

Médecine de catastrophe

Les défis de l'urgence collective

Une différence de GENRE

Pr. Patrick Guérisse

Ecole de Santé Publique de l'Université Libre de Bruxelles

Catastrophe - Accident majeur





Gonesse
26 juillet 2000

La gestion du risque

- Le risque :

la probabilité de survenue d'un événement dommageable

- L'esprit du **Titanic** :

la négation - le refus d'une éventualité désagréable pour l'esprit

- Le risque **ZERO** : *n'existe pas*

- « Plus c'est loin, *plus c'est près..!* »

- La résonance =
$$\frac{\text{Nombre de Victimes}}{\text{Distance} \times \text{Temps}} \times \frac{\text{fct. émotionnel}}{\text{fct. culturel}}$$

Catastrophe : la situation d'exception

- *Déséquilibre soudain et massif,
en quantité et / ou en qualité entre :*
 - *les besoins immédiats*
 - *les ressources disponibles*
- *Événement dont l'ampleur dépasse la capacité de réponse d'une communauté*

***Entre l'Urgence individuelle et l'Urgence collective,
la différence n'est pas que de nombre,
c'est une différence de GENRE***

La différence entre l'Urgence individuelle et l'Urgence collective est une différence de GENRE

- Le changement d'échelle
 - **nombre** de victimes, d'intervenants, de moyens
 - une **organisation** et une **hiérarchie**
 - cinétique **décalée** : besoins >>> moyens
 - **comportements** : psychologie individuelle et psychologie de foule
- La prise en charge médicale adaptée
 - De **nouveaux** modes opératoires :
 - légitimité du **TRIAGE**
 - pas de soins définitifs - **mise en condition** d'évacuation
 - la **régulation** des évacuations : hôpitaux CHOISIS
- L'intégration interdisciplinaire
 - **autres** disciplines
 - **moyens** médico-sanitaires ordinaires et extra-ordinaires
 - les problèmes **spécifiques**

La différence entre l'Urgence individuelle et l'Urgence collective est une différence de GENRE

➤ Le changement d'échelle

- **nombre** de victimes, d'intervenants, de moyens
→ une organisation ET une hiérarchie
- **cinétique** décalée : besoins >>> moyens
- **comportements** :
 - situation de crise et grand nombre
 - victimes et intervenants



Urgence Collective

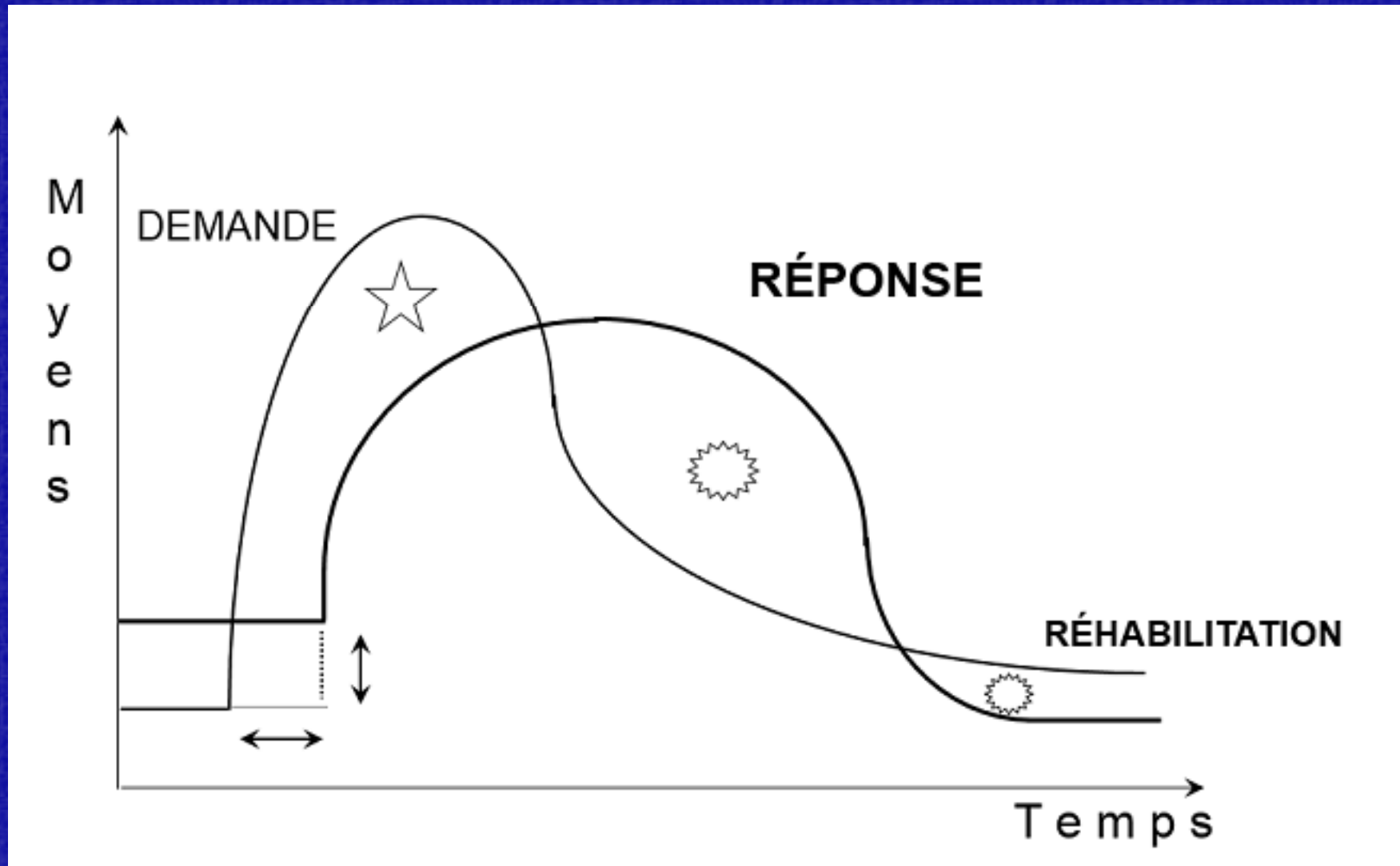
Le changement d'échelle

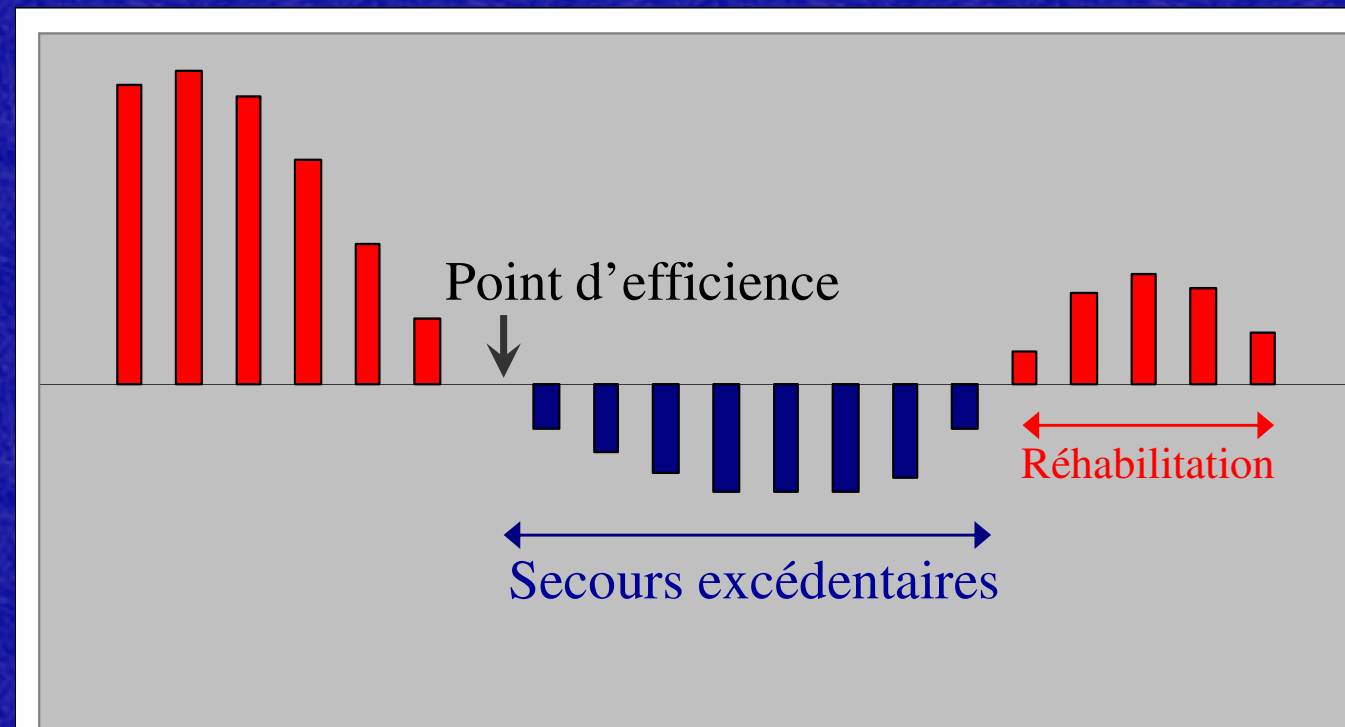
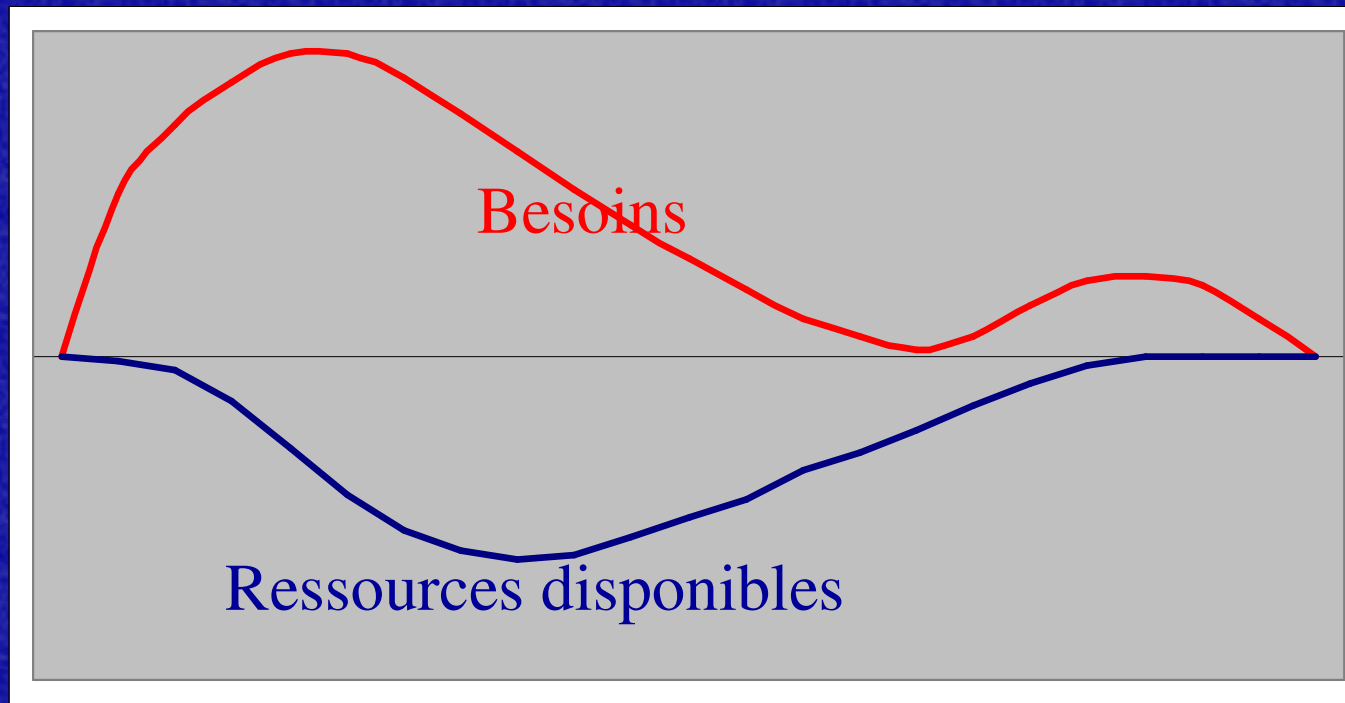
- Le sur-nombre
 - de victimes
 - de personnels et de moyens de secours
- Addition des secours + organisation
 - Réponse multi-disciplinaire
 - Direction = hiérarchie
 - **Coordination** = échange d'informations

Une **unité** de commandement et d'action

Urgence Collective

La cinétique décalée

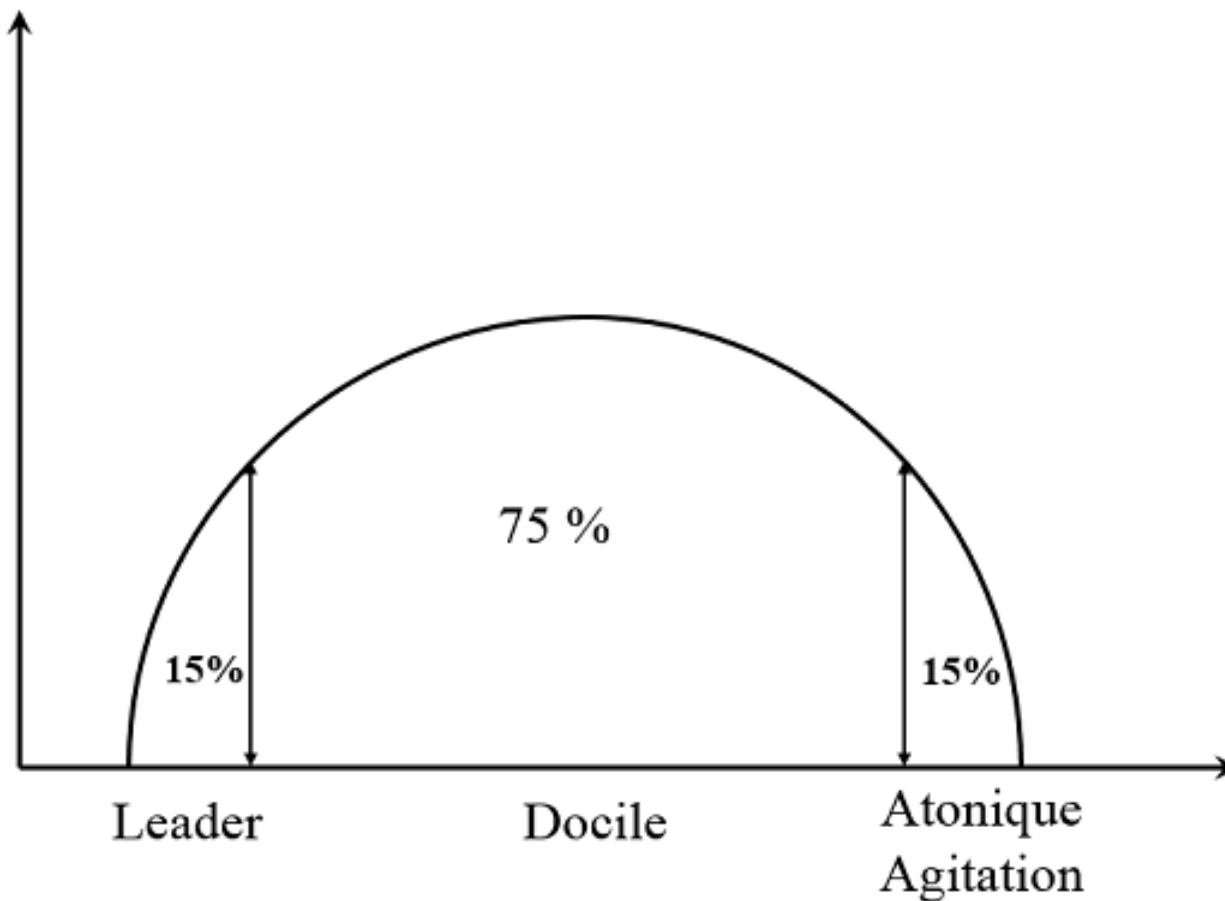




Urgence Collective

Psychologie collective

Les comportements des impliqués

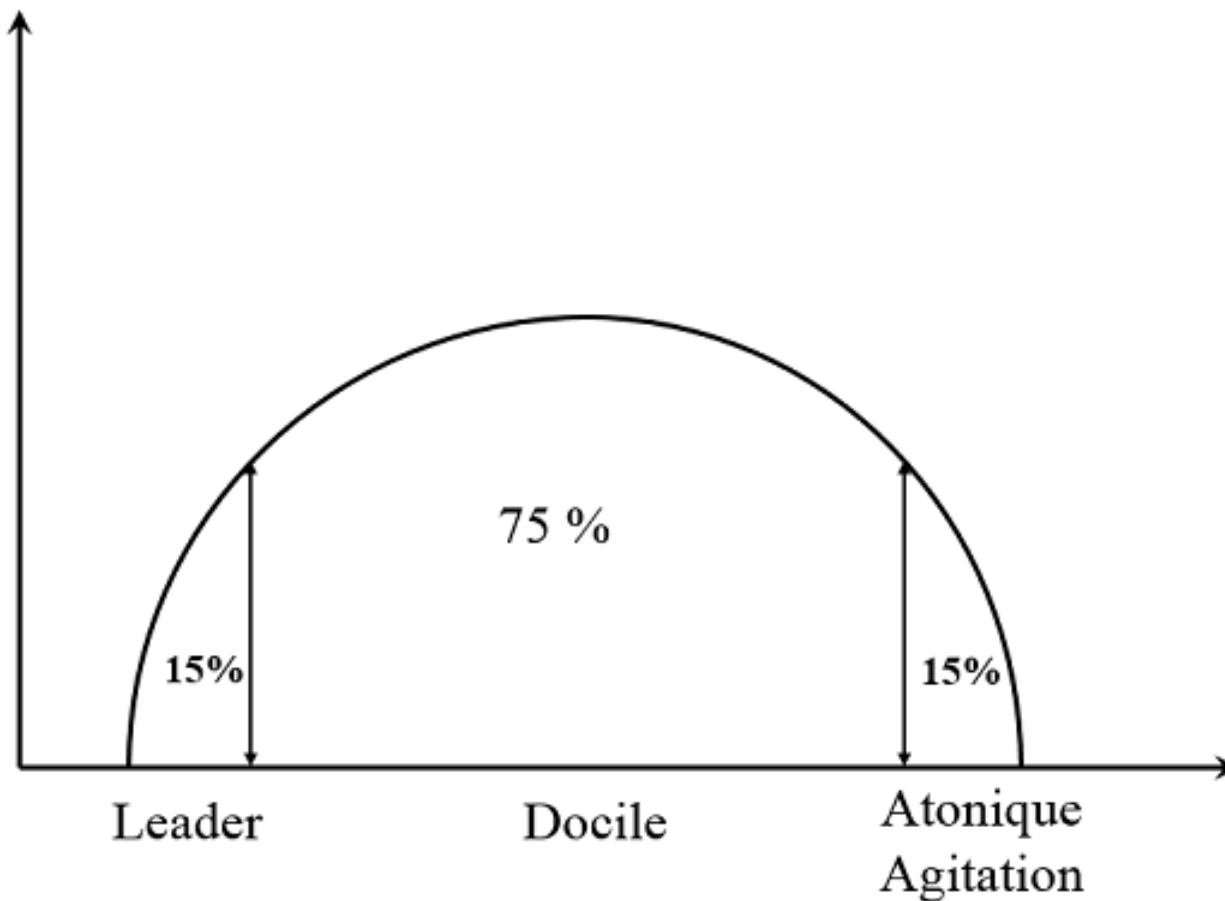


Bradford

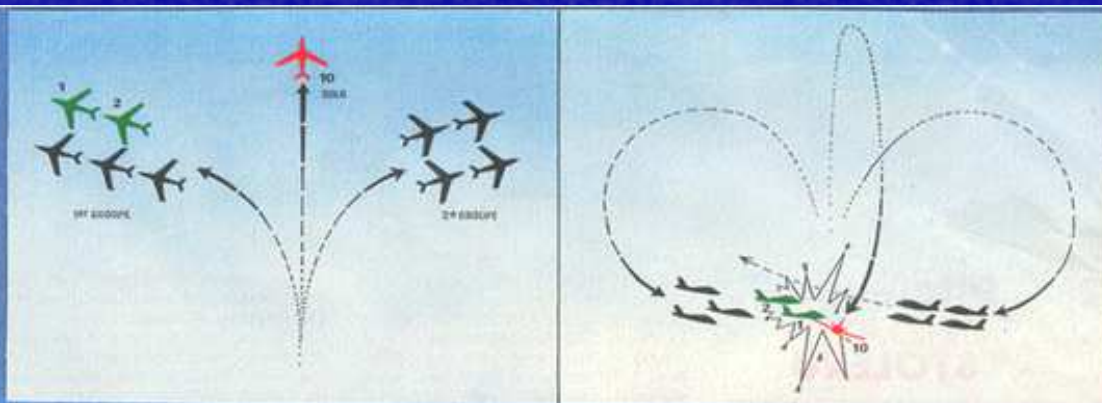
Urgence Collective

Psychologie individuelle et collective

Les comportements des impliqués







Ramstein

1988



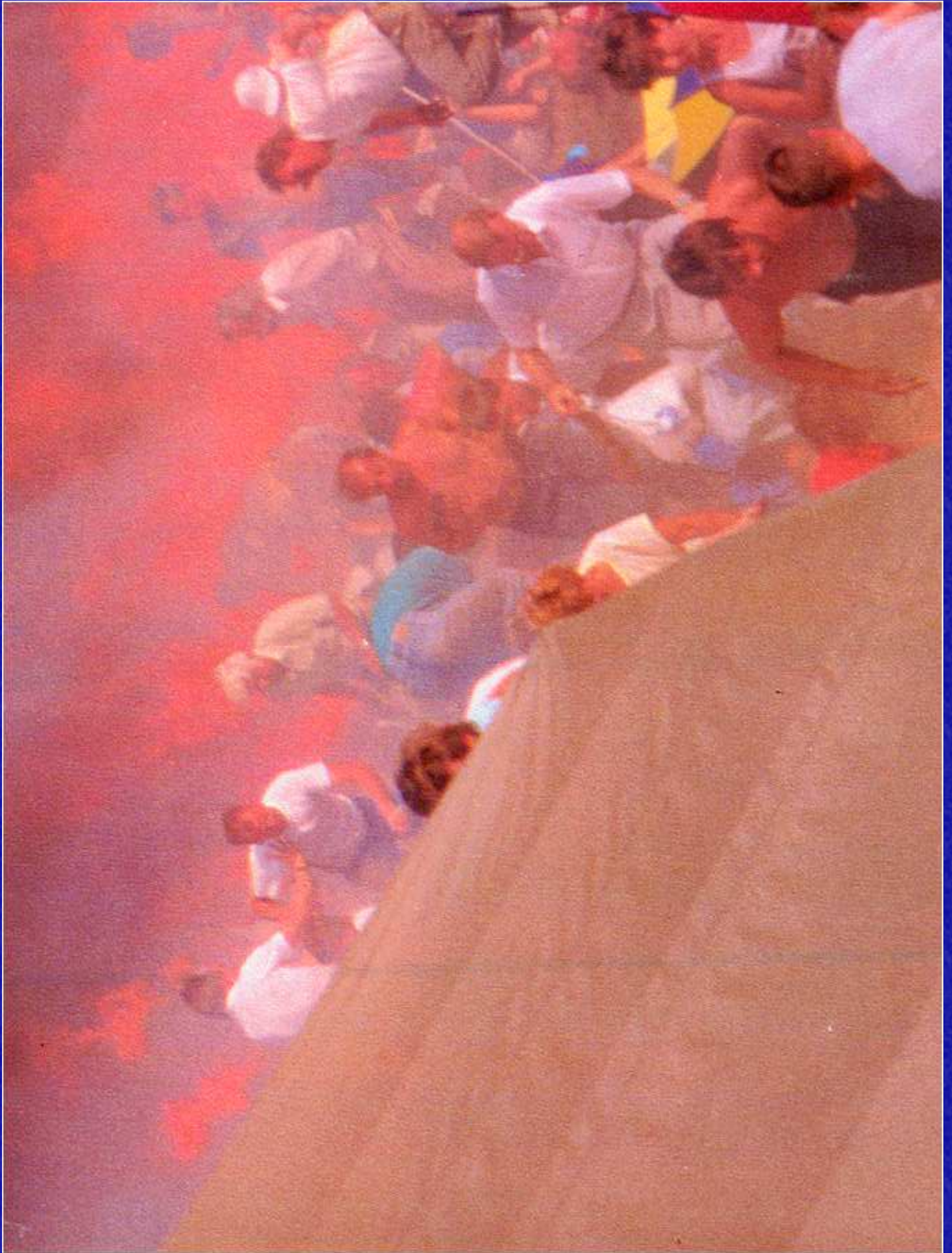
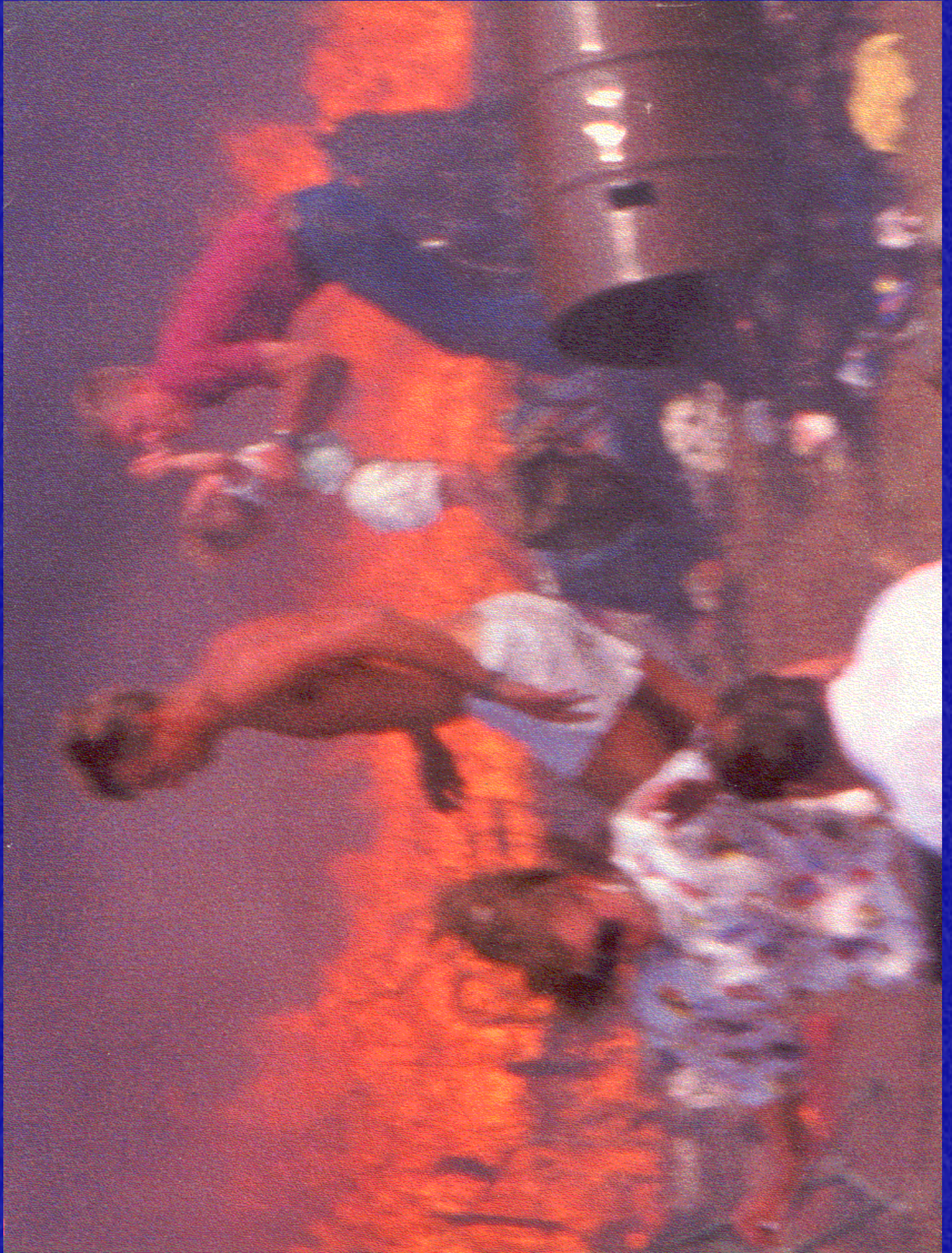




Photo A. Beinat









Urgence Collective

Psychologie individuelle

Les besoins immédiats dépassent les moyens de secours disponibles

- *En termes de santé publique :*
la charge en soins médicaux est telle que les standards normaux de qualité ne peuvent être maintenus

Urgence Collective

Psychologie individuelle

Les besoins immédiats dépassent les moyens de secours disponibles

- ***Le ressenti de la victime :***
chaque victime n'a pas pu disposer des mêmes soins attentifs dont elle aurait bénéficié en situation individuelle

Urgence Collective

Psychologie individuelle

La capacité de réponse de la collectivité est dépassée

- *Implication de la collectivité* : **solidarité spontanée**
- *L'individu dans la collectivité* :
incertitudes → *peur* → *anxiété/angoisse*
→ **victimisation**





Furiani – 3 mai 1992 – 18 morts – 2.357 blessés



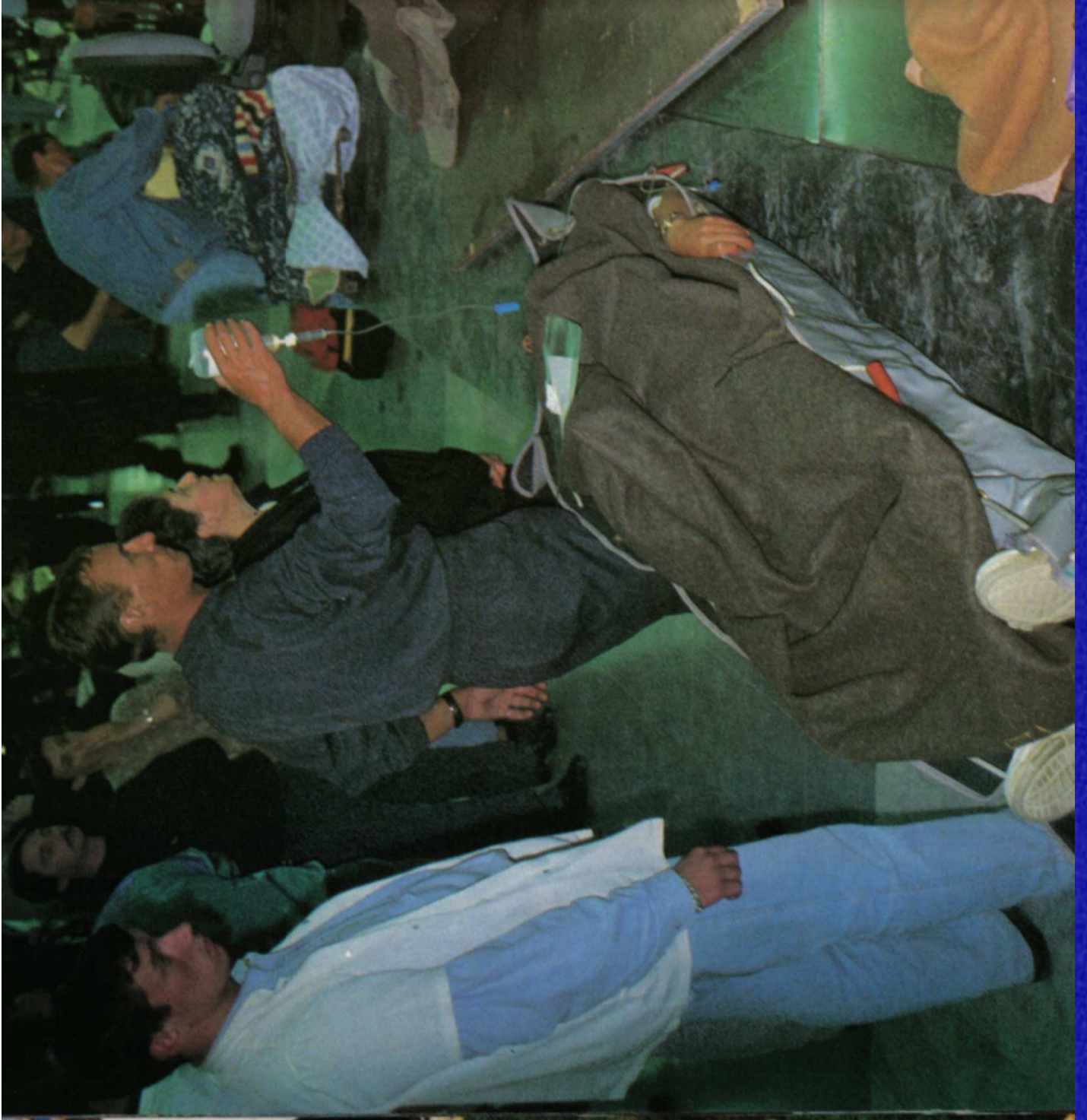
Furiani – 3 mai 1992 – 18 morts – 2.357 blessés







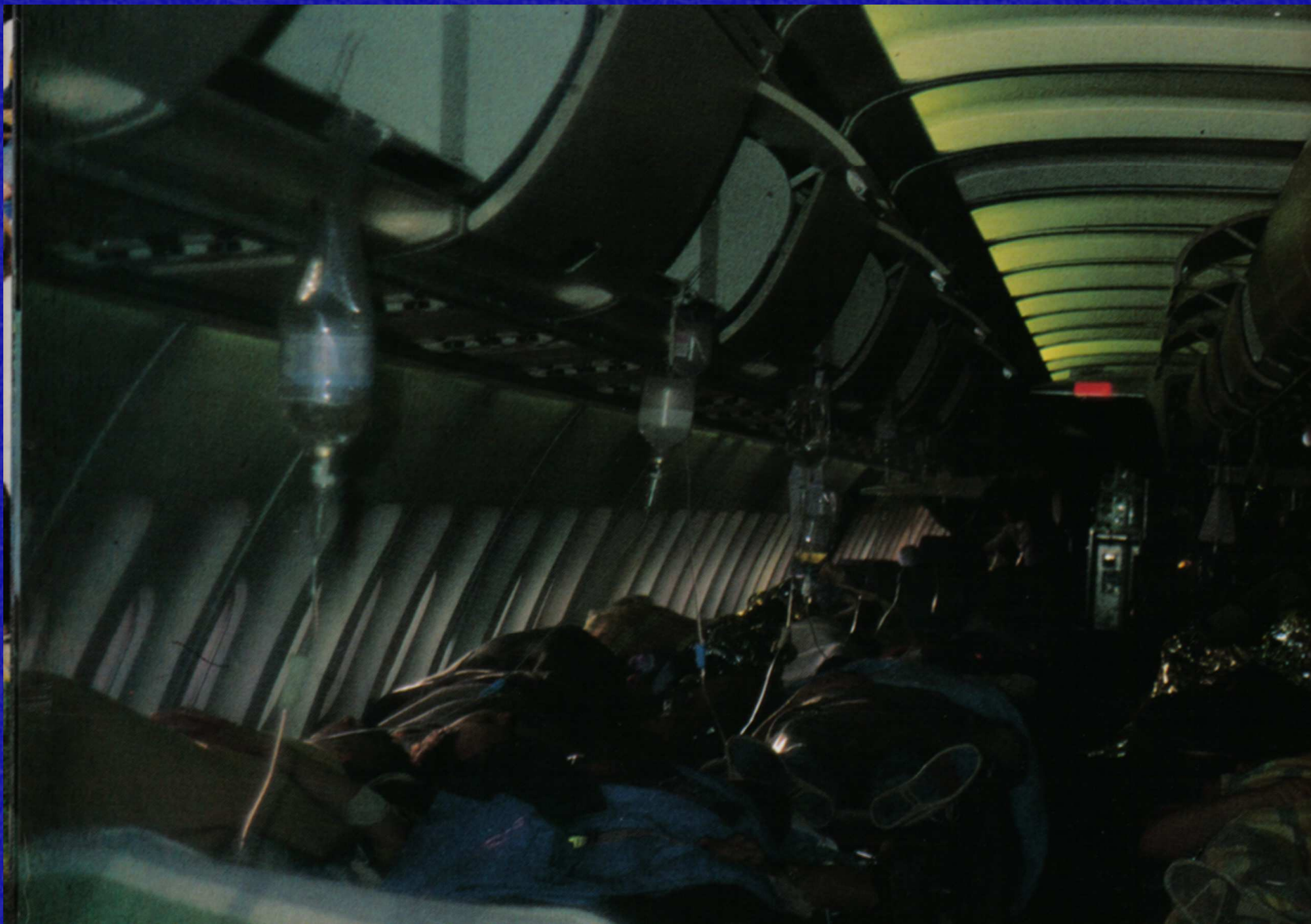






Furiani – 3 mai 1992 – 18 morts – 2.357 blessés



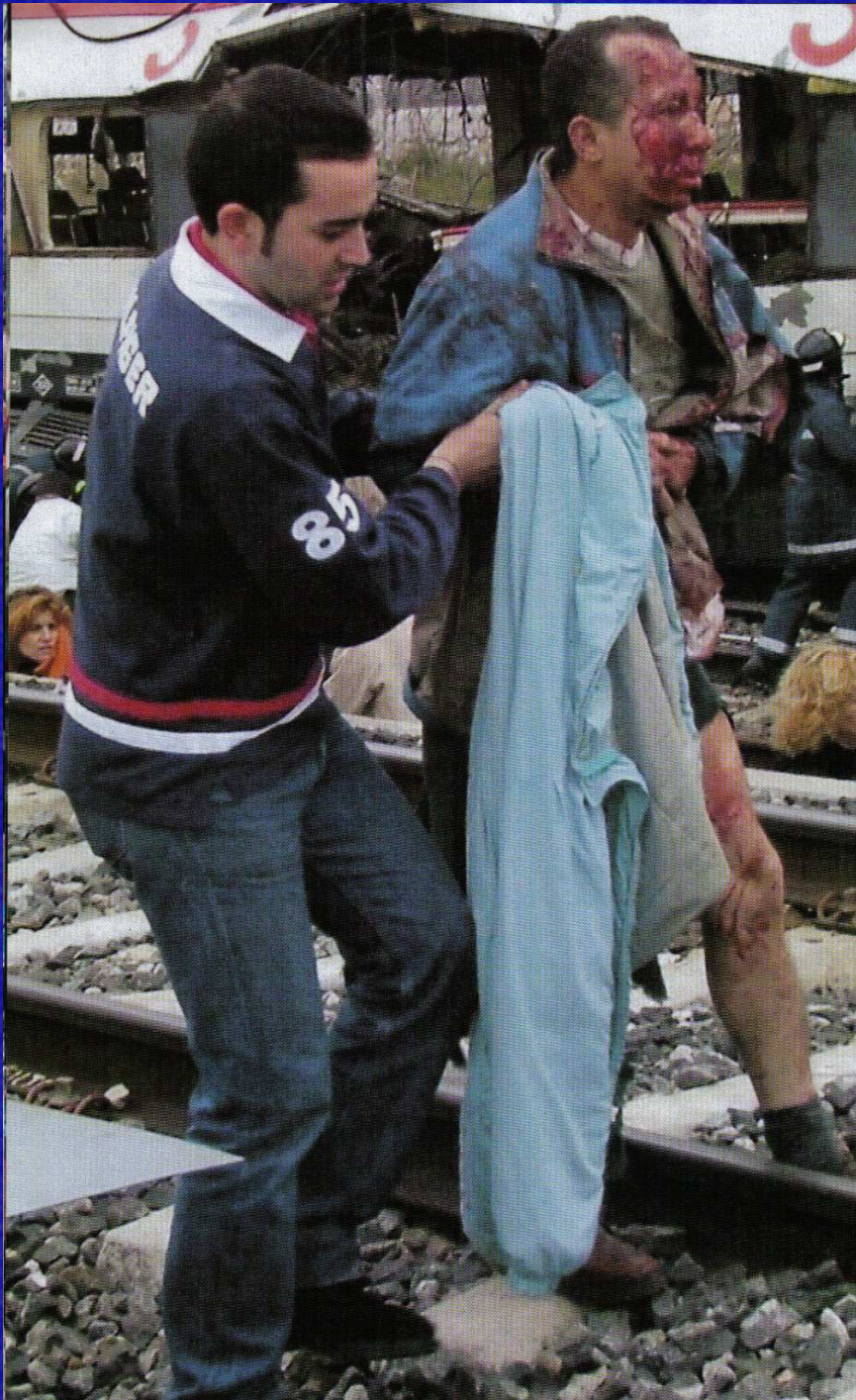


Furiani – 3 mai 1992 – 18 morts – 2.357 blessés



Madrid – 11 mars 2002





Madrid – 11 mars 2002



Madrid – 11 mars 2002



Madrid – 11 mars 2002



Londres – 7 juillet 2005



OGRISH.COM - LONDON BLAST

Londres - 7 juillet 2005



Quelques heures après l'explosion, un journaliste a photographié l'événement. Nul ne sait si le tueur était un suicidé. Mais un témoin, descendu à la station précédente, dit avoir vu un passager fouiller anxieusement dans son sac.

PHOTO STEVE THORNHILL

**Le souffle de la bombe
projette le sang des victimes
jusqu'aux étages de la British
Medical Association**

Londres – 7 juillet 2005



Londres – 7 juillet 2005



**METROPOLITAN
POLICE**

Working together for a safer London



Tous ensemble

Samen

Londres – 7 juillet 2005



OGRISH.COM — LONDON BLAST

Londres — 7 juillet 2005



Londres – 7 juillet 2005



Londres – 7 juillet 2005



Londres – 7 juillet 2005



Londres – 7 juillet 2005



Londres – 7 juillet 2005



Londres – 7 juillet 2005



Londres – 7 juillet 2005

Urgence Collective

Psychologie individuelle

Les besoins immédiats dépassent les moyens de secours disponibles

La capacité de réponse de la collectivité est dépassée

- *L'individu dans la collectivité :*
 - incertitudes → peur → anxiété/angoisse*
 - victimisation*
- *Implication de la collectivité : solidarité spontanée*
- *Le stress de l'intervenant*

CRISE

危機

DANGER

DÉCISION

Danger + incertitudes + urgence
= crise = STRESS AIGU

- **Changement** abrupt des variables-clés d'un système
- **Menace** sur des valeurs essentielles
- Les besoins immédiats **dépassent** les moyens de secours
- Le fonctionnement habituel n'est **pas applicable**
- **Rupture** organisationnelle
- **Incertitude** totale
- **Nécessité** de décisions immédiates

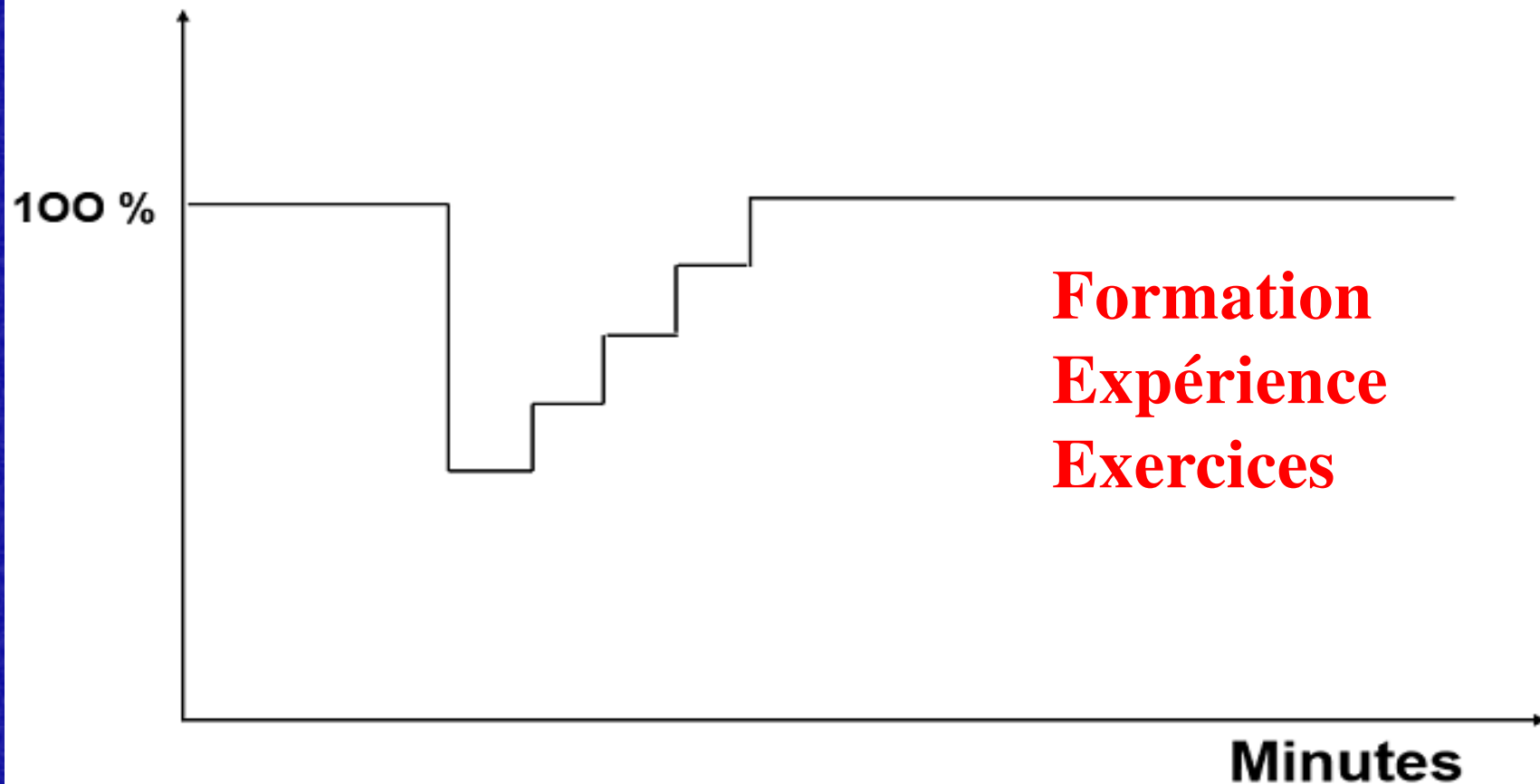
Le stress de l'intervenant

- le chaos
- la dispersion dans l'espace et dans le temps
- l'information fragmentaire, parfois inquiétante
- le sentiment d'impuissance
- l'environnement agressif
- l'empathie pour les victimes
- la médiatisation
- La pression des autorités
- l'impératif de décisions immédiates
- l'absence de formation préalable

Urgence Collective

Psychologie individuelle

La perte de compétence initiale





Video 2 Pentagone



A112Y5 Alamy Images

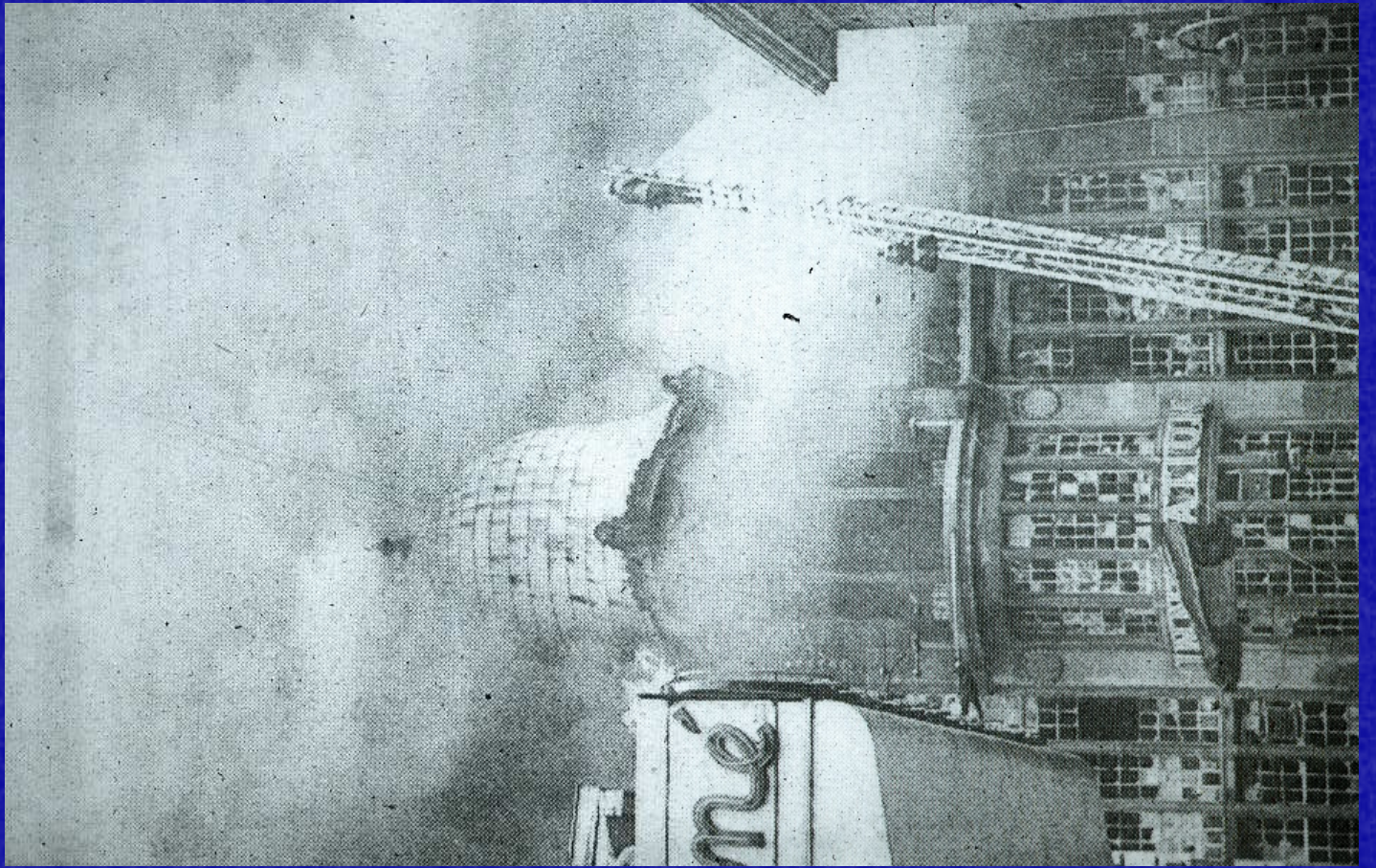


Mannequins en feu dans
la vitrine de l'Inno.

INCENDIE DE L'INNO

Un lundi d'apocalypse

Innovation Bruxelles 1967





Innovation Bruxelles 1967







Innovation Bruxelles 1967

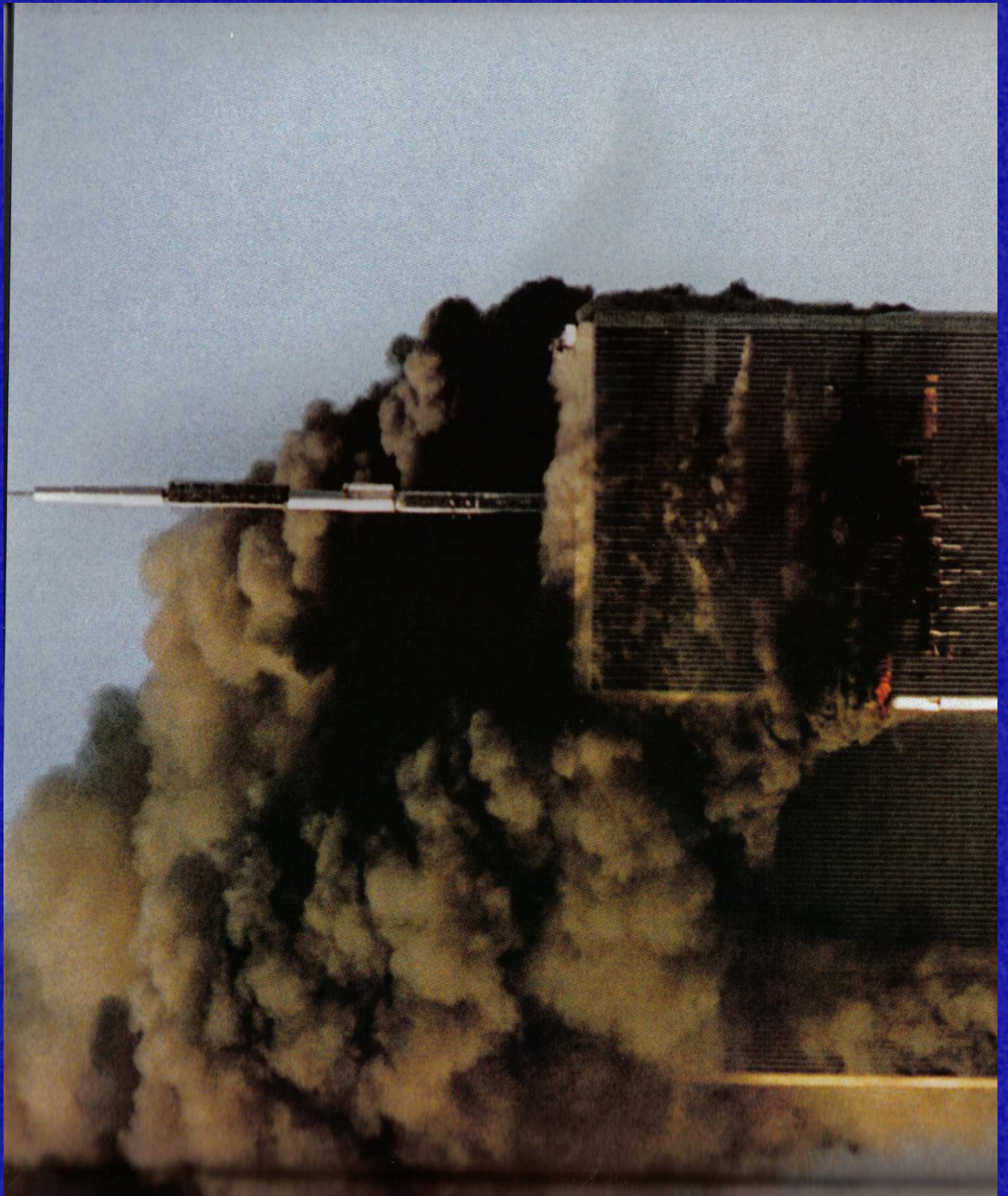


Innovation Bruxelles 1967





New York – 11 sept 2001





New York - 11 sept 2001



New York – 11 sept 2001



New York – 11 sept 2001

Depuis New York 9 – 11, les leçons :

- Radio - communications
 - Mortalité des secours non encadrés
 - Hôpitaux de proximité saturés
 - Communication entre les agences
 - Complexification de la législation
 - ... conflits de compétence
 - La médiatisation de + en + immédiate
 - « Ubérisation » du terrorisme
- ... comprises ?



Heyzel 29 mai 1985



Heyzel 29 mai 1985



Anderlecht mai 2001



Heyzel 29 mai 1985



Heyzel 29 mai 1985



Heyzel 29 mai 1985



Heyzel 29 mai 1985



Heyzel 29 mai 1985

Catastrophe du Heyzel - 29 mai 1985

- Au poste de soins :
 - environ 500 blessés
 - 36 morts
- Env. 300 personnes adressées aux hôpitaux
 - 2 décès quasi – immédiats + 1 décès ultérieur
 - 64 hospitalisations
 - Traumas crâniens : 8
 - Coma post-anoxique : 15
 - Lésions de compression thoracique : 15
 - Lésions membres inférieurs : 13

Prépondérance de mono-traumatismes

La différence entre l'Urgence individuelle et l'Urgence collective est une différence de GENRE

➤ Le changement d'échelle

- nombre de victimes, d'intervenants, de moyens
→ une organisation et une hiérarchie
- cinétique décalée : besoins >>> moyens
- psychologie individuelle et psychologie de foule

➤ La prise en charge médicale adaptée

De nouveaux modes opératoires :

- légitimité du **TRIAGE**
- pas de soins définitifs - **mise en condition** d'évacuation
- la **régulation** des évacuations : hôpitaux CHOISIS

➤ L'intégration interdisciplinaire

- autres disciplines
- moyens médico-sanitaires ordinaires et extra-ordinaires
- les problèmes spécifiques

Urgence Collective

De **nouveaux** modes opératoires

- La fonction **Dir-Med** :
UN commandement opérationnel
- Une étape indispensable AVANT l'évacuation :
le concept de **Poste Médical Avancé**
 - **TRIAGE** , identification , étiquetage
 - PAS de soins définitifs sur le terrain,
mais une **mise en condition** d'évacuation
- La **régulation** des évacuations :
 - le **CHOIX** des hôpitaux de destination et des moyens d'évacuation



De nouveaux modes opératoires

La fonction **Dir-Med**

- **Autorité fonctionnelle interne**
 - Equipes médicales SMUR
 - Renforts extra-hospitaliers
- **Interlocuteur responsable**
 - Vis-à-vis des autres disciplines

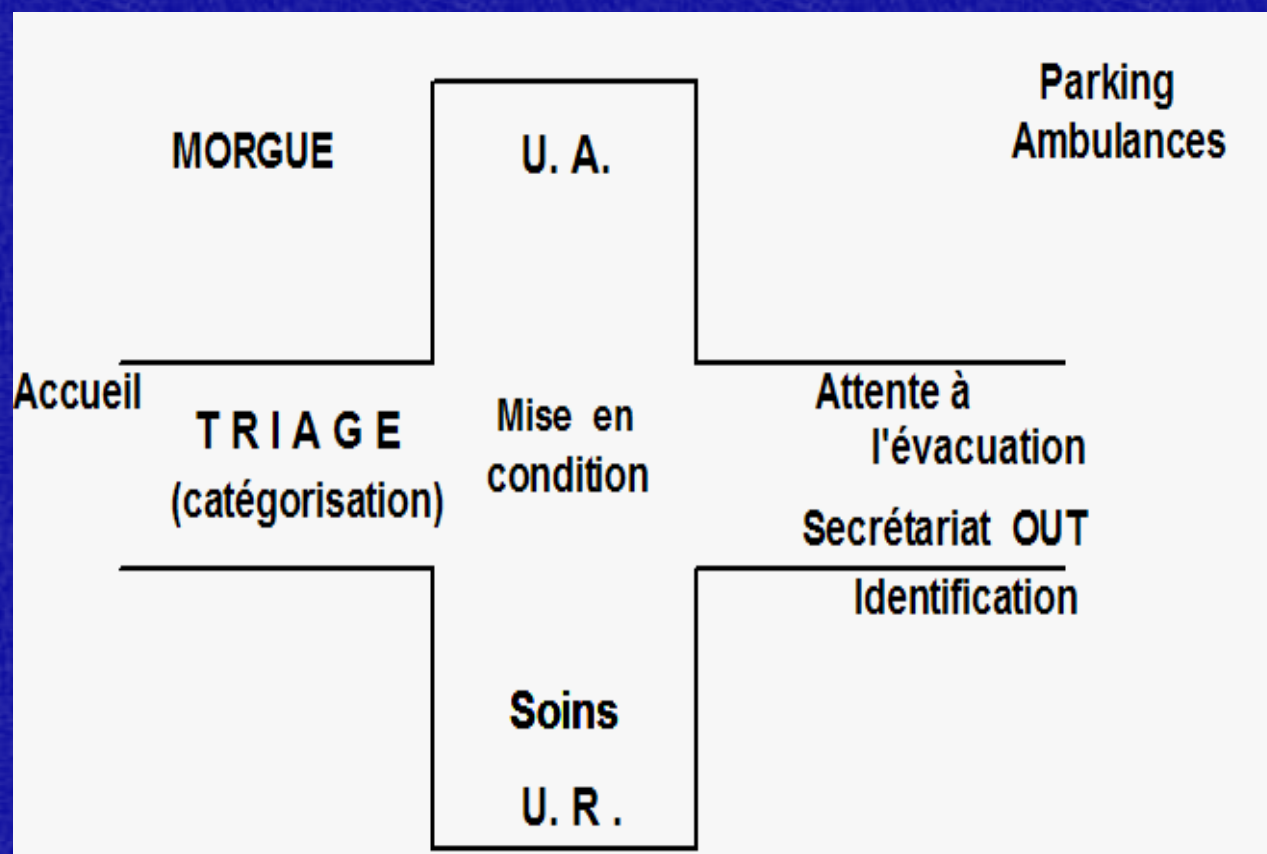
De nouveaux modes opératoires

Le concept du Poste Médical Avancé

- Entonnoir obligatoire :
 - **Regroupement** et canalisation de TOUTES les victimes
- Recensement et **identification**
- **Triage** :
 - Catégorisation de l'urgence à l'évacuation
- Mise en condition d'évacuation :
 - **Gestes de survie et soins élémentaires**
- **Régulation** des évacuations
- **Tampon** vis-à-vis des hôpitaux

Le Poste Médical Avancé

CONCEPT fonctionnel



Idéalement :

- hors du danger immédiat
- hors risque évolutif potentiel
- proche du site (cfr brancardage)
- voies d'accès aisées (sens uniques)
- espace suffisant
- à l'abri si possible
- moyens de (télé)-communication



Paris – Métro St Michel
25 juillet 1985



Paris – Métro St Michel
25 juillet 1985



Paris – Métro St Michel
25 juillet 1985



Paris – Métro St Michel 25 juillet 1985



Ghislenghien - 30 juillet 2004



Ghislenghien - 30 juillet 2004



Ghislenghien – 30 juillet 2004



Ghislenghien – 30 juillet 2004



Ghislenghien - 30 juillet 2004

La différence entre l'Urgence individuelle et l'Urgence collective est une différence de GENRE

➤ Le changement d'échelle

- nombre de victimes, d'intervenants, de moyens
→ une organisation et une hiérarchie
- cinétique décalée : besoins >>> moyens
- psychologie individuelle et psychologie de foule

➤ La prise en charge médicale adaptée

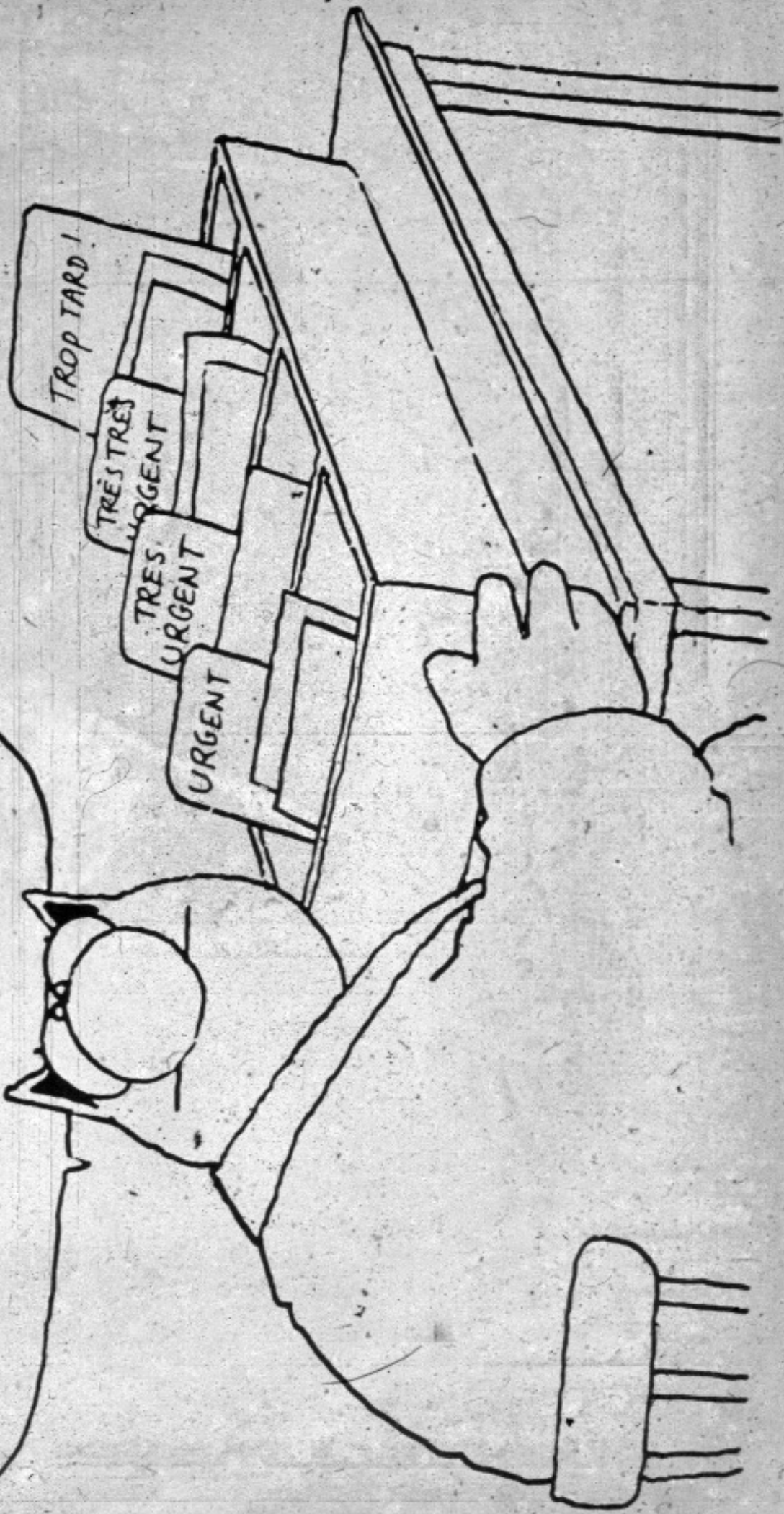
Des nouveaux modes opératoires :

- légitimité du TRIAGE
- _pas de soins définitifs - mise en condition d'évacuation
- la régulation des évacuations : hôpitaux CHOISIS

➤ L'intégration interdisciplinaire

- autres disciplines
- moyens médico-sanitaires ordinaires et extra-ordinaires
- les problèmes spécifiques

J'ADOpte UN NOUVEAU
SYSTEME DE CLASSEMENT
DU TRAVAIL A FAIRE



Le tri qui CHASSE,

dès l'arrivée des premiers secours

Systeme binaire qui distingue
les « graves » des « pas graves »

Systeme START

Simple Triage And Rapid Treatment

FICHE D'ACTION AMBULANCIER

L'urgence collective :

Événement exceptionnel : la situation de catastrophe - l'accident majeur.

Il s'agit d'une situation où les moyens normaux de l'Aide Médicale Urgence sont insuffisants, et qui vont nécessiter des renforts et une organisation particulière des secours. En pratique, cette situation est définie par la présence de plus de 500 blessés graves ou la mise en jeu de 1000 blessés.

CONSEILS AUX PREMIERS AMBULANCIERS SUR PLACE

- Vous découvrez que l'accident n'est pas habituel et/ou qu'il y a de nombreux blessés.
 - Dès votre arrivée sur place, informez le centre de secours 100 du caractère inhabituel, exceptionnel de la situation.

L'information prime l'action.

- Gardez votre véhicule.
 - Tenez du danger
 - sans bloquer la voie d'accès
- Vous faites rapidement le bilan de la situation.
 - type d'accident
 - localisation et adresse exacte
 - nombre approximatif de blessés
 - particularités de la situation
 - risques particuliers

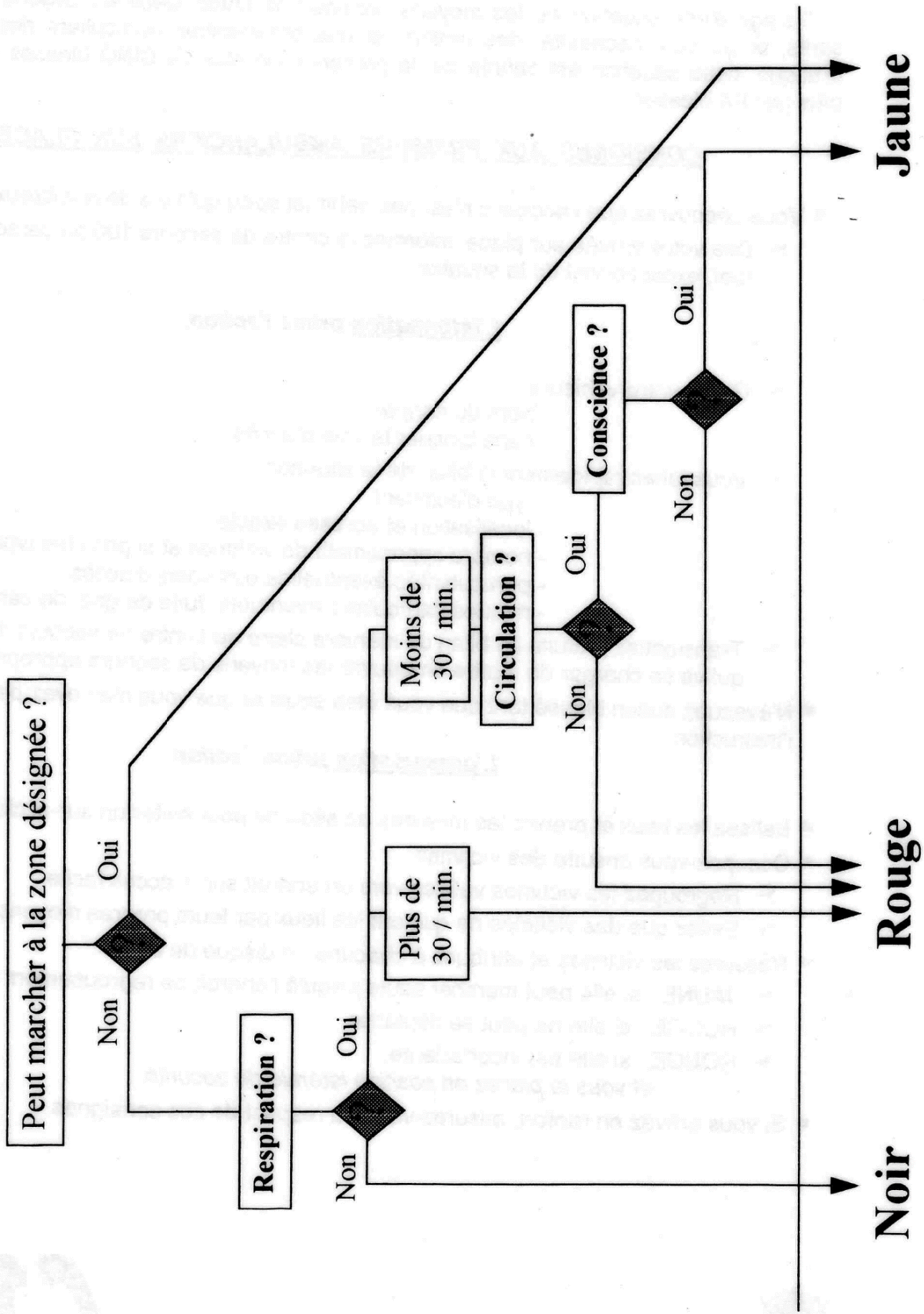


Schwartz

Roi



REGLES DE TRI AU RELEVAGE





Wandre 1993 – 2 morts – 37 blessés – 8 U1



Wandre 1993 – 2 morts – 37 blessés – 8 U1

Available
capacity



Resources needed for complete primary treatment



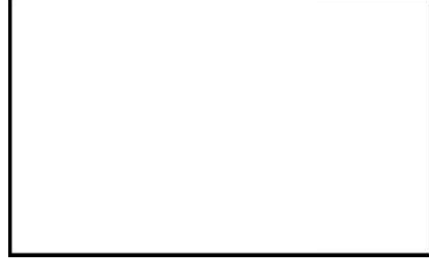
Burn injury 90%



Fracture
lower limb



Abdominal
injury, bleeding



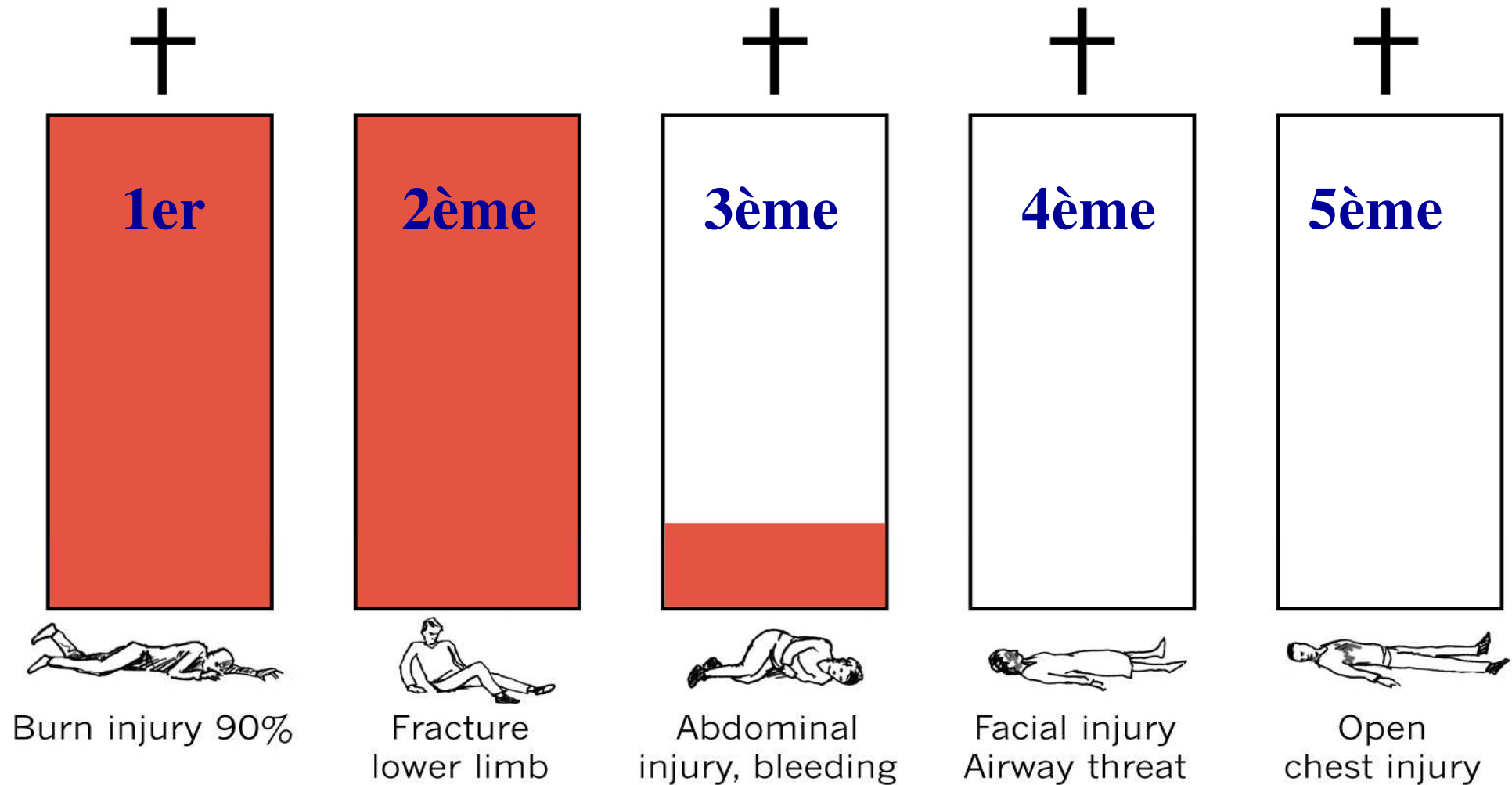
Facial injury
Airway threat



Open
chest injury

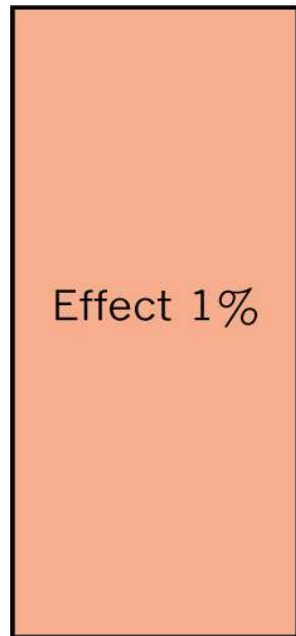
Management without setting priorities

Mortality 80%



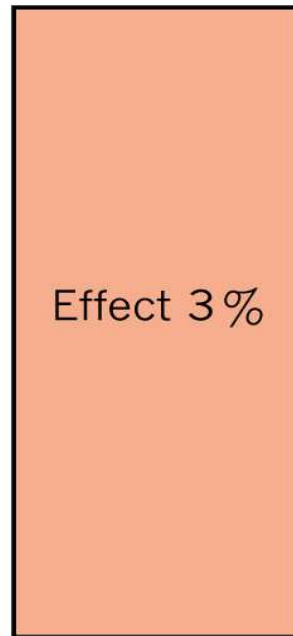
Effect of treatment on survival

5ème



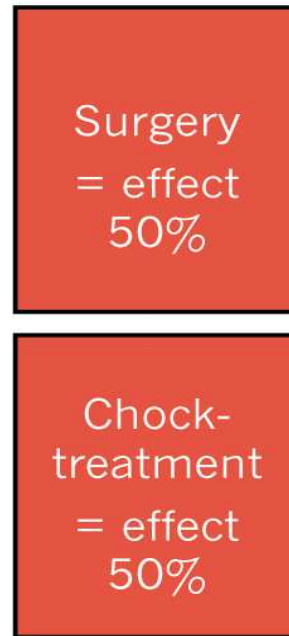
Burn injury 90%

4ème



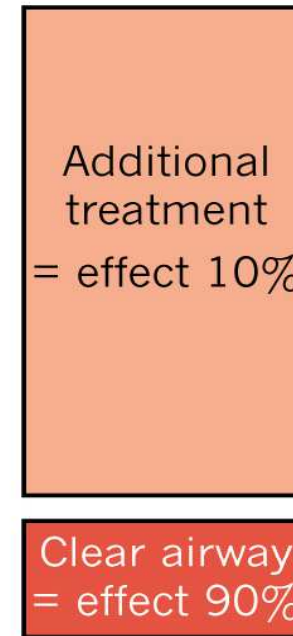
Fracture lower limb

3ème



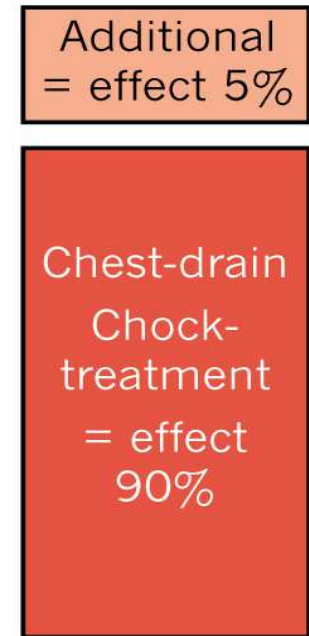
Abdominal injury, bleeding

1er



Facial injury
Airway threat

2ème



Open chest injury

Survival after effect-related setting of priorities

Mortality 20%

+

~~Effect 1%~~



Burn injury 90%

~~Effect 3%~~



Fracture lower limb

Surgery = effect 50%



Abdominal injury, bleeding

Chock-treatment = effect 50%

~~Additional treatment = effect 10%~~

Clear airway = effect 90%



Facial injury
Airway threat

~~Additional = effect 5%~~

Chest-drain Chock-treatment = effect 90%



Open chest injury

Objectifs du TRIAGE

- VOIR TOUTES les victimes
AVANT d'en soigner UNE
- Pour CHAQUE victime :
 - Attribuer une PRIORITÉ à L'ÉVACUATION
 - Permettre une MISE en CONDITION avant évacuation
 - Déterminer l' HÔPITAL ADÉQUAT

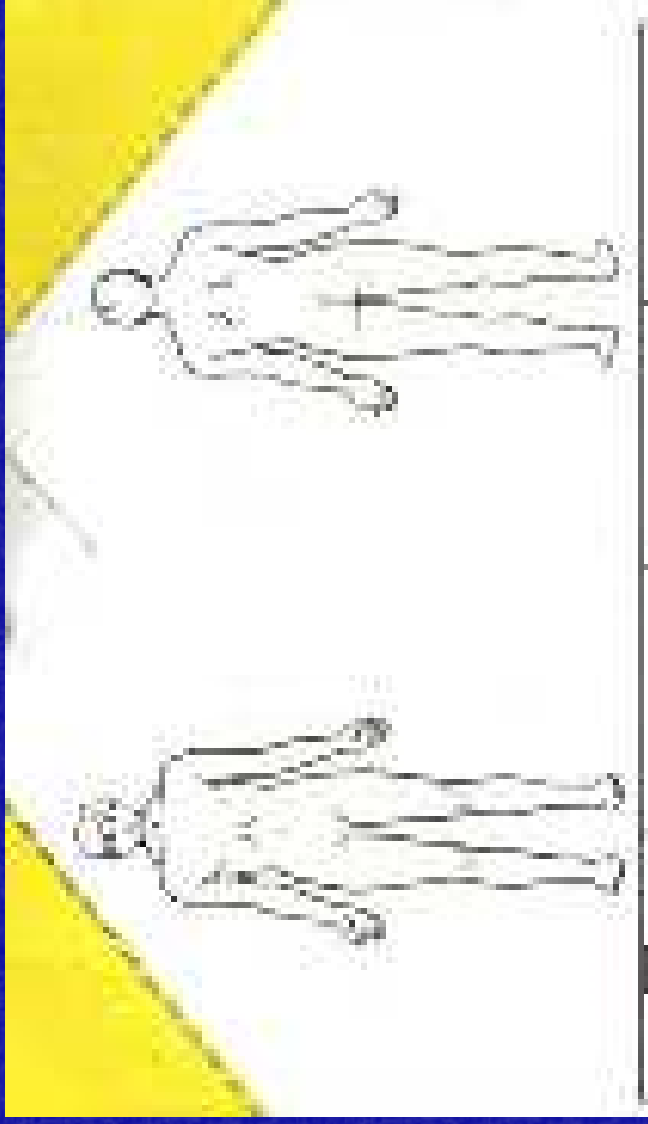
Le tri qui CLASSE :

catégorisation médicale au P.M.A.

- **Urgences ABSOLUES** = risque vital ou fonctionnel
 - *E.U.* = gestes vitaux immédiats indispensables à la survie
(transformés en U 1 sur place sous peine de décéder)
 - **U.1** = menacés par une décompensation rapide sans trt
- **Urgences RELATIVES** = absence de risque vital
 - **U.2** = demandent des gestes de stabilisation
 - **U.3** = ne demandent que des soins légers

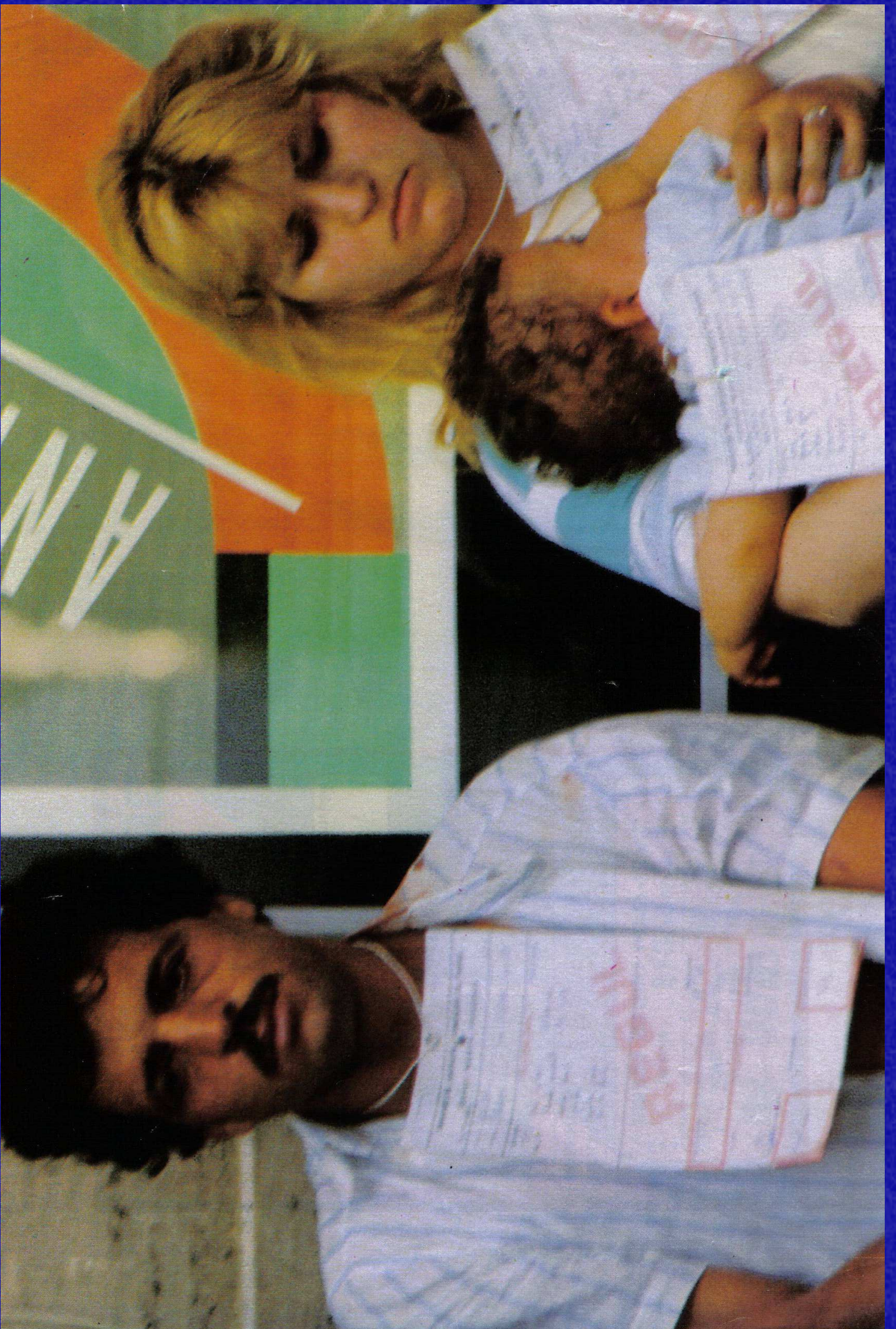
The board game board consists of several distinct sections:

- Yellow Top Section:** Contains a red cross icon on the left and a hospital van icon on the right. A wooden peg is inserted into a hole in the center.
- White Middle Section:** Features two human figures, one on the left and one on the right. Below them is a grid with four rows and four columns. The first column contains icons: a sand timer, a stethoscope, a hand, and a head. The second and third columns each contain a diagonal slash (/). The fourth column is empty.
- Bottom Section:** Four horizontal tracks with different colors and symbols:
 - Black Track:** Labeled with '0' at both ends and a white arrow pointing right in the center.
 - Red Track:** Labeled with 'I' at both ends and a black rabbit icon in the center.
 - Yellow Track:** Labeled with 'II' at both ends and a black turtle icon in the center.
 - Green Track:** Labeled with 'III' at both ends and a black hospital van icon with a red cross in the center.

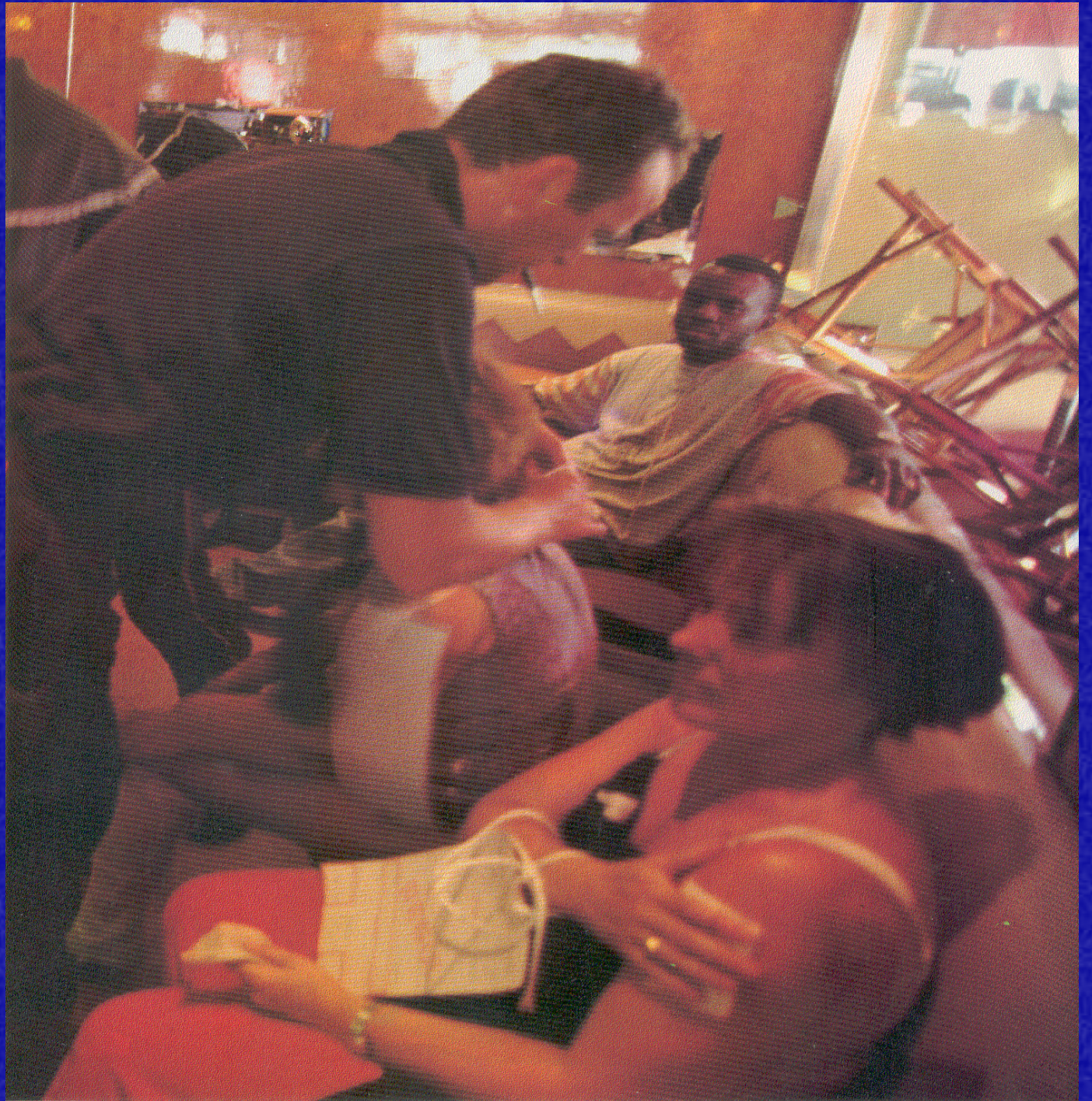




Buizingen 15 fév.2010



Paris – Métro St Michel
25 juillet 1985



De nouveaux modes opératoires

Pas de soins définitifs

Mise en condition d'évacuation

- Techniques élémentaires
- Gestes de stabilisation
- Analgésie
- Protection des plaies
- Surveillance appropriée

Pathologies inhabituelles

Grand s brûlé s

Poly traumatisé s

compliquées

par un état de choc

La différence entre l'Urgence individuelle et l'Urgence collective est une différence de GENRE

➤ Le changement d'échelle

- nombre de victimes, d'intervenants, de moyens
→ organisation hiérarchique
- cinétique décalée : besoins >>> moyens
- psychologie individuelle et psychologie de foule

➤ La prise en charge médicale adaptée

Des nouveaux modes opératoires :

- légitimité du triage
- pas de soins définitifs - mise en condition d'évacuation
- la régulation des évacuations : hôpitaux CHOISIS

➤ L'intégration interdisciplinaire

- autres disciplines
- moyens médico-sanitaires ordinaires et extra-ordinaires
- les problèmes spécifiques



Martelange 31 août 1967 - 22 morts – 47 blessés





Buizingen 15 février 2010



Buizingen 15 fév.2010



Buizingen 15 fév.2010



Maelbeek 22 mars 2016

Plan M.A.S.H. : A.R. du 17 oct 1991 – M.B. du 6 déc 1991

27504

MONITEUR BELGE — 06.12.1991 — BELGISCH STAATSBLAD

MINISTÈRE DE LA SANTÉ PUBLIQUE ET DE L'ENVIRONNEMENT ET MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR

F. 91 — 3597

17 OCTOBRE 1991. — Arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre

BAUDOIN, Roi des Belges.

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi sur les hôpitaux coordonnée le 7 août 1987, notamment l'article 68;

Vu la loi du 31 décembre 1963 sur la protection civile, notamment l'article 2, alinéa 1er;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 fixant des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, modifié par les arrêtés royaux du 15 avril 1965, 16 septembre 1966, 12 janvier 1970, 15 février 1974, 24 avril 1974, 13 juin 1974, 29 mars 1977, 1^{er} décembre 1977, 19 octobre 1978, 18 juillet 1980, 12 avril 1984, 25 juin 1985, 2 août 1985, 7 juillet 1986, 14 août 1987, 15 août 1987, 7 novembre 1988 et 4 mars 1991;

Vu l'avis du Conseil national des établissements hospitaliers, Section Programmation et Agrément, donné le 13 juin 1991;

Vu l'avis du Conseil d'Etat;

Sur la proposition de Notre Ministre des Affaires sociales et de Notre Ministre de l'Intérieur,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1er. Dans l'annexe à l'arrêté royal du 23 octobre 1964, modifié par les arrêtés royaux du 15 avril 1965, 16 septembre 1966, 12 janvier 1970, 15 février 1974, 24 avril 1974, 13 juin 1974, 29 mars 1977, 1^{er} décembre 1977, 19 octobre 1978, 18 juillet 1980, 12 avril 1984, 25 juin 1985, 2 août 1985, 7 juillet 1986, 14 août 1987, 15 août 1987, 7 novembre 1988 et 4 mars 1991, le point III de la rubrique « A. Normes générales applicables à tous les établissements » est complété par un 14^e, rédigé comme suit :

« 14. Chaque hôpital doit disposer d'un plan d'action pour faire face aux accidents majeurs internes.

En outre, chaque hôpital, à l'exception des hôpitaux psychiatriques, des hôpitaux qui disposent exclusivement de services pour le traitement de malades atteints d'affections de longue durée (indice V) et des hôpitaux qui disposent uniquement des services spécialisés (indice S), combinés ou non à des services V susmentionnés ou à des services d'hospitalisation normale (indice H), ou à des services neuropsychiatriques pour le traitement de malades duites (indice T), doit disposer d'un plan d'action pour faire face aux accidents majeurs à l'extérieur de l'hôpital.

Dans chaque hôpital et sous la direction du médecin en chef, un comité permanent doit être chargé de la rédaction, de l'actualisation et de la validation du plan.

Ce plan, qui porte le titre générique de « Mise en alerte des services hospitaliers », doit être soumis pour approbation au gouverneur de la province dans laquelle l'institution est située. Le plan doit porter sur les questions suivantes :

a) la constitution, la composition et le fonctionnement d'une cellule de coordination et de commandement chargée de diriger les opérations, de collecter l'information relative à l'accident, de décider du niveau de riposte de l'institution, de l'adaptation éventuelle du plan et d'assurer les relations avec les familles, les autorités et la presse;

b) les niveaux, les phases et leurs effectifs respectifs de la mobilisation interne, les modes et moyens logistiques de la riposte ainsi que la désignation des personnes autorisées à décider du déploiement du plan ou d'une de ses phases;

c) la désignation des locaux destinés au triage, à la surveillance et au traitement des victimes en fonction du degré d'urgence, ainsi que ceux réservés à la presse, aux familles, aux autorités et aux dévoués mortelles;

d) les modalités d'identification des victimes;

e) le tableau organique, les modalités de travail et de réaffectation des personnels en fonction du niveau et de la phase de riposte concernée;

MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID EN LEEFMILIEU EN MINISTERIE VAN BINNENLANDSE ZAKEN

N. 91 — 3597

17 OKTOBER 1991. — Koninklijk besluit tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd

BOUDEWIJN, Koning der Belgen,

Aan allen die nu zijn en hierna wezen zullen, Onze Groot.

Gelet op de wet op de ziekenhuizen, gecoördineerd op 7 augustus 1987, inzonderheid op artikel 68;

Gelet op de wet van 31 december 1963 betreffende de civiele bescherming, inzonderheid op artikel 2, eerste lid;

Gelet op het koninklijk besluit van 23 oktober 1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd, gewijzigd door de koninklijke besluiten van 15 april 1965, 16 september 1966, 12 januari 1970, 15 februari 1974, 24 april 1974, 13 juni 1974, 29 maart 1977, 1 december 1977, 19 oktober 1978, 18 juli 1980, 12 april 1984, 25 juni 1985, 2 augustus 1985, 7 juli 1986, 14 augustus 1987, 15 augustus 1987, 7 november 1988 en 4 maart 1991;

Gelet op het advies van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen, Afdeling Programmatie en Erkenning, gegeven op 13 juni 1991;

Gelet op het advies van de Raad van State;

Op de voordracht van Onze Minister van Sociale Zaken en van Onze Minister van Binnenlandse Zaken,

Hebben Wij besloten en besluiten Wij :

Artikel 1. In de bijlage bij het koninklijk besluit van 23 oktober 1964, gewijzigd bij de koninklijke besluiten van 15 april 1965, 16 september 1966, 12 januari 1970, 15 februari 1974, 24 april 1974, 13 juni 1974, 29 maart 1977, 1 december 1977, 19 oktober 1978, 18 juli 1980, 12 april 1984, 25 juni 1985, 2 augustus 1985, 7 juli 1986, 14 augustus 1987, 15 augustus 1987, 7 november 1988 en 4 maart 1991, wordt punt III van de rubriek « A. Algemene normen die op al de inrichtingen toepasselijk zijn » aangevuld met een 14^e, luidend als volgt :

« 14. Ieder ziekenhuis moet beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen binnen het ziekenhuis.

Daarenboven moet ieder ziekenhuis, met uitzondering van de psychiatrie ziekenhuizen, de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over diensten voor de behandeling van zieken die lijden aan langdurige aandoeningen (kenletter V) en de ziekenhuizen die uitsluitend beschikken over gespecialiseerde diensten (kenletter S), al of niet samen met hierboven bedoelde V-diensten of diensten voor gewone hospitalisatie (kenletter H) of diensten neuro-psychiatrie voor behandeling van volwassen patiënten (kenletter T), beschikken over een actieplan om het hoofd te bieden aan grote ongevallen buiten het ziekenhuis.

In ieder ziekenhuis dient een permanent comité, onder leiding van de hoofdgeneesheer, belast te worden met het opstellen, het actualiseren en het valideren van het plan.

Dit plan met als titel « Alarmen van de ziekenhuisdiensten » moet voor goedkeuring worden voorgelegd aan de gouverneur van de provincie waarin het ziekenhuis gelegen is. Het plan moet op volgende aangelegenheden betrekking hebben :

a) de oprichting, de samenstelling en de werking van een coördinatie- en commandocel belast met het leiden van de operaties, het verzamelen van informatie inzake het ongeval, het beslissen over het reactievermogen van de instelling, het eventueel aanpassen van het plan en het instaan voor de betrekkingen met de families, de overheden en de pers;

b) de niveaus, de fasen met hun respectievelijk personeelseffectiviteit van de interne mobilisatie, de procedures en de logistieke actiemiddelen evenals de aanwijzing van de personen bevoegd om over de toepassing van het plan of één van zijn fasen te beslissen;

c) de aanwijzing van de lokalen, bestemd voor de triage, het toezicht op en de behandeling van de slachtoffers volgens de urgentiegraad, evenals van de lokalen voor de pers, de familieleden, de overheid en de stoffelijke overschotten;

d) de voorschriften ter identificering van de slachtoffers;

e) het organogram, de manier van werken en de aanwijzing van de personeelsleden naargelang van het actieniveau en de betrokken actiefase;

Plan d'Urgence Hospitalier 20 janvier 2017

MONITEUR BELGE — 06.12.1991 — BELGISCH STAATSBLAD

27505

f) la liste d'une part des médecins et de toutes les catégories d'agents hospitaliers qui doivent être appelables et immédiatement disponibles et d'autre part des médecins et de toutes les catégories d'agents qui sont appelables, ainsi que les modalités de ces rappels;

g) les dispositions logistiques de déploiement du plan et en particulier la mise en œuvre de matériels, médicaments et réserves, les dispositions en matière de réserves de sang et dérivés ainsi que les dispositions concernant le service d'urgence, le service de traitement intensif, le quartier opératoire, le service de radiologie et le laboratoire;

h) les mesures de protection des victimes, du personnel, des locaux et du matériel en cas de contamination ainsi que les procédures et les techniques de décontamination à suivre;

i) les modalités en matière de circulations internes et de contrôle des abords de l'institution;

j) les modalités pratiques d'organisation d'une cellule d'accueil et d'accompagnement psycho-social des familles;

k) la possibilité d'étendre l'ensemble des moyens de communication, d'en développer les réseaux et de centraliser la réception et la diffusion des informations;

l) les modalités en matière de coopération avec l'autorité communale et provinciale en vue de l'insertion de l'institution dans les dispositifs des plans communaux ou provinciaux de secours visés par la législation sur la protection civile;

m) le descriptif du déploiement du plan sous forme d'un tableau synoptique;

n) un manuel regroupant les fiches de consignes destinées aux différents types de services et de personnels hospitaliers;

o) les moyens dévolus à la formation des médecins et de tous les personnels;

p) les modalités et périodicité des exercices permettant de valider le plan ou de l'adapter;

q) les modalités retenues pour la mise à l'abri, l'évacuation interne ou externe des patients hospitalisés et du personnel;

r) la capacité d'accueil de victimes exprimée en capacité réelle de prise en charge et de traitement, ainsi que la capacité d'hébergement.

Chaque service et chaque membre du personnel doit disposer des fiches de consignes le concernant et doit également être informé de sa mission dans le cadre de ce plan.

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} janvier 1992.

Art. 3. Notre Ministre des Affaires sociales et Notre Ministre de l'Intérieur sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 17 octobre 1991.

BAUDOIN

Par le Roi :

Le Ministre des Affaires Sociales,

Ph. BUSQUIN

Le Ministre de l'Intérieur,

L. TOBACK

BOUDEWIJN

Van Koningswege :

De Minister van Sociale Zaken,

Ph. BUSQUIN

De Minister van Binnenlandse Zaken,

L. TOBACK

f) de lijst van enerzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën van het ziekenhuis die oproepbaar en meteen beschikbaar moeten zijn en anderzijds de geneesheren en alle personeelscategorieën die oproepbaar zijn, evenals de terzake geldende oproepmodaliteiten;

g) de logistieke maatregelen voor de toepassing van het plan en in het bijzonder het inzetten van materieel, geneesmiddelen en noodvoorraden, de maatregelen inzake bloed- en derivatenvoorraden evenals de maatregelen met betrekking tot de spoedgevallendienst, de dienst voor intensieve behandeling, het operatiekwartier, de radiologiedienst en het laboratorium;

h) de maatregelen ter bescherming van de slachtoffers, het personeel, de lokalen en het materiaal in geval van besmetting evenals de te volgen decontaminatieprocedures en -technieken;

i) de voorschriften inzake de interne circulatie en het controleren van de onmiddellijke omgeving van de instelling;

j) de praktische werking van een cel voor de opvang en psychosociale begeleiding van de families;

k) de mogelijkheid om de communicatiemiddelen uit te breiden, om communicatienetwerken uit te bouwen en om de ontvangst en de verspreiding van informatie te centraliseren;

l) de voorschriften betreffende de samenwerking met de gemeentelijke en provinciale overheid met het oog op de integratie van de instelling in de gemeentelijke of provinciale hulpplannen, zoals bepaald door de wetgeving betreffende de civiele bescherming;

m) de beschrijving van de aanwending van het plan in de vorm van een synoptische tabel;

n) een handleiding met de instructiefiches bestemd voor de verschillende soorten ziekenhuisdiensten en -personeel;

o) de middelen voor de opleiding van geneesheren en alle personeelsleden;

p) de nadere bepalingen omtrent en de periodiciteit van de oefeningen om validering of aanpassing van het plan mogelijk te maken;

q) de voorschriften inzake het in veiligheid brengen, de interne en externe evacuatie van de opgenomen patiënten en van het personeel;

r) de capaciteit om slachtoffers op te vangen uitgedrukt in reële verzorgings- en behandelingscapaciteit, evenals de huisvestingscapaciteit.

Iedere dienst en ieder personeelslid moet beschikken over de instructiefiches die hem aanbelangen en dient eveneens ingelicht te zijn over zijn opdracht binnen dit plan.

Art. 2. Dit besluit treedt in werking op 1 januari 1992.

Art. 3. Onze Minister van Sociale Zaken en Onze Minister van Binnenlandse Zaken zijn, ieder wat hem betreft, belast met de uitvoering van dit besluit.

Gegeven te Brussel, 17 oktober 1991.

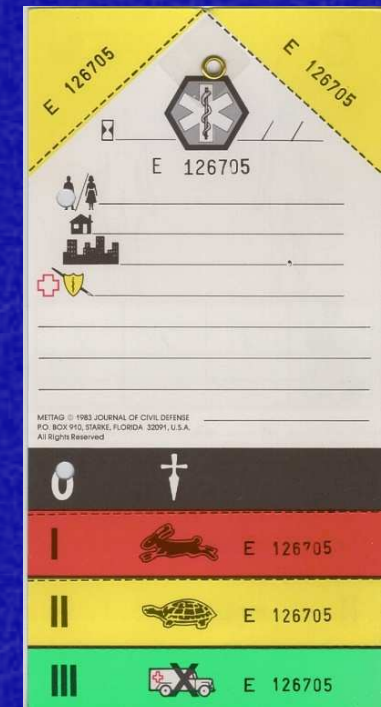
Plan d'Urgence Hospitalier capacité d'accueil

! L'hôpital de proximité est sacrifié !

Capacité d'accueil :

- **immédiate, supplémentaire, sans préavis**
- théorique = 4 % des lits
- entonnoir d'accueil au service d'Urgences
- U1 = 10% - U2 = 30% - U3 = 60%
- en pratique : U1 = 2 - U2 = 4 - U3 = 12

Capacité d'accueil en seconde vague : **CONCERTÉE**



Plan d'Urgence Hospitalier

Réponse graduée.

- Phase de pré-alerte (= phase d'information)
 - Annonce d'un événement susceptible d'engendrer de nombreuses victimes
 - Concertation des responsables Usi/Urg
 - Décision sur avis Senior s/place ou appellable
 - **Information** des Directions Méd.-Gén.-Inf.-Adm.-Tech.
- Phase d'alerte
 - **Renforcement des structures d'accueil :**
Urgences et/ou Labo/Rx et/ou USI-Q.Op et/ou Gestion-Technique
= rappel ciblé des personnels d'astreinte
 - **Information** des Directions et si nécessaire mise en place de la C.C.C.
- Phase de déploiement MASH
 - Décidée par Direction ou Responsable Usi/Urg
 - Fonctionnement de l'hôpital en organisation de crise sous l'autorité de la C.C.C.
 - Rappels spécifiques

Ghislenghien : 30 juillet 2004



Ghislenghien : 30 juillet 2004

- Explosion à 09.04
- En 20 minutes, arrivée à **l'hôpital d'Ath** de 43 brûlés dont 2 seulement transportés en ambulance
- Triage installé dans le couloir menant aux Urgences : identité + gravité de la brûlure
- Cooling et analgésie avec les moyens du bord
- Mise en perfusion et analgésie standard et systématique
- Répartition progressive dans les unités selon la gravité :
USI – Q.op. – salle de réveil - dialyse – revalidation
- Révision **spécialisée** des lésions à partir de 11.30
- Evacuation héliportée de 13.00 à 17.30 vers les centres de brûlés
- Hospitalisation sur place de 10 patients : 5 seront transférés
- Retour à la normale à 18.00 : 2 pts au lieu de 40 habituels !
- Hôpitaux de la région restés en pré-alerte jusque 12.00



Ghislenghien : 30 juillet 2004

La différence entre l'Urgence individuelle et l'Urgence collective est une différence de GENRE

➤ Le changement d'échelle

- nombre de victimes, d'intervenants, de moyens
→ organisation hiérarchique
- cinétique décalée : besoins >>> moyens
- psychologie individuelle et psychologie de foule

➤ La prise en charge médicale adaptée

Des nouveaux modes opératoires :

- légitimité du triage
- pas de soins définitifs - mise en condition d'évacuation
- la régulation des évacuations : hôpitaux CHOISIS

➤ L'intégration interdisciplinaire

- autres disciplines
- moyens médico-sanitaires ordinaires et extra-ordinaires
- les problèmes spécifiques et inattendus

Urgence Collective

La collaboration inter-disciplinaire

- n°1 : Sauvetage : Tirer hors du danger
- n°2 : Secours médico-sanitaires : Apporter de l'aide
- n°3 : Forces de l'ordre : Protéger
- n°4 : Assistance et logistique
- n°5 : Information à la population





Sommet du G8

Gênes

Juillet 2001

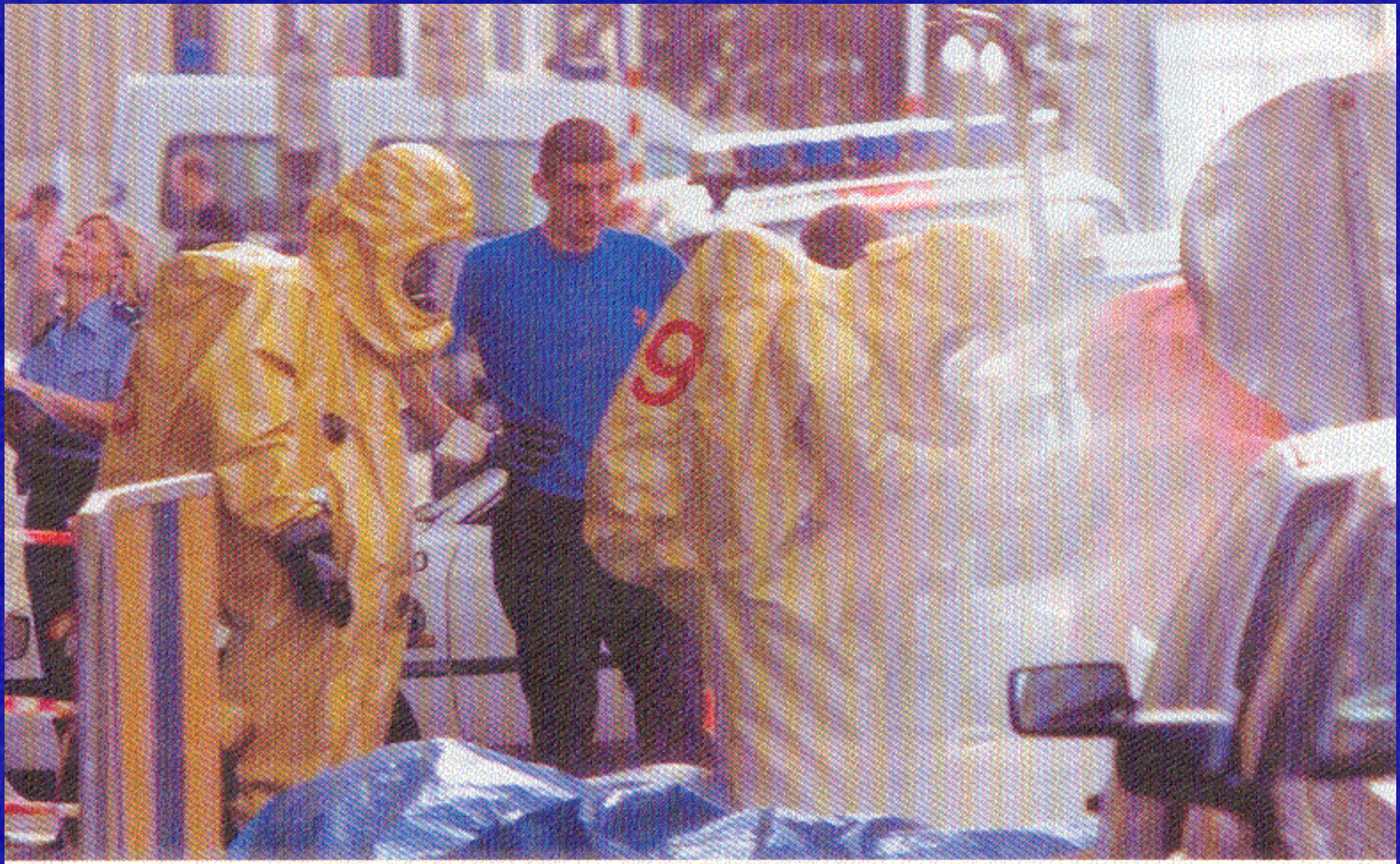


La mort de Carlo Giuliani (23 ans), tué à Gênes, le 21 juillet 2001, au cours de la manifestation antimondialiste organisée à l'occasion de la réunion du G 8, marquera durablement les esprits.

Sommet du G8

Gênes

Juillet 2001



Bruxelles 2002



Buizingen 15 fév.2010





Buizingen 15 fév.2010

La différence entre l'Urgence individuelle et l'Urgence collective est une différence de GENRE

➤ Le changement d'échelle

- nombre de victimes, d'intervenants, de moyens
→ organisation hiérarchique
- cinétique décalée : besoins >>> moyens
- psychologie individuelle et psychologie de foule

➤ La prise en charge médicale adaptée

Des nouveaux modes opératoires :

- légitimité du triage
- pas de soins définitifs - mise en condition d'évacuation
- la régulation des évacuations : hôpitaux CHOISIS

➤ L'intégration interdisciplinaire

- autres disciplines
- moyens médico-sanitaires ordinaires et extra-ordinaires
- les problèmes spécifiques et inattendus

Urgence Collective

Les moyens engagés

- Moyens **ordinaires** de l'A.M.U.
 - Equipes médicales SMUR - Ambulances
- Moyens **extra-ordinaires ... et méconnus !!**
 - Services de secours extérieurs à l'AMU : la Croix-Rouge
 - Dotation **LOGISTIQUE** provinciale
 - Coffres médicaux
 - Brancards
 - Tente gonflable
 - Oxygène









Lorry = wagonnet plat utilisé pour l'entretien des voies ferrées.



Buizingen 15 fév.2010





Dotation logistique Santé Publique

4 x 1 Réa Ventilatoire

10 x 10 Réa Circulatoire

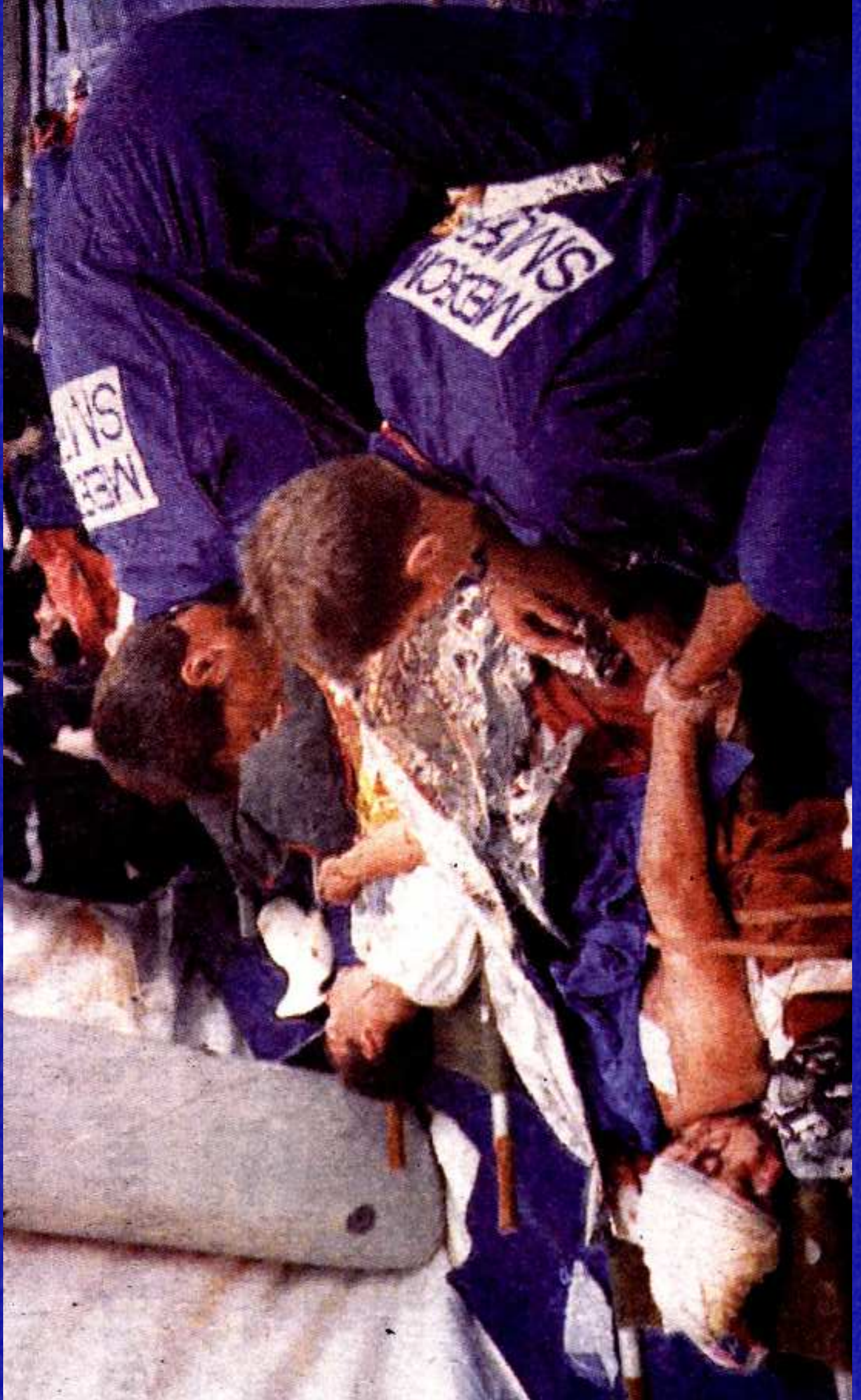


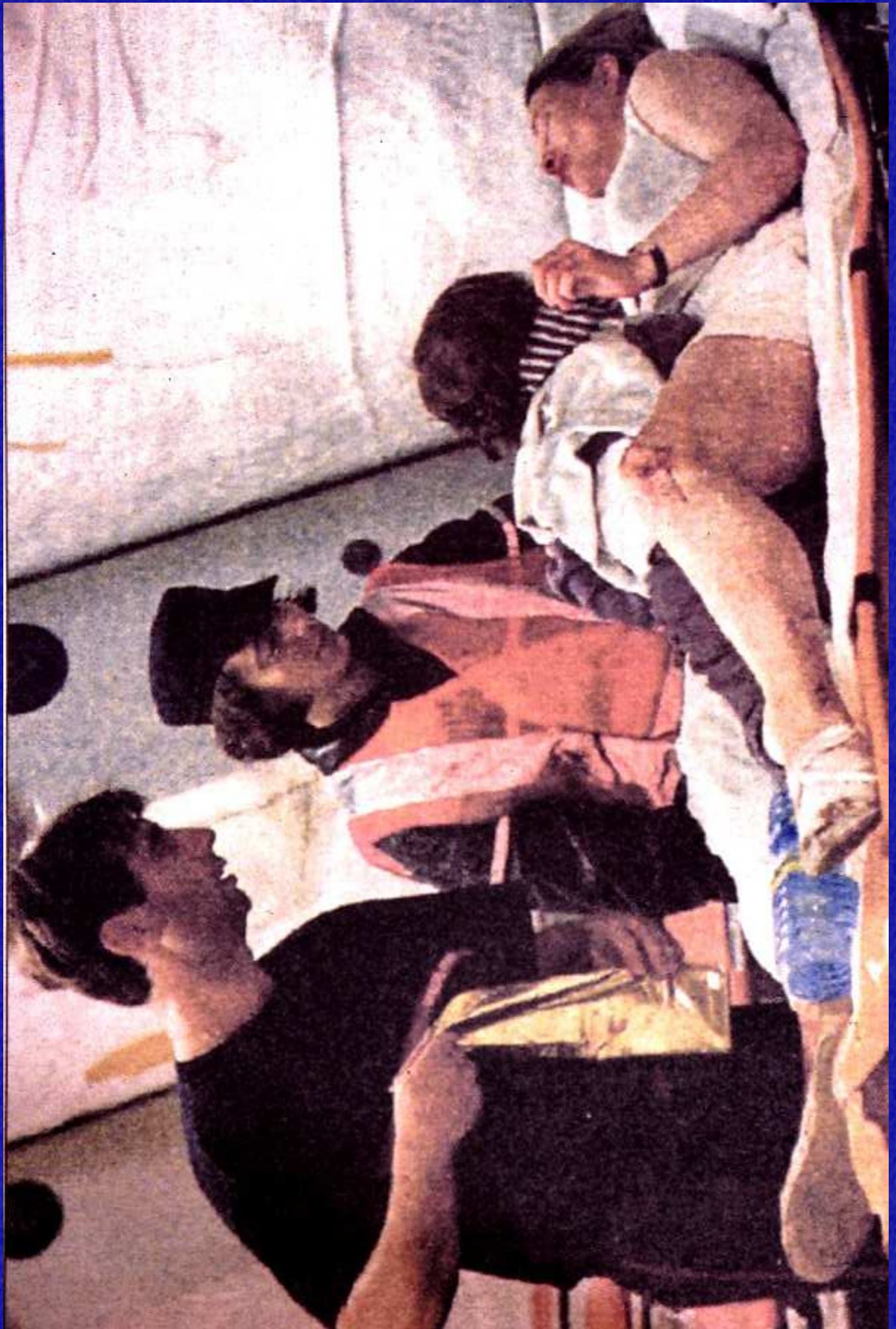




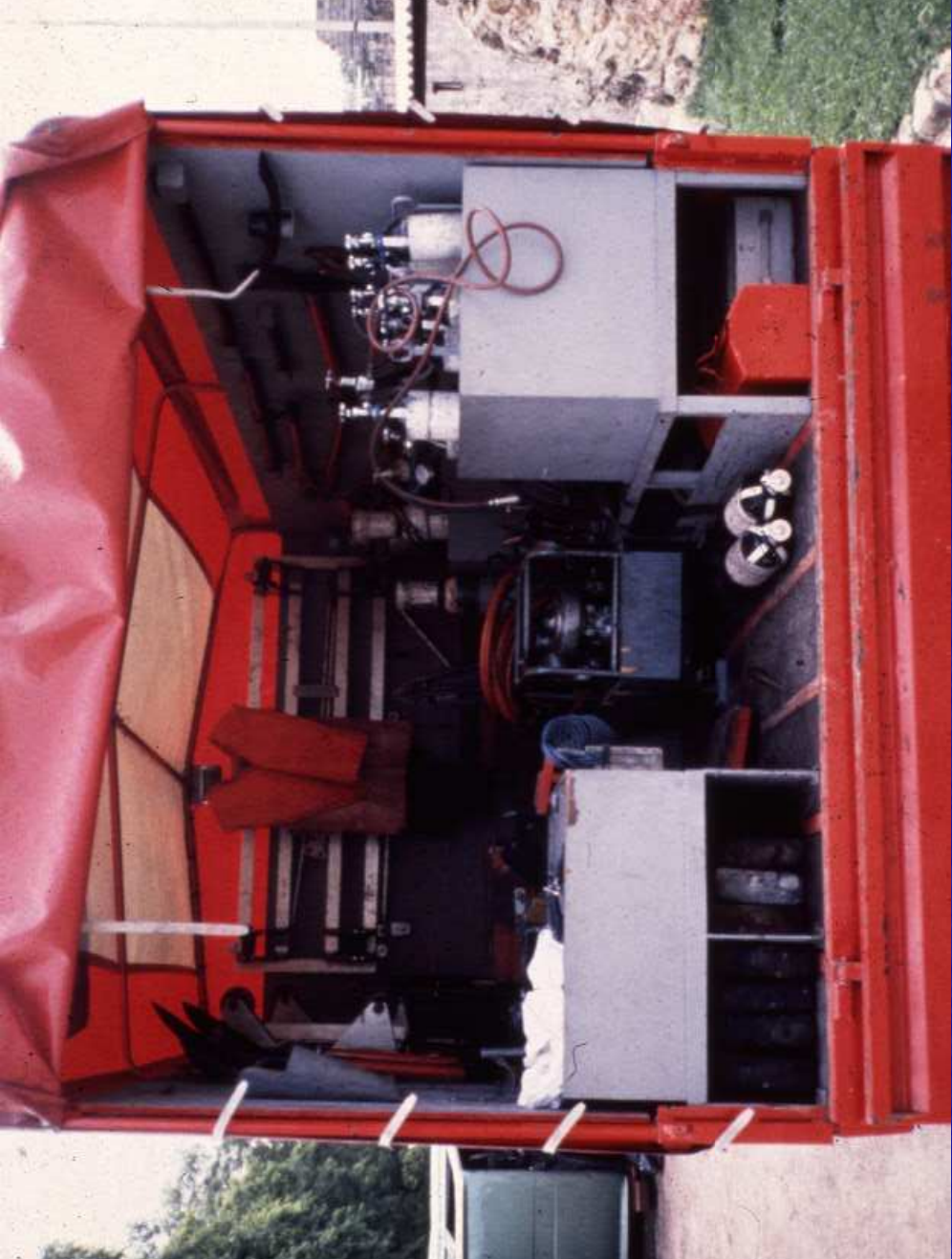
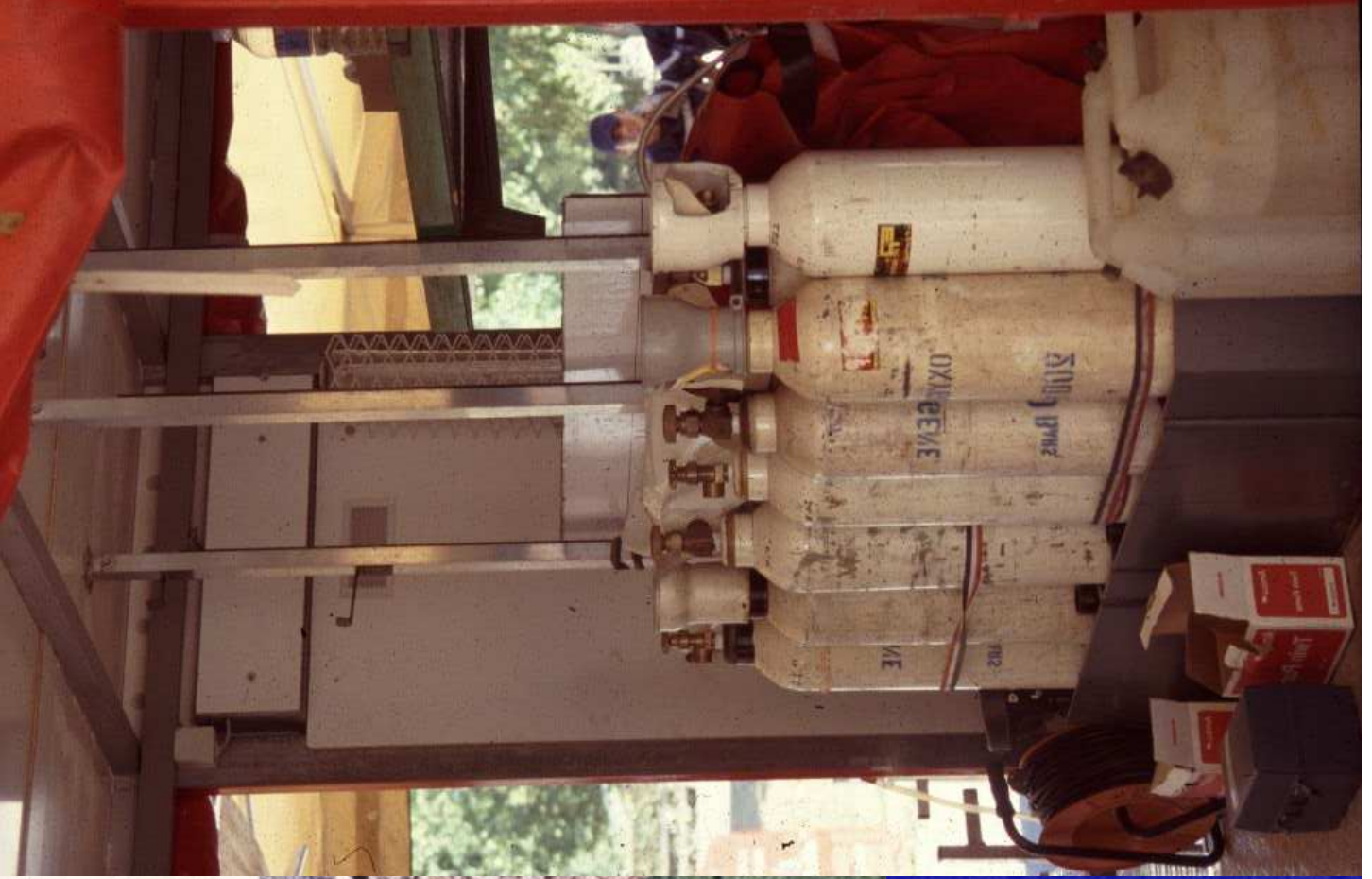


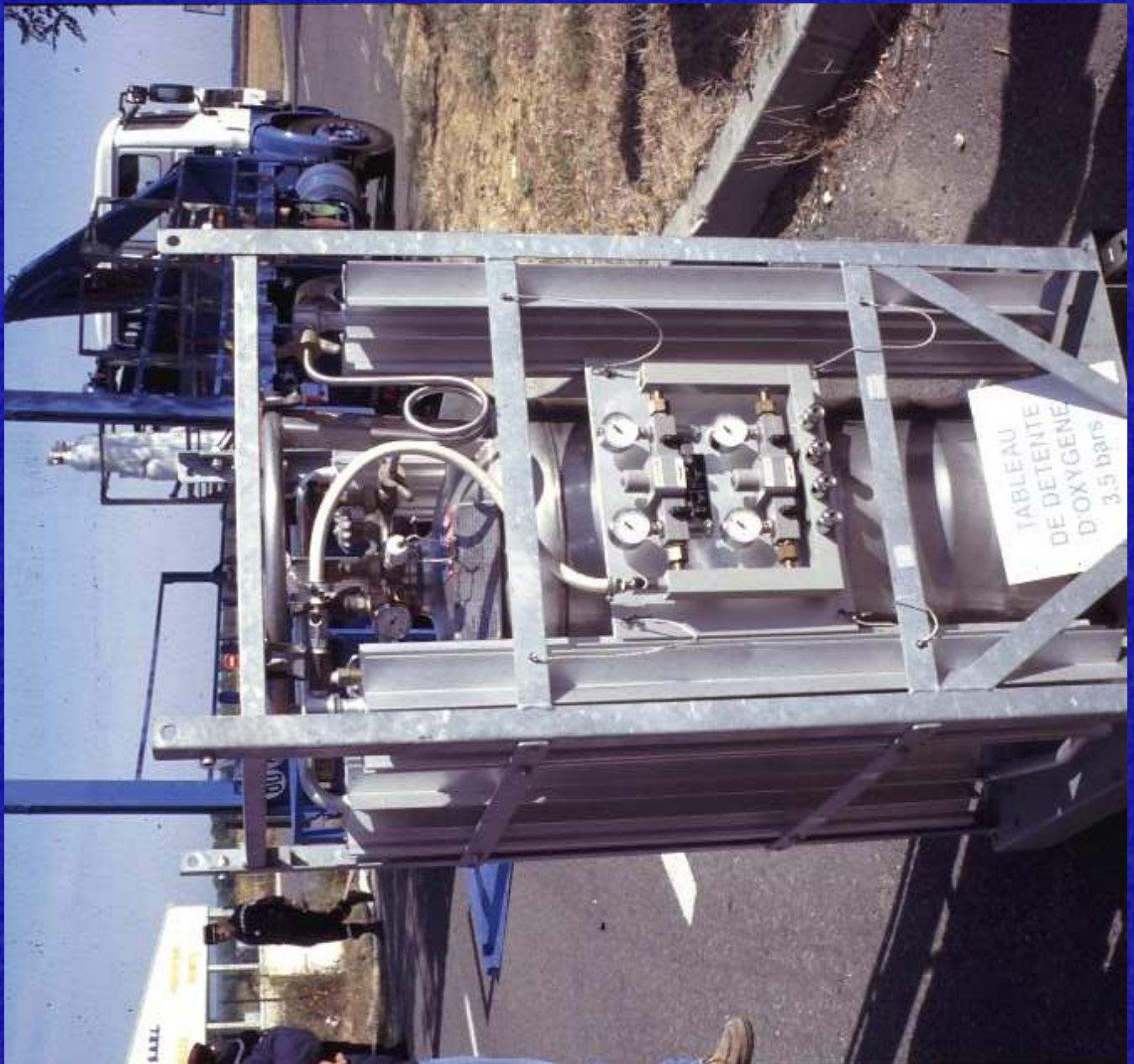












La différence entre l'Urgence individuelle et l'Urgence collective est une différence de GENRE

➤ Le changement d'échelle

- nombre de victimes, d'intervenants, de moyens
→ organisation hiérarchique
- cinétique décalée : besoins >>> moyens
- psychologie individuelle et psychologie de foule

➤ La prise en charge médicale adaptée

- légitimité du triage
- pas de soins définitifs - mise en condition d'évacuation
- la régulation des évacuations : hôpitaux CHOISIS

➤ L'intégration interdisciplinaire

- autres disciplines
- moyens médico-sanitaires ordinaires et extra-ordinaires
- les problèmes particuliers

Urgence Collective

Les problèmes spécifiques

- Le bilan
- Les dépouilles mortelles
- Les visites officielles
- Les medias

VICTIMES RELEVEES

U1

13 U4

U2

8 U2

AUTRES

6 U2 at 0.1

U3

4 U3

10

EVACUATIONS

DORCAS 4 (1) U1 - 1 U2 - 2 U3

H-CIVIL 3 (1) U1 - 1 U2 - 1 U3

I-M-C (1) 1 U1 - 1 U2

N-DAME 3 (1) U1 - 2 U2

H+K

H+K





Roquemaure – 11 juillet 1995



SÉNÉGAL

Naufrage du Joola

Le 25 septembre 2002, le Joola, un ferry sénégalais, a sombré dans l'océan Atlantique, entraînant la mort de plus de 100 personnes. Cette catastrophe a suscité de nombreuses questions sur les conditions de transport des migrants et des réfugiés en mer.

Urgence Collective

Les problèmes spécifiques

- Les dépouilles mortelles
- Le bilan
- L'information :
 - les familles
 - le « call center »
 - les médias
- Les visites officielles





Buizingen 15 février 2010







Ghislenghien : 30 juillet 2004



Buizingen 15 février 2010



Buizingen 15 février 2010

Paradoxes de l'Urgence Collective

Situation **EXTRA – ORDINAIRE** Moyens **ORDINAIRES**

INFORMER **AVANT** de fonctionner

Les **RENFORTS** arriveront **APRÈS** les secours normaux

ORGANISER plutôt que **SOIGNER**

PEU de moyens et **BEAUCOUP** de victimes

RÉPARTIR plutôt que **DISTRIBUER**

Le plan d'urgence : son contenu

- Inventaire des **moyens**
- Définition des **missions**
 - Fiches de consignes
- Organigramme de **commandement**
 - Les fonctions
 - Les responsabilités
 - Les niveaux de décision
- Les protocoles de **communication**
- Les modes opératoires
 - Coordination : les « **articulations** » inter-disciplinaires
- Identification des **risques particuliers**

Difficultés habituelles

- LES communications et LA communication
- La collecte de l'information => renseignement utilisable
- La communication : vers qui ? pour dire quoi ?
- Le non-technique est sous-estimé
- Législation complexe
- La définition de l'autorité
- Conflits de compétence
- La médiatisation
- Langages et cultures professionnels différents
- Le secret médical mal interprété

- Il faut favoriser la créativité
- Il faut faire jouer leur propre rôle aux acteurs
- Il faut dialoguer avec les impliqués