

**SERVICE PUBLIC FEDERAL EMPLOI,  
TRAVAIL ET CONCERTATION SOCIALE**

[2017/203666]

**Pouvoir judiciaire  
Tribunal du travail d'Anvers arrondissement Limbourg**

Par ordonnance du 27 juin 2017, Monsieur Joseph CLAES, juge social au titre de travailleur employé, au Tribunal du travail d'Anvers arrondissement Limbourg, a été désigné par Madame le président de ce tribunal pour exercer, à partir du 27 juillet 2017, les fonctions de magistrat suppléant jusqu'à ce qu'il ait atteint l'âge de 70 ans, jusqu'à le 26 juillet 2020.

**FEDERALE OVERHEIDSDIENST WERKGELEGENHEID,  
ARBEID EN SOCIAAL OVERLEG**

[2017/203666]

**Rechterlijke Macht  
Arbeidsrechtbank van Antwerpen arrondissement Limburg**

Bij beschikking van 27 juni 2017 werd de heer Joseph CLAES, rechter in sociale zaken, als werknemer-bediende, bij de Arbeidsrechtbank van Antwerpen arrondissement Limburg, door Mevrouw de voorzitter van deze rechtbank aangewezen om, vanaf 27 juli 2017, het ambt van plaatsvervangend magistraat uit te oefenen tot hij de leeftijd van 70 jaar heeft bereikt, met name op 26 juli 2020.

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

[C - 2017/12875]

**Circulaire AMU/2017/D2/Plan d'intervention psychosocial**

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 psychosocial.

Le plan d'intervention psychosocial ci-annexé reprend l'encadrement de base pour une mise en œuvre efficace de l'assistance psychosociale. En se basant sur la situation actuelle, incluant les besoins en soins des personnes sinistrées 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 de l'assistance psychosociale dans le phase aigüe, 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 assistances 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 dans leur programme de formation concernant les catastrophes.
- 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 psychosocial annexé à cette circulaire ministérielle remplace intégralement le plan d'intervention psychosocial figurant dans la circulaire ministérielle du 27 juin 2016.

Le plan d'intervention psychosocial annexé à la présente circulaire ministérielle entrera en vigueur dès le 1<sup>er</sup> juillet 2017.

M. DE BLOCK,  
Ministre de la Santé publique

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

[C - 2017/12875]

**Omzendbrief DGH/2017/D2/psychosociaal interventieplan**

Het koninklijk besluit van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen geeft aan dat er een monodisciplinair interventieplan moet zijn dat de interventiemodaliteiten regelt voor de medische, psychosociale en sanitaire hulpverlening.

Voor de discipline 2 wordt dit monodisciplinair interventieplan opgedeeld in verschillende delen, waarvan het psychosociaal interventieplan een deel is.

Het in bijlage opgenomen psychosociaal interventieplan is een document waarin het kader opgenomen is voor de uitwerking van een efficiënte psychosociale hulpverlening. Op basis van de actuele situatie, de zorgbehoeften van de getroffen en de op dat ogenblik voorhanden zijnde middelen (personeel, materiaal) kan men pragmatische aanpassingen doorvoeren. Toch moet er op gewezen worden dat een zo dicht mogelijk bij de inhoud van de bijlage blijven een garantie zal zijn tot een goede psychosociale hulpverlening in de acute fase, omdat elke hulpverlener de inhoud ervan kent en dus optimaal kan meewerken.

**Doel van de omzendbrief**

- Het verspreiden van het monodisciplinair interventieplan, discipline 2.
- De actoren uit discipline 2 wijzen op de noodzaak van opleiding en oefening zodat een vlotte toepassing van het monodisciplinair interventieplan op het terrein mogelijk is en garant kan staan voor een efficiënte en effectieve hulpverlening met een duidelijke rol-/taakverdeling voor elke hulpverlener.
- De provinciale centra voor opleiding en vervolmaking van de hulpverleners-ambulanciers aan te sporen de inhoud van deze omzendbrief te integreren in hun opleidingspakket rond rampenwerking.
- De link leggen tussen het medisch interventieplan en het psychosociaal interventieplan.

**Uit te voeren acties**

- De verantwoordelijke van de diensten betrokken als actor in de hulpverlening van de discipline 2, is verantwoordelijk voor het opleiden van zijn medewerkers met betrekking tot deze omzendbrief.
- De provinciale opleidingscentra dienen de inhoud van deze omzendbrief te integreren in de basisopleiding en de permanente vorming van de hulpverlener-ambulancier.
- Andere opleidingscentra die in hun opleiding(en) de informatie tot betrekking van het monodisciplinair interventieplan opgenomen hebben, dienen deze te actualiseren.

**Inwerkingtreding**

Het psychosociaal interventieplan, zoals opgenomen in de bijlage van deze ministeriële omzendbrief, vervangt integraal het psychosociaal interventieplan zoals opgenomen in de ministeriële omzendbrief van 27 juni 2016.

Het psychosociaal interventieplan, zoals opgenomen in de bijlage van deze ministeriële omzendbrief, is van toepassing vanaf 1 juli 2017.

M. DE BLOCK,  
Minister van Volksgezondheid

# Plan d'intervention psychosocial (PIPS)

## CONTENU

Abréviations.....	2
Principes généraux .....	3
1 Preamble .....	3
2 Définition .....	3
3 Contexte .....	4
Le Plan d'intervention psychosocial – PIPS .....	5
1 Objectif .....	5
2 Missions dans la phase aiguë .....	5
2.1 Missions de l'AR du 16.02.2006 et NPU 1 .....	5
2.2 Schéma de déploiement en phase aiguë.....	6
2.3 Structures du PIPS .....	6
3 Coordination.....	7
3.1 Coordination stratégique.....	7
3.2 Coordination opérationnelle .....	7
4 Acteurs Psychosociaux .....	8
4.1 Acteurs locaux .....	8
4.2 Acteurs supra locaux .....	11
5 Fonctionnement et structure .....	12
5.1 Déclenchement du PIPS.....	12
5.2 Définition de l'alerte.....	13
5.3 Répartition des tâches.....	14
5.4 Schéma récapitulatif.....	17
6 MAXI PIPS .....	18
7 Clôture du PIPS .....	19
8 Phase post-aiguë .....	20
9 Débriefing technique et évaluation.....	21
10 Exercices .....	21
10.1 Exercices monodisciplinaires.....	21
10.2 Exercices multidisciplinaires.....	21

## Abréviations

Acronyme FR	Nom FR	Acronyme NL	Nom NL
<b>AM</b>	Arrêté Ministériel	<b>MB</b>	Ministerieel Besluit
<b>AR</b>	Arrêté Royal	<b>KB</b>	Koninklijk Besluit
<b>BPC</b>	Bilan Post-Crise	<b>PCB</b>	Postcrisisbalans
<b>CA (CEP)</b>	Centre d'Accueil (Centre d'Encadrement des Proches)	<b>OC</b>	Onthaalcentrum
<b>CAT</b>	Centre d'Appel Téléphonique	<b>TIC</b>	Telefoon Informatie Centrum
<b>CC</b>	Comité de Coordination	<b>CC</b>	Coördinatiecomité
<b>CC COM</b>	Comité de Coordination Communal	<b>CC GEM</b>	Gemeentelijk Coördinatie Comité
<b>CC PROV</b>	Comité de Coordination Provincial	<b>CC PROV</b>	Provinciaal Coördinatie Comité
<b>CCPS</b>	Comité de Coordination Psychosocial	<b>PSCC</b>	Psychosociaal Coördinatie Comité
<b>CH</b>	Centre d'Hébergement	<b>HC</b>	Herbergingscentrum
<b>COORD PIPS</b>	Coordinateur PIPS	<b>COORD PSIP</b>	Coördinator PSIP
<b>CPAS</b>	Centre Public d'Action Sociale	<b>OCMW</b>	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn
<b>CPC</b>	Centre de Psychologie de Crise du Ministère de la Défense	<b>CCP</b>	Centrum voor Crisispsychologie van de Minister van Defensie
<b>CPSL</b>	Coordinateur PsychoSocial Local	<b>V-PSH</b>	Verantwoordelijke Psychosociaal Hulpverleningsnetwerk
<b>CRB</b>	Croix Rouge de Belgique	<b>RK</b>	Rode Kruis
<b>CS 112</b>	Centre de Secours 112	<b>HC 112</b>	Hulpcentrum 112
<b>CSM</b>	Centre de Santé Mentale	<b>CGGZ</b>	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg
<b>CTD</b>	Centre de Traitement des Données	<b>CIP</b>	Centraal Informatie Punt
<b>D1</b>	Discipline 1 : Opérations de secours	<b>D1</b>	Discipline 1: Hulpverleningsoperaties
<b>D2</b>	Discipline 2: Médical, Sanitaire et Psychosocial	<b>D2</b>	Discipline 2: Medisch, Sanitair en Psychosociaal
<b>D3</b>	Discipline 3: Police des Lieux	<b>D3</b>	Discipline 3: Politie van de plaats
<b>D4</b>	Discipline 4: Logistique	<b>D4</b>	Discipline 4: Logistiek
<b>D5</b>	Discipline 5: Information	<b>D5</b>	Discipline 5: Informatie
<b>DIR MED</b>	Directeur de l'Aide médical	<b>DIR MED</b>	Directeur Medische Hulpverlening
<b>DVI</b>	Disaster Victim Identification	<b>DVI</b>	Disaster Victim Identification
<b>FIST</b>	Fire Stress Team	<b>FIST</b>	Fire Stress Team
<b>H</b>	Hôpital	<b>ZH</b>	Ziekenhuis
<b>IH</b>	Inspecteur d'Hygiène Fédéral	<b>GI</b>	Federaal Gezondheidsinspecteur
<b>NPU</b>	Circulaire Noodplanning - Planification d'Urgence	<b>NPU</b>	Omzendbrief Noodplanning - Planification d'Urgence
<b>PC-OPS</b>	Poste de Commandement Opérationnel	<b>CP-OPS</b>	Commandopost Operaties
<b>PGUI</b>	Plan Général d'Urgence et d'Intervention	<b>ANIP</b>	Algemeen Nood- en Interventieplan
<b>PIM</b>	Plan d'Intervention Médical	<b>MIP</b>	Medisch Interventieplan
<b>PIPS</b>	Plan d'Intervention PsychoSocial	<b>PSIP</b>	Psychosociaal Interventieplan
<b>Réseau PIPS</b>	Réseau d'assistance psychosocial	<b>PSH</b>	Psychosociaal Hulpverleningsnetwerk
<b>PISA</b>	Plan d'Intervention Sanitaire	<b>SIP</b>	Sanitaire Interventieplannen
<b>PRIMA</b>	Plan Risques et Manifestations	<b>PRIMA</b>	Plan Risico's bij Manifestaties
<b>PSM</b>	PsychoSocial Manager	<b>PSM</b>	Psychosociaal Manager
<b>PUI</b>	Plan d'Urgence et d'Intervention	<b>NIP</b>	Nood- en Interventieplan
<b>R-CA</b>	Responsable du Centre d'Accueil	<b>COORD OC</b>	Coördinator Onthaalcentrum
<b>R-CAT</b>	Coordinateur du Centre d'Appel Téléphonique	<b>COORD TIC</b>	Coördinator Telefoon Informatie Centrum
<b>R-CTD</b>	Responsable du Centre de Traitement des Données	<b>COORD CIP</b>	Coördinator Centraal Informatiepunt
<b>SPF SPSCAE</b>	SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement	<b>FOD VVVL</b>	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu

## Principes généraux

### 1 Préambule

Cette circulaire ministérielle a pour objectif de donner un cadre au plan d'intervention psychosocial (PIPS).

Toutes les modalités sont en concordance avec la législation en vigueur. Sur base des enseignements tirés des exercices et de l'expérience de terrain, certains éléments ont été complétés, mis à jour et ajoutés. Il est de notre intention en tant qu'administration fédérale de donner un cadre réglementaire actualisé qui jusqu'ici faisait défaut.

Les modifications les plus importantes concernent :

- l'introduction d'un **phasage** : le plan commence avec une phase de démarrage et est suivie, si nécessaire, d'une **montée en puissance** ;
- une **répartition claire des tâches** entre les acteurs **locaux** et **supra locaux** couplée à ce phasage ;
- la mise en place obligatoire par les communes d'un **réseau d'assistance psychosocial** dans le plan monodisciplinaire d'intervention psychosocial local (la circulaire en définit le cadre) ;
- **le concept et les missions** de l'assistance psychosociale locale ont été simplifiés ; la mission de la commune se situe essentiellement au démarrage et à la gestion d'un **centre d'accueil** ;
- une **cellule de travail discipline 2 (D2)** a été ajoutée. Nouvelle structure du schéma de déploiement de la coordination opérationnelle des structures PIPS dans la phase de montée en puissance ;
- la fonction de **Coordinateur PIPS** est créée. Celui-ci est responsable de la cellule de travail D2 ;
- **le Maxi PIPS** est développé pour les situations d'urgence nécessitant une gestion spécifique ;
- le **processus de validation du PIPS** en tant que plan monodisciplinaire de la discipline 2 a été définie.

### 2 Définition

Un plan monodisciplinaire d'intervention définit les modalités d'intervention d'une discipline, conformément à la réglementation existante en matière de plans d'urgence et d'intervention<sup>1</sup>.

Outre le Plan d'Intervention médical (PIM), le Plan Risques & Manifestations (PRIMA) et le Plan d'Intervention Sanitaire (PISA), le PIPS fait partie du plan monodisciplinaire de la discipline 2 (D2). Ce plan active et coordonne les actions psychosociales lors de situations d'urgence collective, que ce soit en phase aiguë ou au démarrage de la phase post-aiguë, et ce pour toutes les personnes impliquées (blessés, indemnes, proches, secouristes, ...).

*Le Plan d'Intervention PsychoSocial (PIPS) encadre l'organisation de l'assistance psychosociale mise en œuvre lors de situations d'urgence collective.*

<sup>1</sup> Arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention; circulaire ministérielle NPU-4 du 30 mars 2009 relative aux disciplines.



La présente circulaire définit l'assistance psychosociale<sup>2</sup> comme toute assistance et tout soin visant à assurer le bien-être psychosocial et la santé des personnes sinistrées, que ce soit en phase aiguë ou en phase post-aiguë, que ses bénéficiaires soient un groupe ou un individu.

En fonction des réactions éventuelles, des besoins et des problèmes des personnes sinistrées, l'assistance psychosociale se subdivise encore en:

- **assistance de base** (sécurité, soins médicaux, nourriture, boissons, médicaments, hébergement);
- **informations** (sur l'événement, la situation, le sort des proches, les éventuelles réactions de stress);
- **soutien émotionnel et social** (écoute, implication, reconnaissance), stabilisation psychologique ;
- **aide pratique** (suivi administratif, ménage, conseils juridiques, aide financière);
- **soins en cas de problèmes de santé** (prévention, signalement, diagnostic et traitement);
- ...

### 3 Contexte

L'urgence collective<sup>3</sup> peut nuire gravement à un grand nombre de personnes, de moyens ou à l'environnement, la conséquence étant que toutes les personnes (in)directement impliquées peuvent avoir besoin d'une assistance psychosociale au sens le plus large du terme.

Chaque commune est obligée d'élaborer un plan d'urgence et d'intervention (PUI). La législation cite plusieurs éléments devant au minimum figurer dans le PUI. Deux d'entre eux s'appliquent directement à l'intervention psychosociale<sup>4</sup>:

- l'organisation de la fourniture d'informations à la population et aux personnes sinistrées (6°);
- les modalités et moyens de transport, d'accueil et d'hébergement des personnes sinistrées en cas d'évacuation (9°).

L'Arrêté Royal (AR) du 16/02/2006 prévoit également que la coordination de l'intervention psychosociale relève de la responsabilité de la D2. Cette discipline est placée sous l'autorité du Ministre compétent en matière de Santé publique. Dès les premiers moments de la crise, celle-ci est représentée par l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (IH), assisté du PsychoSocial Manager (PSM) pour le volet psychosocial.

Il est essentiel que les Provinces et les communes disposent d'un volet psychosocial dans leur plan d'urgence et d'intervention, comme stipulé dans l'article 26 de l'AR précité ainsi que la NPU-1 du 26 octobre 2006. Les provinces et les communes sont encouragées à prendre les mesures nécessaires concernant l'hébergement immédiat ainsi que le personnel indispensable à l'ouverture des structures du PIPS dans la phase aiguë, mais également afin d'organiser des exercices. Le SPF Santé Publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement (SPSCAE) et son Ministre ayant la santé publique dans ses attributions souhaitent apporter leur soutien et leur collaboration.

<sup>2</sup> Impact (2014). Multidisciplinaire richtlijn Psychosociale hulp bij rampen en crises. Amsterdam: Impact.

<sup>3</sup> AR du 16/02/2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention définit (en son article 6) une situation d'urgence comme "tout événement qui entraîne ou qui est susceptible d'entraîner des conséquences dommageables pour la vie sociale, comme un trouble grave de la sécurité publique, une menace grave contre la vie ou la santé de personnes et/ou contre des intérêts matériels importants, et qui nécessite la coordination des disciplines afin de faire disparaître la menace ou de limiter les conséquences néfastes".

<sup>4</sup> AR du 16/02/2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention, circulaire ministérielle NPU-1 du 26 octobre 2006 relative aux plans d'urgence et d'intervention. Articles 3 et 26.

## Le Plan d'intervention psychosocial – PIPS

### 1 Objectif

L'objectif général du plan consiste à définir un **cadre simple et flexible** pour les procédures de gestion psychosociale et la coordination d'un incident collectif. Le cadre peut être adapté selon les besoins et lors de situation spécifique.

Dans ce cadre, le PIPS applique les principes de base suivants:

- les actions doivent viser à **stimuler la résilience** des personnes impliquées et de leur communauté;
- une attention particulière est accordée aussi bien aux personnes **directement impliquées** (blessés, non-blessés) qu'aux personnes **indirectement impliquées** (proches, intervenants) dans la situation d'urgence;
- l'action est **proactive** et démarre le **plus rapidement possible** après l'événement. Au travers de cette offre, l'intervention psychosociale essaye de réduire au maximum les conséquences psychosociales négatives de la situation d'urgence, d'une part en veillant dès le début à ce que les personnes concernées puissent se remettre le mieux possible de pareils incidents et d'autre part en prévenant une victimisation secondaire;
- l'importance de la **continuité** : la coordination de ces actions ne peut se limiter ni à la phase aiguë, ni à un niveau administratif;
- travailler suivant une **approche collective**, avec possibilité de renvoi vers l'assistance individuelle.

### 2 Missions dans la phase aiguë

Pour les soins psychosociaux après une situation d'urgence, une distinction est faite dans la législation entre les compétences lors de la **phase aiguë** (fédérale) et les missions en **phase post-aiguë** (communautés - voir ci-dessous).

#### 2.1 Missions de l'AR du 16.02.2006 et NPU 1

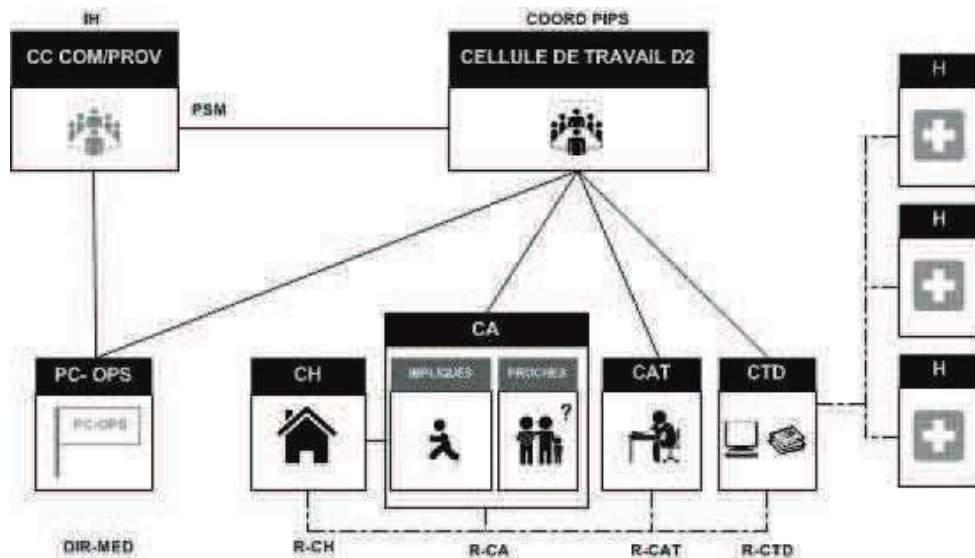
Selon la législation, les missions de base au cours de la phase aiguë d'une situation d'urgence sont les suivantes:

- **rassembler** les non-blessés sur le terrain ou à proximité de celui-ci;
- **transporter** les non-blessés vers un centre d'accueil;
- installer et développer un **centre d'accueil (CA)** pour les personnes impliquées et leurs proches, où ils recevront des informations et un soutien psychosocial;
- installer et développer un **centre d'appel téléphonique (CAT)** pour les personnes impliquées et leurs proches;
- **enregistrer** de façon uniforme les identités: assurer la collecte soigneuse des informations sur les personnes sinistrées, leurs proches, et la gestion sécurisée de ces informations;
- **traiter** les données pour faire une liste des victimes au niveau d'un seul centre de **traitement des données (CTD)**.

## 2.2 Schéma de déploiement en phase aiguë

Différentes structures PIPS sont activées afin de remplir les missions mentionnées ci-dessus. L'ampleur du déploiement fera toujours l'objet d'une analyse des besoins.

Le schéma ci-dessous présente **un déploiement PIPS complet**.



## 2.3 Structures du PIPS

- Un **Centre d'Accueil (CA)** où les non-blessés et leurs proches sont pris en charge. Dans certaines situations, un centre d'accueil spécifique pour les proches peut être ouvert, il sera appelé « **centre d'encadrement des proches** » (CEP). En fonction de la situation, on choisira la structure d'accueil et les acteurs psychosociaux les mieux adaptés. Un **Centre d'Hébergement (CH)** peut être ouvert quand les impliqués doivent y passer la nuit en cas de situation de crise.
- Un **Centre d'appel téléphonique (CAT)** destiné aux proches qui sont à la recherche d'une personne potentiellement impliquée dans la situation d'urgence. Un CAT est utile lorsqu'il est question de disparus ou lorsque les personnes ont clairement besoin d'un soutien émotionnel téléphonique. Ce centre est géré par des intervenants expérimentés. Ce centre n'est pas un numéro d'informations générales (D5).
- Un **Centre de Traitement des Données (CTD)** pour un traitement complexe des données relatives aux victimes où sont collectées toutes les données concernant les personnes impliquées (blessés et non-blessés), les éventuels disparus et/ou les personnes décédées. Ces données sont traitées afin d'établir la liste des victimes. Afin d'inclure les blessés dans la liste, le CTD est en contact avec

les hôpitaux. Le comité de coordination peut demander une liste des victimes par le biais du représentant de la D2.

- La **cellule de travail D2** est responsable de la coordination opérationnelle des structures déployées et est en contact direct avec le représentant de la D2 dans le comité de coordination ; lors d'une montée en puissance, cette cellule peut être convoquée en tant que back-office aux côtés du comité de coordination (CC) ou être déployée de manière autonome.

Pour accomplir sa mission, la cellule de travail D2 interagit avec les représentants d'autres disciplines, services (par exemple: agence de voyage, compagnies aériennes, ...) ou des collaborateurs au sein de la commune ayant une expertise spécifique (registre de la population, ...), en vue de l'exécution des missions qui s'inscrivent dans le cadre du PIPS.

L'**hôpital** joue un rôle important dans le PIPS. Lors du déclenchement de son **plan d'urgence hospitalier** (dans lequel est activé le point de contact pour l'information aux victimes (POC-HOSP)) des échanges de données sur les victimes avec le SPF SPSCAE (cf rôle du CTD) peuvent avoir lieu. D'autre part, l'hôpital peut activer l'accueil des proches (CA-HOSP) afin de soutenir les proches qui se rendent sur place.

### 3 Coordination

#### 3.1 Coordination stratégique

Plusieurs autorités prennent part à l'exécution du PIPS, chacune dans les limites de ses compétences.

L'**Autorité compétente** assure la coordination multidisciplinaire stratégique du comité de coordination, en appui des actions opérationnelles sur le terrain.

Dans la mesure où la politique de la D2 relève de la compétence du **Ministre de la Santé publique**, il établit les lignes directrices du Plan d'intervention psychosocial.

L'**Inspecteur d'Hygiène Fédéral** (IH) représente le Ministre de la Santé publique et assume la responsabilité finale de la D2 (que ce soit à l'échelon communal ou provincial). Il siège au comité de coordination en tant que responsable de la D2.

Le **Manager Psychosocial** (PSM) supervise le fonctionnement et la coordination du PIPS et relève, pour cette mission, de la compétence administrative de l'IH. A ce titre, dans un souci d'efficacité et de célérité, l'IH et le PSM ont une autonomie ainsi qu'une marge de manœuvre pour les premières actions réflexes (envoi de personnel sur place, analyse des besoins, ouverture d'un CA,...) au même titre que les autres disciplines. Il sera évidemment rendu compte dès que possible de ces actions à l'autorité compétente.

#### 3.2 Coordination opérationnelle

Le **DIR MED** dirige la discipline médicale, sanitaire et psychosociale sur le terrain et fait partie du Poste de Commandement Opérationnel (PC-Ops). Pour les missions psychosociales, il peut se faire assister par un représentant des acteurs psychosociaux.

Le **Coordinateur Psychosocial Local** (CPSL) est responsable des collaborateurs du PIPS local et constitue le lien direct entre la commune et le PIPS. Cette fonction peut être cumulée avec celle de coordinateur par exemple du centre d'accueil. Ses seuls référents sont, vers le haut, le DIR MED, l'IH et le PSM et, vers le bas, les responsables de structures.

Le **Responsable** est garant au sein de chaque structure du PIPS déployée, du bon fonctionnement de la cellule et de la gestion des collaborateurs engagés. Il s'agit du :

- responsable du centre d'accueil (R-CA),
- responsable du centre d'appel téléphonique (R-CAT),
- responsable du centre de traitement des données (R-CTD).

Le **Coordinateur PIPS** (COORD PIPS) est désigné par le PSM à l'activation de cette cellule. Il assure la gestion du volet psychosocial au sein de la cellule de travail D2. Le COORD PIPS répond au minimum aux critères suivants :

- il dispose d'une connaissance approfondie du PIPS et d'une expertise opérationnelle conséquente,
- il dispose d'une connaissance ou s'informe des structures PIPS au niveau local,
- il dépasse les limites de son propre service et fait fonction de coordinateur de tous les services participants,
- il veille à un échange correct et régulier des informations entre la cellule de travail D2 et, respectivement, les structures PIPS déployées, le PC-Ops et le comité de coordination.

## 4 Acteurs Psychosociaux

Une série d'**acteurs psychosociaux locaux et/ou supra locaux** sont activés dans le cadre d'un PIPS. Ces acteurs exécutent des missions spécialisées sous la responsabilité des responsables D2 ainsi que sous l'autorité du PSM<sup>5</sup> selon une répartition des tâches décrite dans le présent plan.

### 4.1 Acteurs locaux

L'AR du 16/02/2006 précité impose à toute autorité locale d'élaborer un PUI. Il fait mention de plusieurs éléments devant au minimum figurer dans le PUI. Deux d'entre eux peuvent directement être soutenus par le PIPS. Les circulaires complétant cet AR (NPU) précisent les contenus minimaux et les procédures particulières d'approbation des plans monodisciplinaires.

La nouvelle loi communale<sup>6</sup> souligne également la responsabilité des villes et communes en matière de prise en charge des personnes impliquées et de leurs proches, en cas d'incident. Le point de départ est le suivant: elles sont responsables du **premier accueil** de toutes les personnes sinistrées en cas de situation d'urgence et doivent, pour ce faire, élaborer un **plan**.

<sup>5</sup> Point 4.2.a. de la NPU 4 : « Une discipline peut être composée de membres appartenant à des institutions ou services différents. Ainsi, les secours psychosociaux sont assurés notamment par des intervenants du Sisu de la Croix-Rouge, des CPAS, des services d'assistance policière aux victimes et des services sociaux communaux. Quand ces travailleurs psychosociaux interviennent en situation d'urgence et effectuent un travail psychosocial, ils agissent sous l'autorité du manager psychosocial (PSM), même s'ils appartiennent à des institutions dont les missions relèvent principalement d'une autre discipline (ex : travailleurs psychosociaux de la police intégrée). »

<sup>6</sup> La nouvelle loi communale: Titre II, Chapitre IV, art. 135, par. 5

Afin de pouvoir remplir au mieux ces missions, la ville ou commune doit mettre en place **une bonne préparation** (PIPS local) ainsi qu'un **réseau d'assistance psychosocial**.

#### *Mise en place d'un réseau PIPS*

Chaque commune désigne au moins une personne pour assurer la continuité de la fonction, en tant que **Coordinateur Psychosocial Local (CPSL)**. Cette personne sera issue d'un service social ou des services communaux et ne sera pas le fonctionnaire responsable de la planification d'urgence, étant donné que celui-ci assume d'autres missions dans une situation d'urgence.

Il conviendra également de penser à un **remplaçant** et de convenir d'un système de permanence qui permettra, en cas d'urgence, de joindre à tout moment une personne bien informée. Le PSM/IH doit être parfaitement et rapidement informé de ces modalités ou d'éventuels changements afin de garantir la chaîne d'alerte.

Il est recommandé de faire valider la fonction de coordinateur psychosocial local par le collège communal. Cela donnera à cette personne un **mandat explicite**, en vue de piloter l'assistance psychosociale locale en cas de situation d'urgence mais également de faire en sorte d'obtenir de la part de l'autorité qui désigne le temps et les moyens de réaliser la mission confiée.

Le coordinateur psychosocial local dresse une liste avec les **coordonnées des personnes**, actifs au sein (des services) de la ville ou de la commune ou des citoyens de la commune, qui peuvent, en cas de situation d'urgence, être appelés au démarrage des structures du PIPS. Ensemble, ces personnes forment le réseau des intervenants psychosociaux locaux, c'est-à-dire le **réseau PIPS local**.

Les personnes désignées suivront **une formation** sur les tâches pour lesquelles ils peuvent être appelés, si une situation d'urgence devait se produire sur leur territoire.

Il devra être prévu à l'avance la manière dont les intervenants psychosociaux seront alertés en cas de situation d'urgence (**chaîne de rappel**).

Il est impératif de veiller à ce que chaque intervenant psychosocial local soit couvert par une **assurance** de la ville ou de la commune.

#### *Préparation locale*

Chaque province ou commune est responsable de l'ajout d'un **volet psychosocial** à son plan général d'urgence et d'intervention. Il s'agit d'un plan monodisciplinaire, tel que défini dans l'AR du 16/02/2006 précité et ses circulaires.

Celui-ci comprend:

- La recherche de **lieux** pour le déploiement des structures PIPS (CA, CTD ...)
  - La **préparation de ces lieux** avant leur utilisation effective: par exemple, savoir comment les rendre opérationnels et où trouver le matériel nécessaire (fiches officielles d'enregistrement, checklists, internet, ...). Les fiches techniques comprenant les informations nécessaires au volet PIPS se trouvent dans le PGUI et en copie dans le PIPS. L'IH et/ou le PSM conseille(nt) les acteurs locaux sur les items nécessaires.



- La **communication de ces lieux** au sein de la cellule de sécurité. Conformément à la circulaire NPU-4 précitée, les autres disciplines doivent connaître le PIPS et les lieux désignés afin de pouvoir avoir accès à tout moment à ces lieux (par exemple en cas d'absence du CPSL).
- Les **lieux PIPS** suivants doivent être prévus au niveau local :
  - **Centre d'accueil** destiné à accueillir un groupe de personnes. Il mérite une attention particulière dont, notamment, les installations nécessaires pour un accueil confortable (par exemple: accessibilité, sanitaires en suffisance, restauration, places assises, ...). Le SPF SPSCAE dispose d'une série de checklists pratiques qui peuvent être utilisées lors de la recherche de lieux d'accueil adaptés. Le choix des lieux potentiels doit être déterminé tant par l'analyse des risques reprise dans le PGUI, tant par la topographie de la commune (par exemple: présence d'une rivière) mais aussi tenant compte du contexte supra-local (association avec d'autres communes).
  - Dans certaines situations, il est possible que des personnes doivent être hébergées. Dès lors, soit le centre d'accueil devient un **centre d'hébergement** (CH), soit un centre d'hébergement doit être ouvert. Dans ce cas, il faudra tenir compte de certains critères supplémentaires comme la mise à disposition de lits, couvertures, douches, .... Ce travail relève alors de la collaboration de la D4 (logistique) et du fonctionnaire planification d'urgence, auquel la D2 doit être attentive.
  - Espace pour le **CTD** : de préférence près du comité de coordination et avec un accès aux moyens techniques nécessaires (PC, imprimante, photocopieuse, internet, ...).
  - Espace pour la **cellule de travail D2** : de préférence près du comité de coordination.
- Les éventuels **accords conclus de manière anticipative** avec des sociétés de transport collectif pour l'acheminement vers le centre d'accueil des impliqués non blessés. Ce travail relève de la D4 et du fonctionnaire planification d'urgence. La D2 sera attentive à ce point.
- Les endroits (et/ou associations) déterminés préalablement où il est possible de s'adresser lors d'une situation d'urgence afin de résoudre certains **problèmes pratiques prévisibles** (par exemple: médecins et pharmaciens de garde, repas, couvertures, vêtements, interprètes ,...).
- Nous recommandons de fournir des **chasubles** car il est primordial que les intervenants psychosociaux locaux soient **reconnaissables**, tant aux yeux des personnes impliquées qu'aux yeux des autres intervenants. Celles-ci seront de préférence aux couleurs de la D2 (vert et blanc; cf. circulaire NPU-4) et porteront le logo du réseau PIPS local ou de l'institution de l'intervenant ainsi que le texte « assistance psychosociale ».
- Le volet local du PIPS doit:
  - être approuvé par les représentants de leur propre discipline (HF/PSM) ainsi que par la cellule de sécurité communale, comme stipulé dans la circulaire NPU-4 précitée,
  - être régulièrement actualisé en fonction des leçons tirées des exercices, des situations d'urgence réelles ou des mouvements de personnel,
  - idéalement être approuvé par le conseil communal et le conseil de l'action sociale.

Le SPF SPSCAE tient un canevas à disposition pour l'élaboration d'un PIPS local.



### Accords de coopération

Les communes peuvent collaborer et former ainsi un **pool supra local**.

Elles peuvent ainsi s'entendre au préalable sur un soutien mutuel en cas d'incident dans la région. Cette association sera d'autant plus efficace que les communes sont de petite taille. L'accord de coopération peut inclure des accords sur une utilisation commune du personnel et de l'infrastructure, l'achat de matériel (chasubles, mallettes, ...), l'organisation de formations et d'exercices.

En cas de situation d'urgence, la commune impactée fait d'abord appel à ses moyens propres, mais peut, si nécessaire, s'adresser à d'autres communes afin d'obtenir de l'aide.

Dans le cadre de l'organisation d'un réseau PIPS supra local, on gardera à l'esprit qu'il faut que la zone soit à la fois suffisamment grande pour pouvoir mobiliser du personnel et des moyens suffisants mais également suffisamment petite pour pouvoir en conserver le caractère local de l'assistance (par exemple: délai d'intervention rapide, connaissance de la région, ...).

Pour garantir une subdivision uniforme d'une province donnée en zones, il semble indiqué de travailler avec des zones correspondant à des accords de coopération existants ou de s'aligner sur des structures existantes telles que les zones de police ou les zones de secours<sup>7</sup>. Ces associations peuvent également être des regroupements ou subdivisions des zones précitées.

## 4.2 Acteurs supra locaux

Outre les services structurés localement, il existe également des services organisés supra localement au niveau provincial, régional ou fédéral. Selon la nature de la situation d'urgence, ils peuvent apporter du renfort aux acteurs locaux pour certaines missions spécifiques.

Les partenaires possibles dans le cadre de l'aide sont notamment :

- la Croix-Rouge de Belgique (CRB);
- les services sociaux des hôpitaux, des entreprises,...;
- le Centre de Psychologie de Crise (CPC) du Ministère de la Défense;
- les services d'assistance policière aux victimes;
- les centres de santé mentale (CSM);
- les services internes et externes de prévention et de protection au travail;
- des partenaires spécifiques, en fonction de l'aide aux intervenants ayant participé aux opérations de secours (FIST, Stress team de la police fédérale, ...);
- tout autre acteur pouvant contribuer de manière directe ou indirecte à l'assistance psychosociale (par exemple le Parquet, ...).

---

<sup>7</sup> Arrêté Royal du 2 février 2009 déterminant la délimitation territoriale des zones de secours

## 5 Fonctionnement et structure

Cette partie décrit l'activation, la montée en puissance et le partage des tâches des actions psychosociales.

Selon la nature de la situation d'urgence et des moyens disponibles, le PIPS sera adapté aux circonstances. Certaines missions de ce plan seront par conséquent déployées soit en partie soit entièrement et les acteurs mobilisés varieront en fonction de la situation.

### 5.1 Déclenchement du PIPS

Un PIPS est déclenché dès que la gestion d'une urgence collective nécessite des **actions psychosociales coordonnées** où l'**activation des acteurs psychosociaux (supra)locaux** s'impose en renfort de l'aide régulière, et où l'**activation des personnes clés (IH, PSM) gérant le processus** doit y être associé ;

Les actions à entreprendre sont examinées sur base des informations disponibles. . Dans ce cadre, on peut décider d'activer soit une phase de préalerte ou une phase d'alerte.

#### *Qui est habilité à déclencher le PIPS?*

Les premières équipes de secours sur place (membres de la D1-D2-D3) sont habilitées à demander le déclenchement du PIPS.

Les personnes suivantes sont habilitées à déclencher un PIPS :

- le Centre de Secours (CS) 112, conformément aux directives de l'IH ;
- l'IH, en concertation avec le PSM;
- le PSM, après accord de l'IH;
- le DIR MED, en concertation avec l'IH et/ou le PSM;
- tout autre service habilité du SPF SPSCAE.

#### *Critères de déclenchement*

Le PIPS ne peut être déclenché que sur base d'une analyse d'impact de la situation tenant compte de :

- **critères qualitatifs** en fonction de la nature de l'incident (nombre de victimes, groupe-cibles, impact émotionnel, ...);
- **la capacité des services de secours réguliers** sur place.

Lorsque ces services sont suffisamment déployés pour organiser la prise en charge psychosociale lors d'une urgence collective, il ne faut pas nécessairement déclencher un PIPS (par exemple, le service d'assistance policière aux victimes qui prend normalement les victimes en charge après un incident<sup>8</sup>).

La réponse au déclenchement d'un PIPS peut aussi bien être une **préalerte** qu'une **alerte**.

---

<sup>8</sup> Loi du 5 août 1992 sur la fonction de police, article 46. Circulaire GPI 58 concernant l'assistance policière aux victimes dans la police intégrée, structurée à deux niveaux

## 5.2 Définition de l'alerte

L'alerte définit les actions à entreprendre pour engager les ressources du PIPS en les avertissant suivant des procédures et des principes préétablis.

### Préalerte

L'objectif de la préalerte consiste à avertir les responsables et coordinateurs en leur demandant de se tenir prêts et de vérifier la disponibilité des ressources. Cet avertissement est nécessaire afin d'assurer une mobilisation optimale des acteurs psychosociaux (supra)locaux.

En cas de préalerte, ces acteurs ne doivent pas encore se rendre sur place. Après concertation, il peut être toutefois décidé d'envoyer un intervenant psychosocial sur place pour évaluer la situation.

Dans les situations susceptibles d'entraîner une activation du PIPS (par exemple lors du déclenchement d'un PIM), l'IH et son adjoint, ainsi que le PSM sont avertis par le CS 112/100.

Ils décident après analyse de la situation de placer les services suivants en préalerte:

- le réseau PIPS local ;
- les acteurs (supra) locaux:
  - la Croix-Rouge (CRB);
  - autres.

### Alerte

Lors du déclenchement du PIPS, l'IH et son adjoint ainsi que le PSM seront informés par le CS 112/100.

Chaque alerte provoque le déclenchement de **la phase de démarrage** du PIPS et l'activation des **acteurs locaux**. En cas de nécessité, on passe à un niveau supérieur après analyse de la situation par le PSM et/ou l'IH (adjoint). Ceux-ci décideront des actions à entreprendre et des acteurs à alerter :

- les acteurs locaux: réseau PIPS local;
- les acteurs supra locaux:
  - la Croix-Rouge (CRB);
  - autres.

Dans la plupart des cas, un PIPS est déclenché dans le cadre d'une approche multidisciplinaire d'une situation d'urgence. Dans ce cas, il est associé à l'activation d'autres plans d'intervention.

**Attention:** l'activation d'un PIM ou d'un plan d'urgence et d'intervention communal, provincial ou fédéral n'entraîne pas d'office le déclenchement du PIPS.

Certaines situations pourraient nécessiter le déclenchement d'un PIPS sans qu'un autre plan d'urgence ne soit activé (par exemple lors d'une urgence collective touchant des Belges à l'étranger) ou d'une urgence médicale individuelle mais pouvant recouvrir un caractère d'urgence psychosociale collective dont la dominante est psychosociale (exemple : une tentative de suicide dans un internat devant les autres

pensionnaires). En d'autres termes, il n'y a pas de coordination multidisciplinaire à l'échelon local ou provincial. Il se peut alors que la mise en alerte s'effectue non pas par le biais du CS 112/100, mais par le biais d'un autre service du SPF SPSCAE ou par un autre canal (par exemple via le cabinet du Ministre).

En outre, l'IH et son adjoint, ainsi que le PSM seront alertés. En se fondant sur une analyse de la situation, ceux-ci décideront des actions à entreprendre et des acteurs à alerter.

- les acteurs locaux: réseau PIPS local;
- les acteurs (supra) locaux:
  - la Croix-Rouge (CRB);
  - autres.

### 5.3 Répartition des tâches

#### *Démarrage*

Le déclenchement de **la phase de démarrage** du PIPS. La priorité est mise sur la première prise en charge la plus rapide possible des impliqués, si nécessaire, dans un **centre d'accueil** par les **acteurs locaux**.

Le PSM et les acteurs psychosociaux s'informent mutuellement lorsque le déclenchement d'un PIPS est demandé.

Lors du démarrage du PIPS, les missions concrètes pour les acteurs locaux sont les suivantes:

- l'activation et la mise en alerte du réseau PIPS par le CPSL selon la procédure interne d'activation;
- la prise en charge sur le terrain et le transport vers le centre d'accueil;
- l'ouverture d'un lieu d'accueil approprié le plus rapidement possible;
- la bonne exécution du démarrage de l'assistance psychosociale;
- la demande de renfort ou montée en puissance si nécessaire.

#### *Prise en charge sur le terrain et transport*

Le **rassemblement** des non-blessés en lieu sûr est en général assuré par les premiers intervenants sur place. Le PC-Ops (DIR MED) en assure la coordination;

Le **transport** vers le centre d'accueil : Les intervenants psychosociaux locaux en assureront si possible l'accompagnement. A noter que des moyens de transport adaptés pourraient être nécessaires;

La mobilisation rapide de moyens de transport peut également s'avérer utile pour prendre en charge les personnes impliquées sur place de façon temporaire, en attendant qu'elles rentrent chez elles ou que le centre d'accueil soit opérationnel (exemple : à l'intérieur d'un bus, elles seront au chaud et pourront recevoir des informations de façon groupée). Si l'intervention se prolonge, le véhicule les abritant pourra se rendre au centre d'accueil.

### *Ouverture d'un centre d'accueil*

La **priorité psychosociale**, dans la phase de démarrage, est, dans la majorité des cas, l'ouverture d'un centre d'accueil. En fonction de la nature de l'incident, celui-ci prendra en charge les personnes indemnes, les proches ou les deux groupes concernés conjointement.

À l'ouverture du centre d'accueil, il importe de veiller à:

- assurer un **accueil** approprié et rassurant aux personnes impliquées et à leurs proches;
- effectuer un **enregistrement de base** (enregistrement comportant au minimum le nom, prénom et la date de naissance à compléter si possible avec l'adresse du domicile, la nationalité et des données de contact) des personnes présentes au centre d'accueil et établir une liste de présence à compléter avec les données de destination si des personnes quittent le CA ;
- à compléter dans certains cas par les données concernant un nombre limité de blessés se trouvant dans un nombre limité d'hôpitaux, demandées et délivrées par l'IH (adjoint) ou le PSM;
- **informer** les personnes impliquées et leurs proches;
- répondre aux **besoins et nécessités** individuels/collectifs et à en assurer le suivi;
- fournir un **soutien psychologique** ;
- demander du renfort (montée en puissance) si nécessaire.

Les communes sont soutenues par le SPF SPSCAE pour l'exécution de ses missions (fiches d'actions, formations, soutien, exercices).

### *Montée en puissance*

En se basant sur les informations disponibles et/ou sur la nature de la situation d'urgence, la décision de passer à un niveau supérieur peut être prise. Il s'agira d'augmenter le nombre de moyens engagés et de renforcer les moyens humains et logistiques nécessaires à l'assistance psychosociale.

Il peut s'agir par exemple:

- de l'ouverture d'un centre d'appel téléphonique (CAT)
- de l'ouverture d'un centre de traitement des données (CTD)
- de la mise en place d'une cellule de travail D2
- de l'ouverture d'un centre d'hébergement (CH);
- de l'engagement d'une série d'acteurs supra locaux pour la réalisation de certaines missions spécifiques.

La montée en puissance intervient:

- sur ordre de l'IH en concertation avec le PSM;
- sur ordre du PSM en concertation avec des acteurs locaux et supra locaux;
- sur ordre de la personne de garde au service central (SPF SPSCAE) en concertation avec l'IH et le PSM.

### *Acteurs supra locaux*

Les situations d'urgence de grande ampleur ou les incidents plus complexes nécessitent une expertise supplémentaire pour l'exécution de certaines missions. On fera dès lors appel à certains services supra locaux lorsque la situation nécessite:

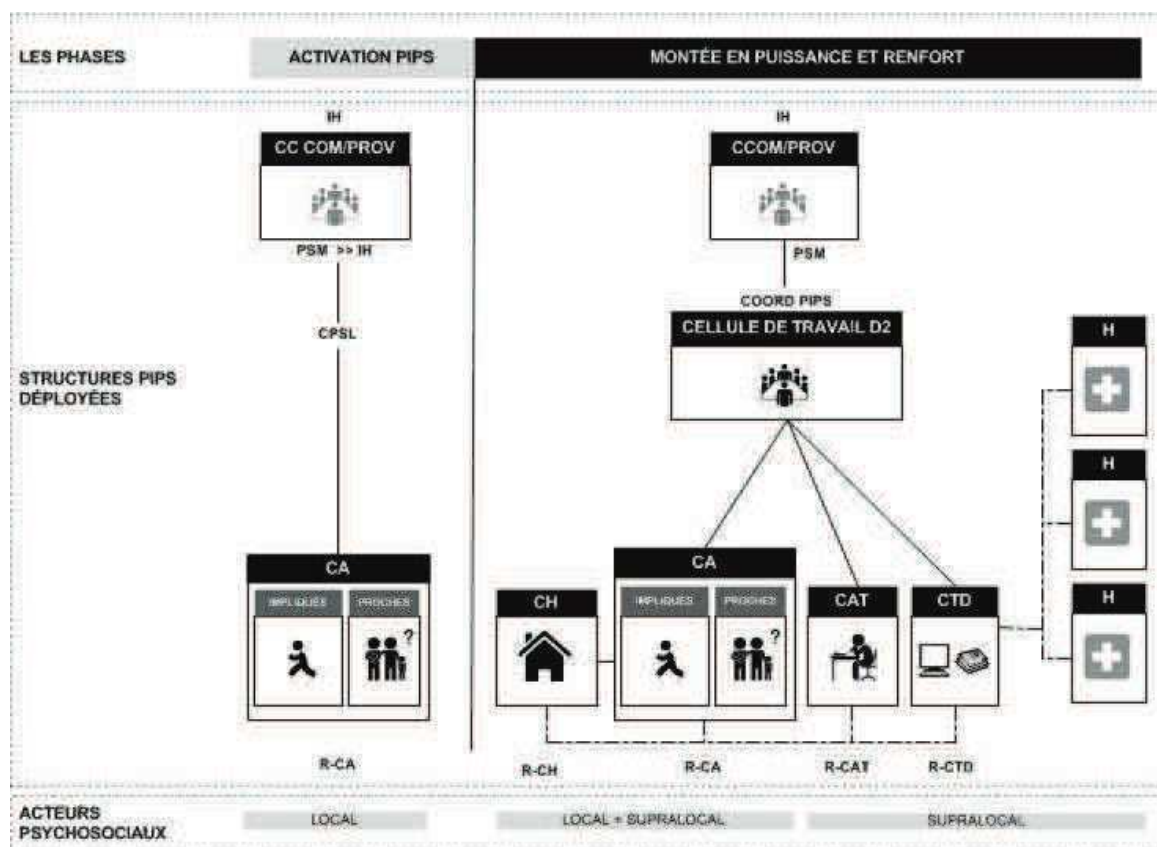
- une **première prise en charge psychosociale** plus poussée;
- un **traitement complexe** des données (relatives aux victimes) dans un **CTD**. Lorsque les personnes impliquées se trouvent sur plusieurs sites (centres d'accueil, plusieurs hôpitaux, ...), il faut impérativement disposer d'une expertise supplémentaire afin de rassembler rapidement et correctement toutes les données d'enregistrement et les convertir ensuite en listes de victimes;
- une collecte de données dans le cadre de l'identification d'éventuelles **personnes disparues ou décédées**;
- le traitement des appels téléphoniques des personnes sinistrées et de leurs proches dans un **CAT supra local**;
- un **soutien hospitalier** en matière d'enregistrement et de prise en charge psychosociale des blessés et de leurs proches;
- une collaboration et un échange d'informations avec l'équipe **Disaster Victim Identification (DVI)** de la police fédérale;
- un soutien éventuel au sein des **centres d'accueil**;
- en **phase post-aiguë**, certains acteurs supra locaux peuvent être affectés à des missions visant à garantir le bon déroulement de la clôture ou du transfert. Par exemple: débriefing d'intervenants ou de personnes impliquées, accompagnement individuel des victimes, ....

### *Acteurs locaux*

Lors d'un incident de grande ampleur et/ou d'une montée en puissance les services locaux restent actifs et exercent leurs compétences. Les acteurs locaux :

- restent, pendant la phase de montée en puissance, responsables de la tenue du **centre d'accueil** ;
- laissent, lors du déploiement d'une **cellule de travail D2**, le coordinateur psychosocial local y participer en tant que représentant de la ville ou de la commune;
- peuvent être sollicités afin de coopérer dans d'autres structures que le centre d'accueil (zone sinistrée, CAT local, ...) sous réserve d'un accord et en concertation mutuelle ; exemple : les communes peuvent mettre en place un numéro d'information. Dans ce cadre, elles ont la faculté de choisir l'affectation des collaborateurs du PIPS en raison de leurs compétences psychosociales. L'organisation d'un CAT pour les proches inquiets en cas d'incident de grande envergure est toutefois considérée comme une tâche supra locale ;
- en outre, l'autorité compétente peut, si nécessaire, solliciter l'appui de réseaux voisins afin de soutenir le réseau local.

5.4 Schéma récapitulatif





## 6 MAXI PIPS

Le schéma de déploiement du PIPS est un **cadre simple et flexible** qui peut être appliqué à la plupart des situations d'urgence collectives. Cependant, il y a des situations qui, compte tenu de leur complexité, exigent le déclenchement d'un MAXI PIPS. Voici quelques exemples :

- un incident multi-site pour lequel plusieurs PIPS sont déployés les uns à côté des autres, ayant ou non un lien entre-eux ;
  - plusieurs situations d'urgence qui se déclenchent simultanément ;
  - une même situation d'urgence avec des structures PIPS séparées (CA) ou communes (CTD, CAT) ; exemple : une attaque terroriste dans plusieurs communes.
- une urgence collective avec un nombre élevé de victimes pour lesquelles la prise en charge se fait dans des centres d'accueil disséminés sur plusieurs provinces (p.e. catastrophe nucléaire, ...) ;
- ...

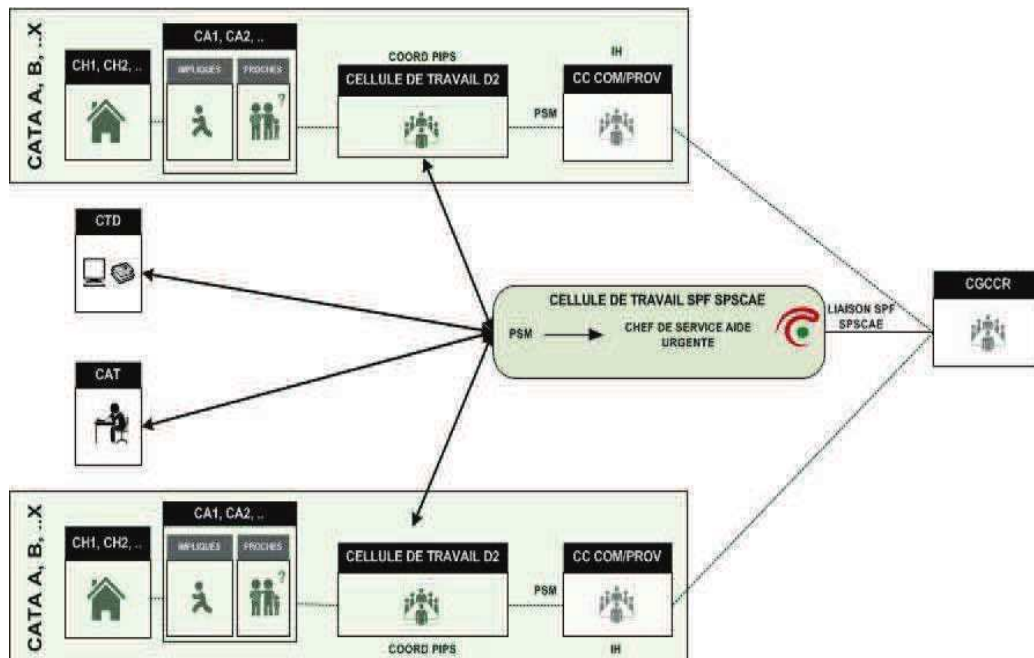
Dans de tels cas, le schéma de déploiement est mis œuvre de façon à remplir les besoins de la situation spécifique, mais il y a **une montée en puissance de la coordination**.

Un PSM rejoint la cellule de travail du SPF SPSCAE, à partir de laquelle il/elle a le mandat avec le chef de service de l'Aide Urgente ou son délégué, d'assurer la coordination globale des différentes cellules de travail et des PSM.

Cela signifie :

- avoir un aperçu des besoins pour une répartition appropriée des ressources entre les différents endroits impactés ;
- veiller à la bonne circulation de l'information entre toutes les structures déployées ;
- assurer le bien-être des collègues déployés ;

Un déclenchement du MAXI-PIPS est uniquement basé sur une analyse de l'impact de la situation et ne l'est pas automatiquement au déclenchement d'un PIM ELARGI ou MAXI PIM.



## 7 Clôture du PIPS

La décision de clôture du PIPS est transmise par l'IH (adjoint) ou le PSM:

- aux autorités compétentes ;
- au CS 112/100 (si la mise en alerte s'est faite via le CS 112/100);
- aux acteurs psychosociaux engagés.

Cette information est transmise soit:

- après l'élaboration du **bilan post-crise** (BPC) indiquant qu'il n'est pas nécessaire de poursuivre les actions;
- lors du **transfert de la coordination** du SPF SPSCAE vers l'autorité locale.

Après chaque déploiement, les représentants des services activés envoient dans les plus brefs délais un **rapport** à l'IH et au PSM. Ce rapport reprend au minimum les données suivantes:

- les moyens mis en œuvre;
- les actions entreprises et le timing;
- les points d'attention éventuels en matière de soins, de suivi et d'évaluation;
- les points d'évaluation et les recommandations.

Une fois l'urgence passée, les personnes concernées continuent souvent de se poser de nombreuses questions. Il est important d'y prêter une attention particulière. Aussi, dans la mesure du possible, nous recommandons que les acteurs locaux envoient une **lettre d'information** aux personnes concernées après chaque incident, afin de leur fournir des informations sur l'incident en question, l'organisation de l'assistance et les mesures éventuellement prises par la suite en leur indiquant un point de contact pour toute information complémentaire.

## 8 Phase post-aiguë

Au terme de la phase aiguë, PSM/IH peut décider soit de clôturer le PIPS, soit de passer à une phase psychosociale post-aiguë afin d'assurer le suivi des besoins psychosociaux (collectifs).

- le PSM établit un **bilan post-crise** (BPC) après la fin des actions immédiates ;
- la décision de déclencher la **phase post-aiguë** est prise par l'IH en concertation avec le PSM et les autorités locales compétentes ;
- en cas de déclenchement, le PSM réunit un premier **comité de coordination psychosocial** (CCPS). Y siègent les acteurs de la phase aiguë et ceux qui auront un rôle à jouer dans la phase post-crise (services spécialisés). A noter qu'une phase post-aiguë peut être gérée sans CCPS ;
- le premier CCPS est présidé par l'IH ou le PSM ;
- la coordination des actions intervenant dans la phase post-aiguë doit être **transférée le plus rapidement possible** aux **autorités** et aux services compétents en matière de soins de santé psychosociaux.

Afin de garantir le bon déroulement du transfert vers les autorités et services compétents dans une phase ultérieure, il est important que ceux-ci soient déjà tenus informés durant la phase aiguë. Elles pourront ainsi, si nécessaire, prendre les mesures qui s'imposent.

Plusieurs **réunions de concertation régulières** peuvent être organisées, au cours desquelles le transfert vers ces autorités et services sera abordé de manière structurelle. Procéder de la sorte garantira un **transfert en profondeur** et, par ricochet, la **continuité** de l'offre d'aide.

- **1<sup>er</sup> CCPS:**
  - le plus rapidement possible après l'incident et dans certains cas pendant la phase aiguë ;
  - évaluation de la situation (groupes concernés, besoins, aide disponible). Initier le transfert.
- **2<sup>ème</sup> CCPS:**
  - après plusieurs jours: compléter le transfert.
  - s'assurer que l'on a répondu à tous les besoins et qu'ils sont suivis de manière ciblée par des organismes d'aide appropriée;
  - le PIPS est clôturé lors du transfert vers les services compétents. Cela ne signifie toutefois pas que la phase post-aiguë est terminée.
- **3<sup>ème</sup> CCPS:**
  - à l'initiative des autorités ou des services compétents;
  - évaluation et, si nécessaire, adaptation de l'aide.
- poursuite des réunions de concertation en fonction des besoins.

Après le transfert de la coordination vers les autorités et services compétents, pour autant que sa participation apporte une plus-value, le PSM restera présent en tant que membre au sein du CCPS organisé, afin de continuer à participer au déroulement de l'aide et de pouvoir ainsi garantir la continuité.

En phase post-aiguë, les missions du CCPS sont les suivantes:

- le suivi des **besoins psychosociaux collectifs** des personnes impliquées. Exemple : le soutien dans l'organisation d'une réunion d'information, d'un moment de commémoration, organisation et coordination de la transmission d'informations, ...;
- fonction de relais et de coordination en ce qui concerne les **besoins individuels** détectés;
- contrôle de l'organisation du suivi psychosocial des **intervenants** engagés.

Les autorités compétentes (locales/provinciales/fédérales) sont responsables de manière permanente du suivi général de la situation d'urgence en phase post-aiguë. Le CCPS fournit un apport en ce qui concerne les actions d'aide psychosociale.

## 9 Débriefing technique et évaluation

Une fois le PIPS ou l'exercice clôturé, dans l'optique d'une amélioration de la qualité, afin de permettre un retour et un partage d'expérience, une évaluation de l'ensemble du dispositif PIPS est réalisée (monodisciplinaire). Les points relevant d'une dimension multidisciplinaire sont simplement listés.

Les acteurs psychosociaux participent activement par exemple en utilisant le débriefing monodisciplinaire PIPS comme base de travail.

## 10 Exercices

Il est essentiel de tester les procédures concernant le PIPS, par le biais d'exercices (Table Top Exercise, Command Post Exercise, Field Training Exercise, chaînes d'alerte). Les exercices doivent être organisés de manière graduelle, en allant du plus simple vers le plus compliqué. Pour tous les exercices, le SPF SPSCAE (IH et/ou des PSM) peut apporter un soutien à l'organisation, à la réalisation et/ou l'évaluation des exercices.

### 10.1 Exercices monodisciplinaires

Les exercices monodisciplinaires peuvent être organisés indépendamment de la cellule de sécurité mais en accord avec toutes les autorités compétentes (bourgmestre, IH, PSM, directeur général CPAS, ...).

### 10.2 Exercices multidisciplinaires

Les exercices multidisciplinaires sont organisés et décidés par la cellule de sécurité (cf. AR du 16/2/2006 précité, article 29) où la discipline 2 veillera, si opportun et/ou nécessaire, d'intégrer des objectifs concernant le PIPS. Il devra être tenu compte de la capacité et du niveau de développement des acteurs psychosociaux.

# Psychosociaal interventieplan (PSIP)

## Inhoud

Afkortingen.....	2
Algemene principes.....	3
1    Voorwoord.....	3
2    Definitie.....	3
3    Kader.....	4
Psychosociaal Interventieplan – PSIP.....	5
1    Doelstelling.....	5
2    Opdrachten in de acute fase.....	5
2.1    Opdrachten volgens het KB van 16 februari 2006 en NPU-1.....	5
2.2    Ontplooiingsschema.....	6
2.3    PSIP-structuren.....	6
3    Coördinatie.....	7
3.1    Strategische coördinatie.....	7
3.2    Operationele coördinatie.....	7
4    Psychosociale actoren.....	8
4.1    Lokale actoren.....	8
4.2    Bovenlokale actoren.....	11
5    Werking en structuur.....	12
5.1    Afkondiging van het PSIP.....	12
5.2    Alarmering.....	13
5.3    Taakverdeling.....	14
5.4    Samenvattend schema.....	17
6    MAXI PSIP.....	18
7    Beëindigen van het PSIP.....	19
8    Nafase.....	20
9    Technische debriefing en evaluatie.....	21
10    Oefeningen.....	21
10.1    Monodisciplinaire oefeningen.....	21
10.2    Multidisciplinaire oefeningen.....	21

## Afkortingen

Afkorting NL	Nom NL	Acronyme FR	Nom FR
<b>ANIP</b>	Algemeen Nood- en Interventieplan	<b>PGUI</b>	Plan Général d'Urgence et d'Intervention
<b>CC</b>	Coördinatiecomité	<b>CC</b>	Comité de Coordination
<b>CC GEM</b>	Gemeentelijk Coördinatie Comité	<b>CC COM</b>	Comité de Coordination Communal
<b>CC PROV</b>	Provinciaal Coördinatie Comité	<b>CC PROV</b>	Comité de Coordination Provincial
<b>CCP</b>	Centrum voor Crisispsychologie van de Minister van Defensie	<b>CPC</b>	Centre de Psychologie de Crise du Ministère de la Défense
<b>CGGZ</b>	Centrum Geestelijke Gezondheidszorg	<b>CSM</b>	Centre de Santé Mentale
<b>CIP</b>	Centraal Informatie Punt	<b>CTD</b>	Centre de Traitement des Données
<b>COORD CIP</b>	Coördinator Centraal Informatiepunt	<b>R-CTD</b>	Responsable du Centre de Traitement des Données
<b>COORD OC</b>	Coördinator Onthaalcentrum	<b>R-CA</b>	Responsable du Centre d'Accueil
<b>COORD PSIP</b>	Coördinator PSIP	<b>COORD PIPS</b>	Coordinateur PIPS
<b>COORD TIC</b>	Coördinator Telefoon Informatie Centrum	<b>R-CAT</b>	Coordinateur du Centre d'Appels Téléphonique
<b>CP-OPS</b>	Commandopost Operaties	<b>PC-OPS</b>	Poste de Commandement Opérationnel
<b>D1</b>	Discipline 1: Hulpverleningsoperaties	<b>D1</b>	Discipline 1 :Opérations de secours
<b>D2</b>	Discipline 2: Medisch, Sanitair en Psychosociaal	<b>D2</b>	Discipline 2: Médical, Sanitaire et Psychosocial
<b>D3</b>	Discipline 3: Politie van de plaats	<b>D3</b>	Discipline 3: Police des Lieux
<b>D4</b>	Discipline 4: Logistiek	<b>D4</b>	Discipline 4: Logistique
<b>D5</b>	Discipline 5: Informatie	<b>D5</b>	Discipline 5: Information
<b>DIR MED</b>	Directeur Medische Hulpverlening	<b>DIR MED</b>	Directeur de l'Aide médicale
<b>DVI</b>	Disaster Victim Identification	<b>DVI</b>	Disaster Victim Identification
<b>FIST</b>	Fire Stress Team	<b>FIST</b>	Fire Stress Team
<b>FOD VVVL</b>	FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu	<b>SPF SPSCAE</b>	SPF Santé Publique, Sécurité de la Chaîne Alimentaire et Environnement
<b>GI</b>	Federaal Gezondheidsinspecteur	<b>IH</b>	Inspecteur d'Hygiène Fédéral
<b>HC</b>	Herbergingscentrum	<b>CH</b>	Centre d'Hebergement
<b>HC 112</b>	Hulpcentrum 112	<b>CS 112</b>	Centre de Secours 112
<b>KB</b>	Koninklijk Besluit	<b>AR</b>	Arrêté Royal
<b>MB</b>	Ministerieel Besluit	<b>AM</b>	Arrêté Ministériel
<b>MIP</b>	Medisch Interventieplan	<b>PIM</b>	Plan d'Intervention Médical
<b>NIP</b>	Nood- en Interventieplan	<b>PUI</b>	Plan d'Urgence et d'Intervention
<b>NPU</b>	Omzendbrief Noodplanning - Planification d'Urgence	<b>NPU</b>	Circulaire Noodplanning - Planification d'urgence
<b>OC</b>	Onthaalcentrum	<b>CA (CEP)</b>	Centre d'Accueil (Centre d'Encadrement des Proches)
<b>OCMW</b>	Openbaar Centrum voor Maatschappelijk Welzijn	<b>CPAS</b>	Centre Public d'Action Sociale
<b>PCB</b>	Postcrisisbalans	<b>BPC</b>	Bilan Post-Crise
<b>PRIMA</b>	Plan Risico's bij Manifestaties	<b>PRIMA</b>	Plan Risques et Manifestations
<b>PSCC</b>	Psychosociaal Coördinatie Comité	<b>CCPS</b>	Comité de Coordination Psychosocial
<b>PSH</b>	Psychosociaal Hulpverleningsnetwerk	<b>RIPS</b>	Réseau d'Intervention PsychoSocial
<b>PSIP</b>	Psychosociaal Interventieplan	<b>PIPS</b>	Plan d'Intervention PsychoSocial
<b>PSM</b>	Psychosociaal Manager	<b>PSM</b>	Psychosocial Manager
<b>RK</b>	Rode Kruis	<b>CRB</b>	Croix Rouge de Belgique
<b>SIP</b>	Sanitaire Interventieplan	<b>PISA</b>	Plans d'Intervention SANitaire
<b>TIC</b>	Telefoon Informatie Centrum	<b>CAT</b>	Centre d'Appels Téléphonique
<b>V-PSH</b>	Verantwoordelijke Psychosociaal Hulpverleningsnetwerk	<b>CPSL</b>	Coordinateur PsychoSocial Local
<b>ZH</b>	Ziekenhuis	<b>H</b>	Hôpital

## Algemene principes

### 1 Voorwoord

Deze Ministeriële Omzendbrief wil een kader scheppen voor het Psychosociaal Interventieplan (PSIP).

Ten overstaan van voorgaande versie werden ontbrekende zaken aangevuld en afspraken verduidelijkt. Tevens werd de inhoud geactualiseerd op basis van lessen uit oefeningen en praktijkervaringen. Als Federale Administratie willen we hiermee zorgen voor een actueel reglementair kader dat tot op heden niet voorhanden was.

De belangrijkste aanvullingen betreffen:

- het invoeren van een **fasering**, waarbij een afkondiging van het plan begint met een **opstartfase** en indien nodig wordt **opgeschaald**;
- gekoppeld aan deze fasering werd een **duidelijke taakverdeling** uitgewerkt tussen **lokale** en **bovenlokale** actoren;
- de verplichting van de gemeenten om een **psychosociaal hulpverleningsnetwerk** (PSH) op te richten binnen het lokaal monodisciplinair psychosociaal interventieplan, waarvoor de omzendbrief het kader definieert;
- **het concept en de opdrachten** van het PSH werden vereenvoudigd; de focus voor een gemeente ligt vooral bij het opstarten en bemannen van een **onthaalcentrum**;
- een **werkcel discipline 2** (D2) werd als nieuwe structuur toegevoegd aan het ontplooiingsschema voor de operationele coördinatie van de PSIP-structuren in een opschalingsfase.
- de functie van **Coördinator PSIP** werd gecreëerd als verantwoordelijke binnen de werkcel D2.
- het **MAXI PSIP** werd uitgewerkt voor noodsituaties van bijzondere omvang;
- het **validatieproces** van het PSIP als monodisciplinair plan binnen discipline 2 werd gedefinieerd.

### 2 Definitie

Een monodisciplinair interventieplan regelt de interventiemodaliteiten van één discipline, in overeenstemming met de huidige regelgeving inzake nood- en interventieplanning<sup>1</sup>.

Het Psychosociaal interventieplan (PSIP) is naast het Medisch interventieplan (MIP), het Plan voor Risicomanifestaties (PRIMA) en het Sanitaire interventieplan (SIP), een onderdeel van het monodisciplinair plan van discipline 2 (D2). Het plan activeert en coördineert de psychosociale hulpverlening bij collectieve noodsituaties zowel in de acute fase als in de opstart van de nafase van een ramp en dit voor alle getroffen (gewond, niet-gewond, verwanten, hulpverleners, ...).

*Het Psychosociaal interventieplan (PSIP) biedt een kader voor de organisatie van de psychosociale hulpverlening bij collectieve noodsituaties.*

<sup>1</sup> Koninklijk besluit van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen; ministeriële omzendbrief NPU-4 van 30 maart 2009 betreffende de disciplines.



De voorliggende omzendbrief definieert de psychosociale ondersteuning<sup>2</sup> als alle ondersteuning en zorg gericht op het psychisch welbevinden en de gezondheid van getroffenen, zowel in de acute fase als in de nasefase en zowel gericht op het collectief als op het individu.

Op basis van de mogelijke reacties, behoeften en problemen van getroffenen kan psychosociale hulpverlening verder worden onderverdeeld in:

- **basishulp** (veiligheid, medische zorg, eten, drinken, medicatie, onderdak);
- **informatie** (over de gebeurtenis, de stand van zaken, het lot van dierbaren, mogelijke stressreacties, waar men terecht kan voor specifieke noden,...);
- **emotionele en sociale steun** (luisterend oor, betrokkenheid, erkenning); psychologische stabilisatie;
- **praktische hulp** (administratie, juridisch advies, financieel,...);
- **zorg bij gezondheidsklachten** (preventie, signaleren, diagnose en behandeling);
- ...

### 3 Kader

Een collectieve noodsituatie<sup>3</sup> kan ernstige schade toebrengen aan een groot aantal personen, middelen of het leefmilieu. Dit heeft als gevolg dat er bij alle (in)direct betrokkenen een behoefte kan ontstaan aan psychosociale hulp, in de breedste zin van het woord.

Elke gemeente is wettelijk verplicht een Nood- en Interventieplan (NIP) op te stellen. De wetgeving beschrijft tevens een aantal elementen die een NIP minimaal dient te bevatten, waarvan twee items rechtstreeks van toepassing zijn op de psychosociale hulpverlening<sup>4</sup>:

- de organisatie van de informatieverstrekking aan de bevolking en aan de getroffenen (6°);
- de modaliteiten en middelen van vervoer, opvang en huisvesting van de getroffenen in geval van evacuatie (9°).

Nog volgens dit KB, valt de coördinatie van de psychosociale hulpverlening onder de verantwoordelijkheid van D2. Deze discipline staat onder het gezag van de minister van Volksgezondheid. Vanaf het begin van de crisis wordt deze vertegenwoordigd door de federaal Gezondheidsinspecteur (GI), die voor het psychosociale luik wordt bijgestaan door de Psychosociaal Manager (PSM).

Het is van essentieel belang dat provincies en gemeenten kunnen beschikken over een lokaal psychosociaal luik in hun nood- en interventieplannen, zoals vermeld in artikel 26 van het voornoemde KB en de omzendbrief NPU-1 van 26 oktober 2006. Provincies en gemeenten worden aangemoedigd om maatregelen te treffen met betrekking tot de nodige accommodatie, personeel voor de opstart van de PSIP-structuren in de acute fase, alsook om oefeningen te organiseren. De federale overheid dien

<sup>2</sup> Impact (2014). Multidisciplinaire richtlijn Psychosociale hulp bij rampen en crises. Amsterdam: Impact

<sup>3</sup> Het KB van 16/02/2006 betreffende de nood- en interventieplannen (artikel 6) omschrijft een noodsituatie als: "elke gebeurtenis die schadelijke gevolgen voor het maatschappelijk leven veroorzaakt of veroorzaken kan, zoals een ernstige verstoring van de openbare veiligheid, een ernstige bedreiging ten opzichte van het leven of de gezondheid van personen en/of ten opzichte van belangrijke materiële belangen, en waarbij de coördinatie van de disciplines is vereist om de dreiging weg te nemen of om de schadelijke gevolgen te beperken."

<sup>4</sup> Het KB van 16/02/2006 betreffende de nood- en interventieplannen, ministeriële omzendbrief NPU-1 van 26 oktober 2006 betreffende de nood en interventieplannen. Artikel 3 en 26.

Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu (FOD VVVL) en haar minister zorgen hierbij voor ondersteuning.

## Psychosociaal Interventieplan – PSIP

### 1 Doelstelling

De algemene doelstelling van het plan is het definiëren van een **eenvoudig en flexibel kader** met procedures voor het psychosociaal beheer en de eenduidige coördinatie van een collectief incident. Het kader kan naargelang de noden van elke specifieke situatie worden ingevuld.

Het PSIP hanteert daarbij volgende basisprincipes:

- de acties stimuleren de **veerkracht** van de getroffen en hun gemeenschap;
- er is aandacht voor zowel de **rechtstreekse** (gewond, niet-gewond) als **onrechtstreekse** (verwanten, hulpverleners) getroffen van de noodsituatie;
- het aanbod is **proactief** en wordt **zo snel mogelijk** na het ontstaan van de noodsituatie opgestart, waarbij gestreefd wordt om de negatieve psychosociale gevolgen van de noodsituatie tot een minimum te herleiden door enerzijds de normale verwerking van dergelijke gebeurtenissen vanaf het begin op het juiste spoor te zetten en anderzijds een secundaire victimisering te voorkomen;
- belang van **continuïteit** door de coördinatie van deze acties zich niet te laten beperken tot de acute fase of tot één bestuurlijk niveau;
- werken volgens een **collectieve benadering**, waarbij eventuele doorverwijzing naar de individuele hulpverlening mogelijk is.

### 2 Opdrachten in de acute fase

Voor de psychosociale opvang na noodsituaties wordt in de wetgeving een onderscheid gemaakt tussen de bevoegdheden in de **acute fase** (federaal) en de opdrachten in de **nafase** (gemeenschappen - zie verder).

#### 2.1 Opdrachten volgens het KB van 16 februari 2006 en NPU-1

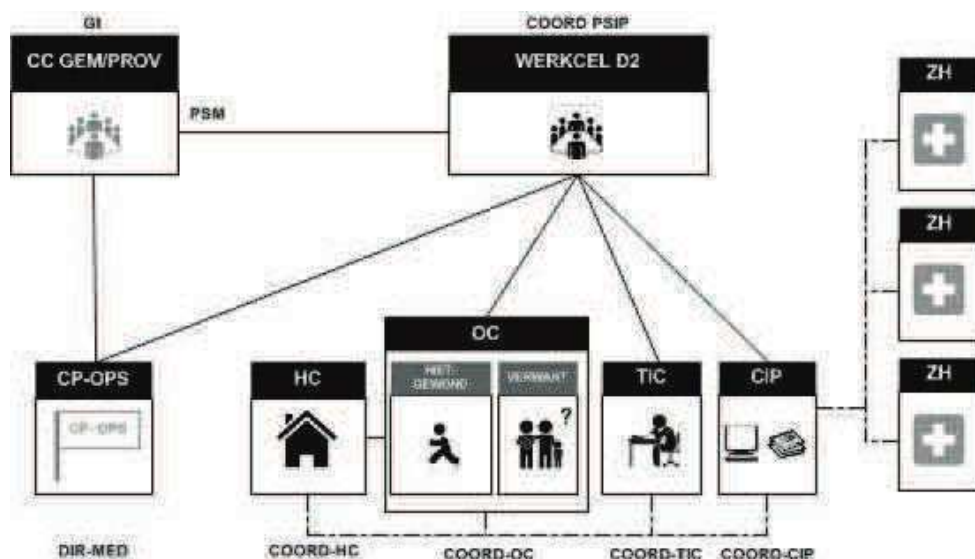
Volgens de regelgeving zijn de basisopdrachten in de acute fase van een noodsituatie de volgende:

- het **groeperen** van de niet-gewonden op of in de nabijheid van het rampterrein;
- het **vervoer** van de niet-gewonden naar een onthaalcentrum;
- het installeren en uitbouwen van een **onthaalcentrum** (OC) voor getroffen waar psychosociale ondersteuning en informatie gegeven wordt;
- het installeren en uitbouwen van een **Telefoon Informatie Centrum** (TIC) voor rechtstreeks getroffen en hun verwanten;
- het eenvormig **registreren**: het nauwgezette vergaren van informatie over de getroffen en het veilig beheer ervan;
- het **verwerken** van de gegevens tot **slachtofferlijsten** op één centraal punt (Centraal Informatiepunt – CIP).

## 2.2 Ontplooiingsschema

Om de bovenstaande opdrachten te vervullen worden verschillende PSIP-structuren geactiveerd. Een analyse van de noden van elke specifieke situatie bepaalt de grootte van de ontplooiing.

Onderstaand schema geeft een overzicht van een **volledige PSIP-ontplooiing**.



## 2.3 PSIP-structuren

- Het '**Onthaalcentrum**' (OC) staat in voor de opvang (gezamenlijk of apart) van niet gewonden en/of hun verwanten. In elke situatie zal gekozen worden voor de meest geschikte onthaalstructuur en de meest geschikte psychosociale actoren.  
Het '**Herbergingscentrum**' (HC) kan geopend worden wanneer getroffen door omstandigheden de nacht elders moeten doorbrengen omdat hun normale verblijfplaats niet toegankelijk is.
- Het '**Telefoon Informatie Centrum**' (TIC) is de structuur waarnaar via een informatienummer kan gebeld worden. Verwanten die op zoek zijn naar iemand die mogelijk betrokken is bij de noodsituatie kunnen er terecht. Een TIC is nuttig voor het in kaart brengen van vermisten, te identificeren overledenen of wanneer er een duidelijke nood is aan telefonische emotionele ondersteuning.
- Het '**Centraal Informatie Punt**' is een structuur voor de complexe verwerking van slachtoffergegevens, waar alle geregistreerde data van getroffen (gewond en niet gewond), eventuele vermisten en/of overledenen samengebracht worden, waarna zij verwerkt worden tot overzichtelijke slachtofferlijsten. Voor het in kaart brengen van de gewonden, staat het CIP in

contact met de betrokken ziekenhuizen. Het coördinatiecomité kan hier via de vertegenwoordiger van discipline 2 overzichtelijke slachtofferlijsten opvragen.

- De '**Werkcel D2**' staat in voor de operationele coördinatie van de structuren en staat rechtstreeks in contact met de vertegenwoordiger van D2 in het coördinatiecomité; bij opschaling kan deze cel samengeroepen worden als backoffice bij het coördinatiecomité (CC) of autonoom ontplooid worden. In deze cel zetelen vertegenwoordigers van de verschillende medische en psychosociale actoren.

In functie van het uitvoeren van haar opdracht interageert de werkcel D2 met vertegenwoordigers van andere disciplines, diensten (bv organisaties, airlines,...) of medewerkers van de gemeente met specifieke expertise (bevolkingsregister,...) met het oog op het uitvoeren van de opdrachten binnen het PSIP.

Het '**Ziekenhuis**' heeft binnen het PSIP een belangrijke link daar het bij een noodsituatie zijn **ziekenhuisnoodplan** kan opstarten waarbij het o.a. een contactpunt slachtofferinformatie (POC- HOSP) activeert voor de uitwisseling van slachtoffergegevens met de FOD VVVL (cf. rol CIP). Verder kan het ziekenhuis een onthaal verwanten oprichten (OV-HOSP) voor de ondersteuning aan verwanten die ter plaatse komen.

### 3 Coördinatie

#### 3.1 Strategische coördinatie

Bij de uitvoering van het PSIP worden meerdere autoriteiten ingeschakeld, elk binnen hun bevoegdheid.

De **bevoegde overheid** verzekert de multidisciplinaire strategische coördinatie in het coördinatiecomité, ter ondersteuning van de operationele acties op het terrein.

De **Minister van Volksgezondheid** is bevoegd voor het beleid van D2 en legt de krijtlijnen van het PSIP vast.

De **Federaal Gezondheidsinspecteur** (GI) vertegenwoordigt de minister en is eindverantwoordelijke voor D2, zowel gemeentelijk (GCC) als provinciaal (PCC).

De **Psychosociaal Manager** (PSM) ziet toe op de werking en coördinatie van het PSIP en valt voor deze opdracht onder de administratieve bevoegdheid van de GI. Als zodanig, met het oog op efficiëntie en snelheid, hebben de GI en de PSM autonomie en flexibiliteit voor de eerste reflexacties (sturen van personeel on-site, analyse van de behoeften, het openen van een OC,...) net zoals bij de andere disciplines. Hij zal uiteraard zo snel mogelijk verantwoording afleggen van deze acties aan de bevoegde autoriteit.

#### 3.2 Operationele coördinatie

De **DIR MED** heeft de leiding over de medische, sanitaire en psychosociale discipline op het terrein en maakt deel uit van de Commandopost Operaties (CP-Ops). Voor de psychosociale opdrachten kan hij/zij zich laten bijstaan door een vertegenwoordiger van de psychosociale actoren.

De lokale **verantwoordelijke PSH** (V-PSH) is verantwoordelijk voor de lokale PSH-medewerkers en vormt de rechtstreekse link tussen de gemeente en het PSIP. Deze functie kan gecumuleerd worden met de functie van coördinator in bijvoorbeeld het onthaalcentrum. Bij de activatie van een PSIP wordt deze functie een onderdeel van D2 waarbij opdrachten worden uitgevoerd onder de verantwoordelijkheid van de Dir-Med, de GI en de PSM.

De **coördinator** is binnen elke ontplooide PSIP-structuur verantwoordelijk voor een goede werking van de cel en de aansturing van de ingezette medewerkers in deze cel. We spreken van de:

- coördinator onthaalcentrum (COORD OC),
- coördinator Telefoon Informatie Centrum (COORD TIC),
- coördinator Centraal Informatiepunt (COORD CIP).

De **coördinator PSIP** (COORD PSIP) wordt bij de activatie van de werkcel D2 aangeduid door de PSM. Hij/zij heeft de leiding over het psychosociale luik binnen de werkcel D2. De COORD PSIP voldoet minimum aan volgende criteria:

- beschikt over een doorgedreven kennis van het PSIP en heeft een ruime operationele ervaring,
- heeft kennis van of informeert zich over de PSIP-structuren op lokaal niveau,
- overstijgt bij het invullen van deze functie de eigen dienst en fungeert als coördinator van alle deelnemende diensten,
- zorgt voor regelmatige en correcte doorstroming van informatie tussen de werkcel D2 en de ontplooide PSIP-structuren, de CP-OPS en het coördinatiecomité.

## 4 Psychosociale actoren

Binnen het kader van het PSIP worden **lokale en/of bovenlokale psychosociale actoren** geactiveerd. Deze opereren onder de bevoegdheid van de D2-verantwoordelijken en van de PSM<sup>5</sup> volgens de taakverdeling beschreven in dit plan.

### 4.1 Lokale actoren

Het voornoemde KB van 16/02/2006 schrijft voor dat elke lokale overheid een Nood- en Interventieplan opstelt. Daarin worden een aantal elementen vermeld die een NIP minimaal dient te bevatten, waarvan twee items rechtstreeks ondersteund worden door het PSIP. De omzendbrieven die dit KB aanvullen (NPU), verduidelijken de minimale inhoud en de specifieke procedures voor de goedkeuring van de monodisciplinaire plannen.

De Nieuwe Gemeentewet<sup>6</sup> benadrukt de verantwoordelijkheid van steden en gemeenten inzake de opvang van getroffen en hun verwanten tijdens incidenten. Het uitgangspunt is dat zij verantwoordelijk zijn voor de **eerste opvang** van alle getroffen na een noodsituatie en dat zij daarvoor **een plan** moeten opstellen.

---

<sup>5</sup> NPU-4 punt 4.2a “Een discipline kan bestaan uit leden die behoren tot verschillende instellingen of diensten. De psychosociale hulpverlening wordt met name verzekerd door hulpverleners van de DSI van het Rode Kruis, van de OCMW's, van de dienst slachtofferhulp van de politie en van de gemeentelijke sociale diensten. Het optreden van de psychosociale werkers in een noodsituatie gebeurt onder het gezag van de Psychosociale Manager (PSM), zelfs wanneer ze behoren tot instellingen waarvan de opdrachten ressorteren onder een andere discipline (bv : psychosociale werkers van de geïntegreerde politie).”

Om deze opdrachten zo goed mogelijk te kunnen vervullen, dient de stad of gemeente te zorgen voor een **goede voorbereiding** (lokaal PSIP) en de oprichting van een **psychosociaal hulpverleningsnetwerk** (PSH).

#### *Oprichten van een PSH*

Elke stad of gemeente duidt minimum één persoon aan als **verantwoordelijke psychosociale hulpverlening** (V-PSH). Idealiter is dit iemand uit de sociale dienst of een andere dienst van de gemeente. Liefst is dit niet de ambtenaar noodplanning, aangezien deze tijdens een noodsituatie andere opdrachten heeft.

Er dient ook gedacht te worden aan een **vervanger** voor deze persoon en afspraken omtrent een permanentiesysteem zodat er steeds iemand met kennis van zaken bereikbaar is in het geval van een noodsituatie. De PSM/GI dient steeds snel geïnformeerd te worden van de modaliteiten of eventuele wijzigingen om de alarmeringsketen te kunnen garanderen.

Het is aan te raden om de functie van V-PSH te laten bekrachtigen door de bestuurlijke overheid. Op die manier krijgt deze persoon een **duidelijk mandaat** om in het geval van een noodsituatie het lokale PSH aan te sturen, maar ook om ervoor te zorgen dat men van de bevoegde overheid de tijd en de middelen krijgt om de toevertrouwde opdracht te vervullen.

De V-PSH stelt een lijst op met **contactgegevens** van personen, al dan niet werkzaam binnen de diensten van of woonachtig in de stad of gemeente, die in het geval van een noodsituatie kunnen opgeroepen worden voor de opstart van de structuren van het PSIP. Deze vormen samen het netwerk van lokale psychosociale intervenanten, het **lokale PSH**.

De aangestelde personen volgen een **opleiding** waardoor zij in staat zijn om in te staan voor de taken waarvoor zij kunnen worden opgeroepen.

Er dienen op voorhand afspraken gemaakt te worden over de wijze waarop de PSH-medewerkers in het geval van een noodsituatie gealarmeerd zullen worden (**alarmeringsschema**).

Het is belangrijk er over te waken dat de medewerkers gedekt zijn door een **verzekering**, hetzij via de werkgever, hetzij via de vrijwilligersverzekering van de stad of gemeente.

#### *Lokale voorbereiding*

Elke provincie of gemeente is verantwoordelijk voor het toevoegen van een **psychosociaal luik** aan hun algemeen nood- en interventieplan. Het gaat om een monodisciplinair plan zoals bepaald in het voornoemde KB van 16/02/2006 en de bijhorende omzendbrieven.

Dit omvat:

- Het voorzien van **locaties** voor de ontplooiing van de PSIP-structuren (OC, CIP,...)
  - Het **gebruiksklaar maken** van deze locaties voor effectief gebruik: bijvoorbeeld weten hoe deze geopend worden en waar het nodige materiaal te vinden is (bijvoorbeeld officiële registratiefiches, checklists, internet,...).  
De technische fiches met de informatie die vereist is voor het PSIP-luik bevinden zich in het ANIP en in kopie in het PSIP. De GI en/of de PSM kan raad geven aan de lokale actoren over de vereiste items.
  - Het **bekendmaken** van deze locaties binnen de gemeentelijke veiligheidscel. Conform voornoemde omzendbrief NPU-4, moeten de andere disciplines het PSIP en de aangeduide

<sup>6</sup> de Nieuwe Gemeentewet : titel II, hoofdstuk IV, art. 135, par 5

locaties kennen en te allen tijde toegang kunnen hebben tot deze locaties (bijvoorbeeld bij afwezigheid van de V-PSH).

- De volgende **PSIP locaties** worden voorzien op lokaal niveau:
  - **Onthaalcentrum**: locatie die over de nodige faciliteiten beschikt om een groep mensen comfortabel op te vangen (bijvoorbeeld sanitair, catering, zitplaatsen,...). De FOD VVVL beschikt over een aantal checklists die kunnen gebruikt worden bij het zoeken van gepaste opvanglocaties. De keuze van de potentiële plaatsen gebeurt op basis van de risicoanalyse uit het ANIP, de configuratie van de gemeente (bijvoorbeeld : aanwezigheid van een rivier) en van de bovenlokale context (samenwerkingsverband met andere gemeenten).
  - In sommige situaties is het mogelijk dat er nood is aan herberging van de getroffen. In dat geval kan het onthaalcentrum getransformeerd worden in een **herbergingscentrum** of kan hiervoor een extra locatie geopend worden. Men moet hierbij rekening houden met extra aandachtspunten, zoals de beschikbaarheid van bedden, dekens, douches,... Hiervoor dient nauw samengewerkt te worden tussen D2 en D4 (logistiek) en de ambtenaar noodplanning.
  - Een ruimte voor de ontplooiing van het **CIP**, bij voorkeur in de buurt van het coördinatiecomité en met toegang tot de nodige technische middelen (pc, printer, kopieermachine, internet,...).
  - Een ruimte voor de **werkcel D2**, bij voorkeur in de buurt van het coördinatiecomité.
- Het **op voorhand maken van afspraken** met betrekking tot het vervoer naar het onthaalcentrum. Dit is een opdracht voor D4 en de ambtenaar noodplanning onder toezicht van D2.
- Afspraken maken over waar men tijdens een noodsituatie oplossingen kan vinden voor bepaalde, te verwachten **praktische problemen** (bijvoorbeeld dokters en apothekers van wacht, maaltijden, dekens, kledij, tolken, ...).
- Aangezien de **herkenbaarheid** van de psychosociale hulpverleners, zowel voor de getroffen als voor de andere hulpverleners belangrijk is, raden wij aan om **hesjes** te voorzien. De hesjes hebben bij voorkeur de kleuren van D2 (groen en wit; cf. omzendbrief NPU-4), vermelden het logo van het PSH of de instelling van de hulpverlener en de tekst “psychosociale hulpverlening”.
- Het lokale luik van het PSIP:
  - moet worden goedgekeurd door de vertegenwoordigers van de eigen discipline (GI/PSM) en door de gemeentelijke veiligheidscel,
  - dient regelmatig geactualiseerd te worden in functie van lessen die worden getrokken uit oefeningen, reële noodsituaties of personeelsbewegingen,
  - is bij voorkeur voorgelegd aan de bestuurlijke overheid (gemeenteraad, schepencollege) en het OCMW ter goedkeuring en bekrachtiging.

De FOD VVVL heeft een canvas ter beschikking voor de opmaak van een lokaal PSIP.



### *Samenwerkingsverbanden*

Gemeenten kunnen samenwerken en zo een **bovenlokale pool** vormen.

Op deze wijze kunnen op voorhand afspraken worden gemaakt ter ondersteuning van elkaar bij een incident binnen de regio. Een samenwerkingsverband kan inhouden dat er afspraken gemaakt worden over het gemeenschappelijke gebruik van personeel en infrastructuur, de aankoop van materiaal (bv hesjes, rampenkoffers) en/of de organisatie van opleidingen en oefeningen. In het geval van een noodsituatie doet de getroffen gemeente in eerste instantie beroep op de eigen middelen, maar kan - indien nodig - beroep doen op de andere gemeenten voor ondersteuning.

Een aandachtspunt bij de organisatie van een PSH per regio is dat de regio groot genoeg moet zijn om over voldoende oproepbaar personeel en middelen te kunnen beschikken, maar ook klein genoeg om het lokale karakter van de hulpverlening te kunnen bewaren (bijvoorbeeld snelle interventietijd, kennis van de streek,...).

Voor een eenvormige onderverdeling in regio's lijkt het aangewezen om te werken met zones die aansluiten bij reeds bestaande samenwerkingsverbanden of aan te sluiten bij bestaande structuren, zoals politiezones of hulpverleningszones<sup>7</sup>. Deze samenwerkingsverbanden kunnen ook groeperingen of onderafdelingen van de voornoemde zones zijn.

## 4.2 Bovenlokale actoren

Naast de lokaal gestructureerde diensten zijn er ook bovenlokaal georganiseerde diensten op provinciaal, regionaal of nationaal niveau. Afhankelijk van de aard van de noodsituatie kunnen zij de lokale actoren versterken of ondersteunen voor specifieke opdrachten.

De mogelijke partners in het kader van de hulpverlening zijn onder meer:

- het Rode Kruis (RK);
- de sociale diensten van de ziekenhuizen, bedrijven,...;
- het Centrum voor Crisispsychologie (CCP) van de FOD Defensie;
- de diensten slachtofferbejegening van de politie;
- de diensten inzake slachtofferhulp van de centra algemeen welzijnswerk (CAW);
- de Centra Geestelijke Gezondheidszorg (CGGZ);
- de externe en interne diensten voor preventie en bescherming op het werk;
- specifieke partners in functie van de hulpverlening aan hulpverleners die zelf deelnamen aan de hulpacties (FIST, Stressteam Federale Politie,...);
- elke andere actor die (on)rechtstreeks tot de psychosociale hulpverlening kan bijdragen (bv Parket,...).

---

<sup>7</sup> Koninklijk Besluit van 2 februari 2009 tot vaststelling van de territoriale afbakening van de hulpverleningszones

## 5 Werking en structuur

Dit deel beschrijft de opstart, opschaling en taakverdeling van de psychosociale acties.

Het PSIP wordt volgens de aard van de noodsituatie en de beschikbare middelen aangepast aan de omstandigheden. Bijgevolg worden sommige opdrachten van dit plan volledig of slechts gedeeltelijk ontplooid en verschillen de ingezette actoren naargelang de situatie.

### 5.1 Afkondiging van het PSIP

Het PSIP wordt afgekondigd op het moment dat er voor het beheer van een collectieve noodsituatie nood is aan **gecoördineerde psychosociale acties** waarbij een **activatie van de (boven)lokale psychosociale actoren** ter versterking van de reguliere hulpverlening nodig is, en waarbij ook de **sleutelfiguren** die dit proces coördineren (GI, PSM) ingeschakeld dienen te worden.

Op basis van de beschikbare informatie over de noodsituatie wordt nagegaan welke acties moeten worden opgestart. Hierbij kan beslist worden om een vooralarm- of alarm op te starten.

#### *Wie is bevoegd om het PSIP af te kondigen?*

De eerste hulpploegen ter plaatse (leiding van D1, D2, D3) zijn gemachtigd te vragen het PSIP af te kondigen.

Volgende personen zijn gemachtigd om een PSIP af te kondigen:

- de GI of de adjunct, na overleg met de PSM;
- de PSM, na overleg met de GI of de adjunct;
- de DIR-MED, na overleg met de GI, de adjunct en/of de PSM;
- alle bevoegde diensten binnen de FOD VVVL.

#### *Afkondigingscriteria*

Het PSIP kan enkel afgekondigd worden op basis van een impactanalyse van de situatie, rekening houdend met:

- **kwalitatieve criteria** die betrekking hebben op de aard van het incident (aantal slachtoffers, doelgroep, emotionele impact,...);
- de **draagkracht van de reguliere hulpverleningsdiensten** ter plaatse.

Als deze diensten voldoende uitgebouwd zijn om de psychosociale opvang na een collectieve noodsituatie te organiseren, dient er niet noodzakelijk een PSIP afgekondigd te worden (bijvoorbeeld de dienst Slachtofferbejegening van de politie, die normaal zorgt voor de opvang van slachtoffers na een incident<sup>8</sup>).

Het antwoord op de afkondiging van het PSIP kan zowel een **vooralarm** als een **alarm** zijn.

---

<sup>8</sup> Wet van 5 augustus 1992 op het politieambt, artikel 46. Omzendbrief GPI 58 betreffende politionele slachtofferbejegening in de geïntegreerde politie, gestructureerd op twee niveaus

## 5.2 Alarmering

De alarmering omschrijft de acties die moeten genomen worden om de middelen van het PSIP in te zetten door ze te verwittigen via vooraf vastgestelde procedures en principes.

### *Vooralarm*

Het vooralarm beoogt de verwittiging van de coördinerende verantwoordelijken en (boven)lokale actoren met de vraag om zich klaar te houden en de beschikbaarheid van de middelen na te gaan. Zo nodig kunnen ze dan snel optreden.

In geval van een vooralarm gaan de actoren niet ter plaatse. Mogelijks wordt er na overleg beslist om een psychosociale hulpverlener ter plaatse te sturen voor een inschatting van de situatie.

In situaties die potentieel kunnen leiden tot de activatie van het PSIP (bv wanneer er een MIP afgekondigd wordt), worden de GI en de adjunct alsook de PSM door het HC 112/100 verwittigd.

Zij beslissen na een analyse van de situatie om volgende diensten al dan niet in vooralarm te laten plaatsen:

- het lokaal psychosociaal hulpverleningsnetwerk (PSH);
- (boven)lokale psychosociale actoren:
  - het Rode Kruis (RK);
  - andere.

### *Alarm*

Bij een afkondiging van het PSIP worden de GI en de adjunct alsook de PSM door het HC 112/100 verwittigd.

Een afkondiging van het PSIP resulteert in een **opstartfase** en de activatie van **lokale actoren**. Indien nodig wordt er opgeschaald en versterking gestuurd. De PSM en/of (adjunct) GI beslissen op basis van een analyse van de situatie welke actoren worden gealarmeerd:

- het lokaal psychosociaal hulpverleningsnetwerk (PSH);
- (boven)lokale psychosociale actoren
  - het Rode Kruis (RK);
  - andere.

Meestal wordt een PSIP afgekondigd in het kader van een multidisciplinaire aanpak van een noodsituatie. In dat geval is er een link met de afkondiging van andere interventieplannen.

**Let op:** *er is geen automatische afkondiging van het PSIP bij opstart van een MIP en/of een (gemeentelijke, provinciale of federale) fase in de nood- en interventieplanning.*

Sommige situaties vragen de afkondiging van een PSIP, zonder dat er een ander noodplan wordt afgekondigd (bijvoorbeeld bij een collectieve noodsituatie met Belgen in het buitenland) of een individueel

incident met een collectieve psychosociale impact (bijvoorbeeld een suïcidepoging in een instelling voor de ogen van een groep aanwezigen). Er is met andere woorden geen multidisciplinaire coördinatie op lokaal of provinciaal vlak. In dat geval is het mogelijk dat de alarmering niet gebeurt via het HC 112/100 maar via andere diensten binnen de FOD VVVL of een andere kanaal (bijvoorbeeld via het kabinet van de minister).

Daarbij worden de GI, de adjunct en de PSM gealarmeerd. Deze beslissen op basis van een analyse van de situatie welke acties te ondernemen en welke actoren worden gealarmeerd:

- het lokaal psychosociaal hulpverleningsnetwerk (PSH);
- (boven)lokale psychosociale actoren:
  - het Rode Kruis (RK);
  - andere.

### 5.3 Taakverdeling

#### *Opstart*

De afkondiging van het PSIP resulteert in een **opstartfase**. Hierbij ligt de focus op het snel organiseren van een opvang van getroffenen in een **onthaalcentrum**. Hiervoor wordt beroep gedaan op **lokale actoren**.

De PSM en de psychosociale actoren informeren elkaar wanneer de opstart van collectieve psychosociale hulpverlening gevraagd wordt.

Concrete opdrachten van de lokale actoren bij de opstart van het PSIP zijn:

- activatie & alarmering van het PSH door de V-PSH via een interne alarmeringsprocedure,
- opvang op het terrein & transport naar het onthaalcentrum,
- zo snel mogelijk openen van een onthaalcentrum,
- opstarten van de psychosociale hulpverlening,
- versterking vragen (opschaling) zo nodig.

#### *Opvang op het terrein en transport*

Het **groeperen** van de niet-gewonden op een veilige plaats wordt over het algemeen uitgevoerd door de eerste hulpverleners ter plaatse. Dit wordt gecoördineerd vanuit de CP-Ops (DIR MED).

Het **vervoer** naar het OC gebeurt zo mogelijk onder begeleiding van lokale psychosociale medewerkers. Aangepaste transportmiddelen kunnen noodzakelijk zijn.

Het snel inzetten van vervoersmiddelen kan ook nuttig zijn om getroffenen tijdelijk ter plaatse op te vangen in afwachting van een terugkeer naar huis of in afwachting van een operationeel onthaalcentrum. Bijvoorbeeld in een bus zit men warm en kan men samen geïnformeerd worden. Wanneer de interventie langere tijd zal duren kan de bus doorrijden naar het onthaalcentrum.

### *Openen van een onthaalcentrum (OC)*

De psychosociale **prioriteit** in de opstartfase is meestal het openen van een OC. Al naar gelang de aard van het incident, zal het onthaalcentrum de niet-gewonden, de verwanten of beide doelgroepen gezamenlijk opvangen.

Bij de opstart van het onthaalcentrum is het belangrijk om te zorgen voor:

- een **warm en veilig onthaal** van getroffenen;
- een **basisregistratie** (registratie bestaande uit minimaal volgende gegevens: naam, voornaam, geboortedatum en nationaliteit, aangevuld indien mogelijk met contactgegevens en thuisadres) van de getroffenen die aanwezig zijn in het onthaalcentrum en de opmaak van een aanwezigheidslijst met, indien nuttig, vermelding van de bestemming wanneer personen het OC verlaten;
- in bepaalde gevallen worden de aanwezigheidslijsten aangevuld met de gegevens van de gewonden als dit aantal beperkt is en zij opgenomen werden in een beperkt aantal ziekenhuizen;
- het verstrekken van **informatie** aan getroffenen;
- het invullen en opvolgen van individuele en/of collectieve **noden en behoeften**;
- het bieden van **emotionele ondersteuning**;
- versterking vragen (opschaling) zo nodig en zodra nodig.

Steden en gemeenten worden ondersteund door de FOD VVVL voor het uitvoeren van deze opdrachten (actiekaarten, opleiding, ondersteuning, oefeningen).

### *Opschaling*

Op basis van de beschikbare informatie en/of de aard van de noodsituatie kan men beslissen om op te schalen. Het zal erop aankomen het aantal ingezette middelen (logistiek en personeel) die nodig zijn voor de psychosociale hulpverlening te verhogen en te versterken.

Dit kan bijvoorbeeld gaan om:

- het openen van een bovenlokaal Telefoon Informatie Centrum (TIC);
- het openen van een Centraal Informatie Punt (CIP);
- het opzetten van een werkcel D2;
- het openen van een herbergingscentrum (HC);
- het inzetten van bovenlokale actoren voor specifieke opdrachten.

De opschaling gebeurt:

- op instructie van de GI of adjunct, na overleg met de PSM;
- op instructie van de PSM na overleg met lokale en bovenlokale actoren;
- op instructie van de persoon van wacht bij de centrale dienst (FOD VVVL) na overleg met de GI of de adjunct en de PSM.

### *Bovenlokale actoren*

Grootschalige noodsituaties of meer complexe incidenten vragen extra expertise voor bepaalde opdrachten. Zo zullen bovenlokale diensten ingeschakeld worden in situaties waar nood is aan:

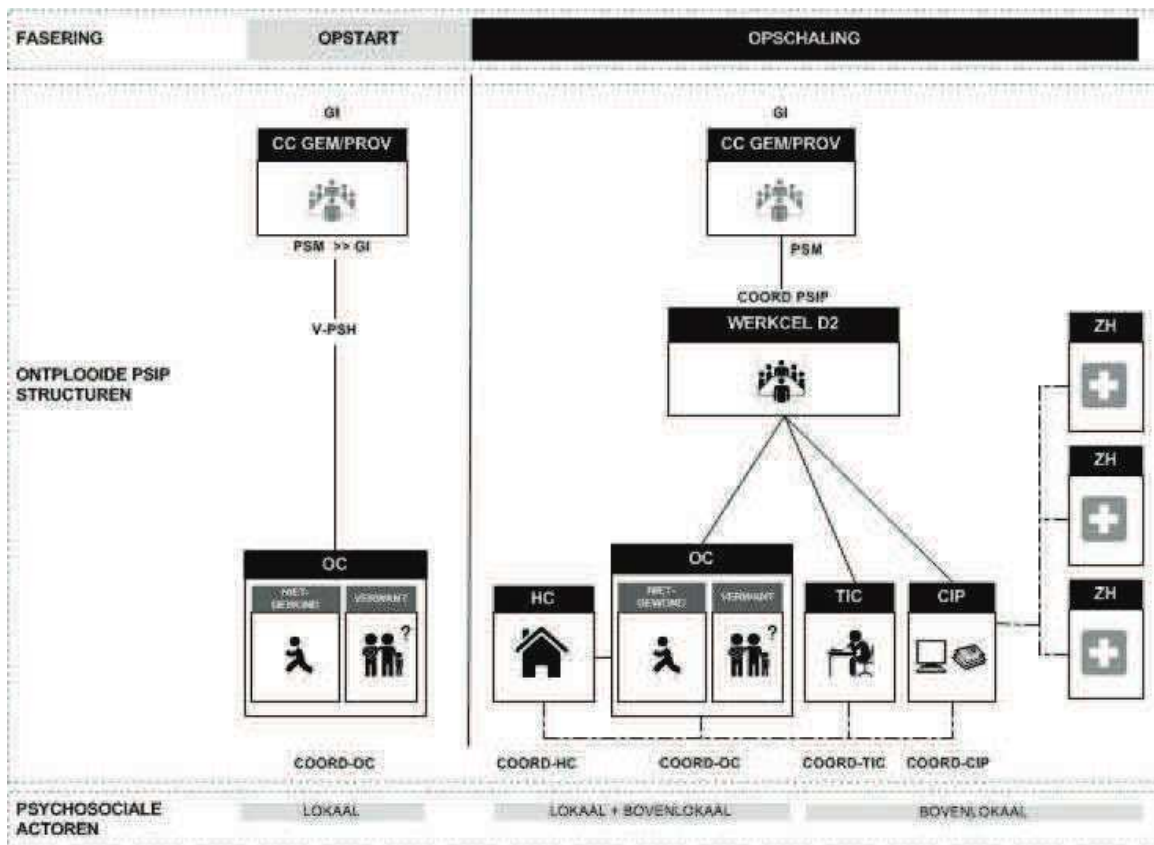
- een meer doorgedreven **psychologische eerste opvang**;
- een **complexe verwerking** van (slachtoffer)informatie in een CIP omdat de getroffen en zich bevinden op meerdere locaties (onthaalcentra, verschillende ziekenhuizen,...) welk een bijkomende expertise vereist om te komen tot overzichtelijke slachtofferlijsten;
- het verzamelen van gegevens in het kader van het **in kaart brengen van mogelijke vermisten of overledenen**;
- het behandelen van **telefonische oproepen van betrokkenen en hun verwanten** in een bovenlokaal TIC;
- een **ondersteuning van de ziekenhuizen** inzake de registratie en psychosociale opvang van gewonden en hun verwanten;
- samenwerking en informatie-uitwisseling met het **Disaster Victim Identification (DVI)** team van de federale politie;
- ondersteuning in de **onthaalcentra**;
- interventies in de **post-acute fase** met het oog op het garanderen van een goede afsluiting of overdracht door bijvoorbeeld de debriefing van een groep hulpverleners of getroffen en, individuele begeleiding van getroffen en,...

### *Lokale actoren*

Ook bij grootschalige incidenten en/of de opschaling zullen de lokale actoren actief blijven en hun nut bewijzen. Zo zullen de lokale actoren:

- blijven instaan voor het bemannen van een **onthaalcentrum**;
- hun V-PSH laten deelnemen aan de **werkcel D2** als vertegenwoordiger van de stad of gemeente;
- mogelijks gevraagd worden om mee te werken in andere structuren dan het onthaalcentrum (rampterrein, lokaal TIC, ..) mits onderling akkoord en overleg; bijvoorbeeld: de gemeenten kunnen op lokaal niveau een informatienummer (D5) organiseren. Zij kunnen hierbij opteren om PSH-medewerkers in te zetten omwille van hun psychosociale competenties. De organisatie van een TIC voor ongeruste verwanten bij meer grootschalige incidenten wordt echter beschouwd als een bovenlokale taak.
- door de bevoegde overheid zo nodig gevraagd worden om **naburige netwerken te ondersteunen** indien er een onderling akkoord is en overleg gepleegd werd.

## 5.4 Samenvattend schema





## 6 MAXI PSIP

Het ontplooiingsschema van het PSIP is een **eenvoudig en flexibel kader** dat toepasbaar is op de meeste collectieve noodsituaties. Er zijn echter situaties die gezien hun complexiteit vragen om de afkondiging van een MAXI PSIP. Mogelijke voorbeelden:

- een multi-site incident waarbij meerdere PSIP naast elkaar worden afgekondigd, al dan niet met een onderlinge link;
  - meerdere aparte noodsituaties op hetzelfde moment;
  - eenzelfde noodsituatie op verschillende plaatsen met aparte (OC) en gezamenlijke (TIC, CIP) PSIP-structuren;
- een ramp met een dermate hoog aantal getroffen en dat de opvang gebeurt in opvanglocaties verspreid over meerdere provincies (bv kernramp,...);
- ...

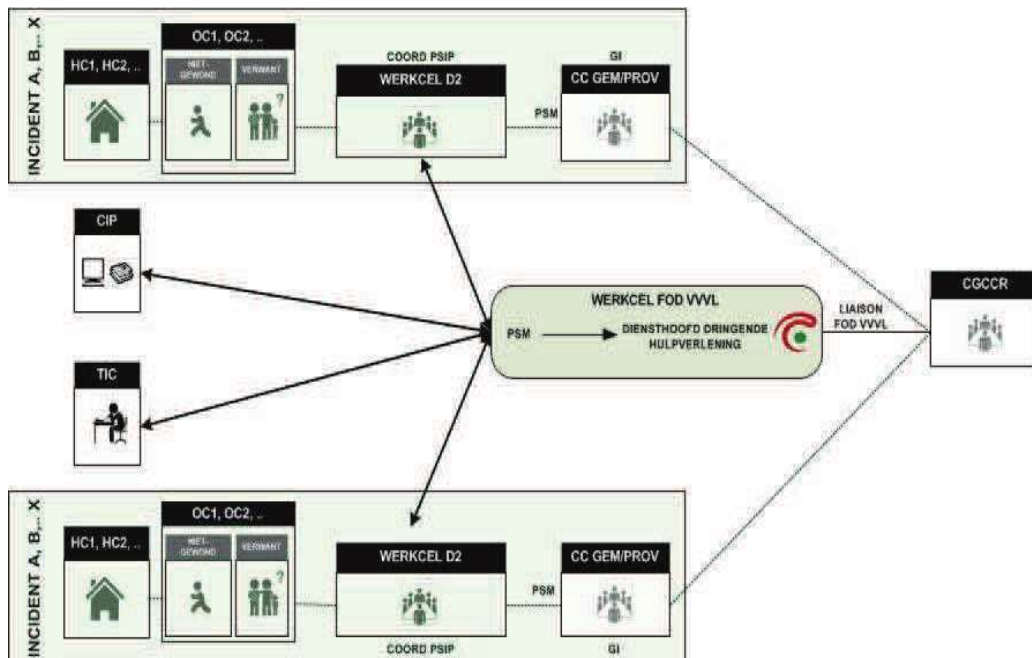
In dergelijke gevallen wordt het ontplooiingsschema zoals gewoonlijk ingevuld naargelang de noden van de specifieke situatie, maar gebeurt er een **opschaling van de coördinatie**.

Een PSM vervoegt de werkcél van de FOD VVVL, waar deze samen met het Diensthoofd Dringende Hulpverlening of zijn adjunct, het mandaat heeft voor de overkoepelende coördinatie van de verschillende werkcellen en ingezette PSM's.

Dit houdt in:

- het overzicht behouden over een gepaste verdeling van de beschikbare middelen over de verschillende locaties heen;
- zorgen voor een correcte informatiestroom tussen alle ontploide structuren;
- toezien op het welzijn van de ingezette collega's.

Een afkondiging van het MAXI-PSIP is enkel mogelijk op basis van een impactanalyse van de situatie en gaat niet automatisch samen met de afkondiging van het UITGEBREID MIP of het MAXI MIP.



## 7 Beëindigen van het PSIP

De beslissing om het PSIP te beëindigen wordt door de (adjunct) GI of de PSM doorgegeven aan:

- de bevoegde overheden;
- het HC 112/100 indien de alarmering via deze weg gebeurde;
- de ingezette psychosociale actoren.

Dit gebeurt:

- ofwel na het opmaken van een **postcrisis-balans** (PCB) waaruit blijkt dat geen verdere acties nodig zijn;
- ofwel bij de **overdracht van de coördinatie** van FOD VVVL naar de betrokken Gemeenschap(pen).

Na elke inzet sturen de vertegenwoordigers van de geactiveerde diensten zo snel mogelijk een **situatierapport** aan de bevoegde GI en PSM met daarin ten minste de volgende gegevens:

- de ingezette middelen;
- de ondernomen acties en timing;
- eventuele aandachtspunten inzake nazorg en evaluatie;
- evaluatiepunten en aanbevelingen.

Wanneer de noodsituatie geweken is, blijven de getroffen en vaak nog met heel wat vragen zitten. Het is belangrijk om hier aandacht voor te hebben. Zo raden wij de lokale actoren aan om na elk incident een **informatiebrief** naar de getroffen en te sturen met informatie over het incident, de organisatie van de hulpverlening, eventuele verdere maatregelen en een contactpunt voor bijkomende informatie.

## 8 Nafase

Na de acute fase kan de PSM/GI beslissen om het PSIP te beëindigen of om over te gaan naar een psychosociale nafase, voor de opvolging van de (collectieve) psychosociale noden.

- de PSM maakt een **postcrisis-balans** (PCB) op na beëindiging van de onmiddellijke acties;
- de GI beslist na overleg met de PSM en de bevoegde overheid om de **nafase** af te kondigen;
- bij een afkondiging van de nafase roept de PSM een **psychosociaal coördinatiecomité** (PSCC) samen waarin actoren uit de acute fase en actoren die een rol spelen in de nafase kunnen zetelen; in sommige gevallen wordt de nafase zonder PSCC afgehandeld;
- het eerste PSCC wordt voorgezeten door de GI of de PSM;
- de coördinatie over het verdere verloop van de nafase wordt **zo snel mogelijk overgeheveld** naar de **Gemeenschap(pen)** en de diensten die bevoegd zijn voor de psychosociale gezondheidszorg.

Om een kwaliteitsvolle overdracht naar de bevoegde overheden en diensten in een latere fase te garanderen, is het belangrijk dat deze reeds tijdens de acute fase op de hoogte gebracht worden. Op die manier kunnen zij de nodige maatregelen treffen.

Er worden een aantal **vaste overlegmomenten** georganiseerd waarbij een overdracht naar deze overheden en diensten structureel wordt ingebouwd zodat een **grondige overdracht** en aldus de **continuïteit in het hulpaanbod** gegarandeerd wordt:

- **1e PSCC:**
  - zo snel mogelijk na het incident, in sommige gevallen tijdens de acute fase;
  - inschatten van de situatie (doelgroep, noden, beschikbare hulpverlening) en opstarten van de overdracht;
- **2e PSCC:**
  - na een aantal dagen, vervolledigen van de overdracht;
  - verzekeren dat alle noden zijn ingevuld en gericht worden opgevolgd door geschikte hulpverleningsinstanties;
  - bij overdracht naar de bevoegde diensten wordt het PSIP afgesloten wat echter niet betekent dat de nafase ten einde is;
- **3e PSCC:**
  - op initiatief van de bevoegde overheden en diensten;
  - evaluatie en indien nodig bijsturen van de hulpverlening;
- verdere overlegmomenten in functie van de noden.

Na overdracht van de coördinatie naar de bevoegde overheden en diensten zal de PSM, zo lang als nuttig, als lid aanwezig blijven in het PSCC om betrokken te blijven bij het verloop van de hulpverlening en zo de continuïteit te kunnen garanderen.

De opdrachten van het PSCC in de nafase zijn:

- het opvolgen van de **collectieve psychosociale noden** van de getroffen en door bijvoorbeeld ondersteuning te bieden bij de organisatie van een informatievergadering, herdenkingsmoment, organisatie en coördinatie van de informatiedoorstroming,...;
- relais en coördinatiefunctie voor wat betreft de gedetecteerde **individuele noden**;
- toezicht op de organisatie van de psychosociale opvolging van ingezette **hulpverleners**.

De bevoegde overheid (lokaal/provinciaal/federaal) blijft te allen tijde verantwoordelijk voor de algemene opvolging van de noodsituatie in de nafase. Het PSCC geeft input over de acties inzake psychosociale hulpverlening.

## 9 Technische debriefing en evaluatie

Na het beëindigen van het PSIP of een oefening, worden de monodisciplinaire acties geëvalueerd met het oog op een continue kwaliteitsverbetering van de hulpverlening. Relevante multidisciplinaire leerpunten worden eveneens opgesteld.

De ingezette psychosociale actoren nemen actief deel aan deze evaluatie, bijvoorbeeld door het organiseren van een monodisciplinaire debriefing.

## 10 Oefeningen

Het is belangrijk om de procedures met betrekking tot het PSIP te oefenen (zandbakoefening, terreinoefening, commandopost oefening, alarmeringsoefening, ...). De oefeningen worden best stapsgewijs georganiseerd van eenvoudig naar meer complex. De FOD VVVL (GI en/of PSM) kan ondersteuning bieden bij de organisatie, uitvoer en/of evaluatie van deze oefeningen.

### 10.1 Monodisciplinaire oefeningen

Monodisciplinaire oefeningen kunnen ook onafhankelijk van de veiligheidscel worden georganiseerd in overleg met bevoegde diensten (burgemeester, GI, PSM, bedrijf, organisatie; ...).

### 10.2 Multidisciplinaire oefeningen

Multidisciplinaire oefeningen worden georganiseerd door de veiligheidscel (cf. voornoemde KB van 16/2/2006, artikel 29) waar – indien van toepassing - discipline 2 toeziet op de integratie van oefendoelstellingen m.b.t. het PSIP. Hierbij moet rekening gehouden worden met de draagkracht en het ontwikkelingsniveau van de psychosociale actoren.