hôpital.</i>
MIR	<i>Moyens d'interventions rapide. Ensemble des moyens (personnelle et véhicules) du D2 en cas de catastrophe, sont apporté sur place par un partenaire, composé d'un partie FIT MED et FIT LOG</i>
FIT MED	<i>First Intervention Team Medical Véhicule avec le matériel d'origine médical pour opère un poste médical avancé, l'oxygène, des coffre pour soigner les victimes, les médicaments surplus, coffres avec des pansements, couvertures,...</i>
FIT LOG	<i>First Intervention Team Logistique Véhicule avec le matériel d'origine logistique, pour le fonctionnement et l'organisation d'un poste PMA et le chaîne de secours D2 Civière, tente, groupe électrogène, lumière,</i>



LISTE ALPHABÉTIQUE D'ACRONYMES POUR LA DISCIPLINE 2

Adj-Dir-Med	<i>Dir-Med adjoint, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant au Dir-Med</i>
Adj-IHF	<i>Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint</i>
Adj-TRI	<i>Infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI</i>
Adj-PMA	<i>Infirmier qui assiste le médecin-PMA</i>
Médecin-TRI	<i>Médecin SMUR qui effectue le triage</i>
Médecin-PMA	<i>Médecin assurant la coordination médicale du Poste médical avancé</i>
BABI	<i>Belgian association for burn injuries</i>
CoAMU	<i>Commission d'Aide médicale urgente</i>
CTI	<i>Centre de Traitement de l'Information</i>
AMU	<i>Aide médicale urgente</i>
Dir-Med	<i>Directeur de l'Aide médicale</i>
ISU	<i>Intervention sociale urgente</i>
IHF	<i>Inspecteur d'Hygiène fédéral</i>
CS 100	<i>Centre de secours 100, système d'appel unifié, centrale 100</i>
CIS	<i>Centre d'Information et de Soutien</i>
PIM	<i>Plan d'Intervention médicale</i>
SMUR	<i>Service mobile d'urgence</i>
CA	<i>Centre d'Accueil</i>
Coord. PMA	<i>Officier Poste médical avancé</i>
CEP	<i>Centre d'Encadrement des Proches</i>
BPC	<i>Bilan post-crise</i>
PIT	<i>Team d'Intervention paramédicalisé</i>
Pré-tri	<i>Triage préalable</i>
CCPS	<i>Comité de coordination psychosociale</i>
PIPS	<i>Plan d'Intervention psychosociale</i>
PSM	<i>Psychosocial Manager</i>
TIR	<i>Team d'Intervention rapide</i>
CIT	<i>Centre d'Information téléphonique</i>
Tri	<i>Triage</i>
R-CTI	<i>Responsable du Centre de Traitement de l'Information</i>
PMA	<i>Poste médical avancé</i>
R-CA	<i>Responsable du Centre d'Accueil</i>
R-CEP	<i>Responsable du Centre d'Encadrement des Proches</i>



R-CIT *Responsable du Centre d'Information téléphonique*
R-APS *Responsable de l'Aide psychosociale*