

23 mai 2019

Arrêté du Gouvernement wallon modifiant l'annexe à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, concernant le plan d'urgence hospitalier

Le Gouvernement wallon,

Vu la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o;

Vu le Code décretaal wallon de l'Action sociale et de la Santé du 29 septembre 2011, l'article 412;

Vu l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre;

Vu le rapport du 28 mai 2018 établi conformément à l'article 4, 2^o, du décret du 3 mars 2016 visant à la mise en oeuvre des résolutions de la Conférence des Nations unies sur les femmes à Pékin de septembre 1995 et intégrant la dimension du genre dans l'ensemble des politiques régionales, pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution;

Vu l'avis de l'organe de concertation intra-francophone, donné le 2 avril 2019;

Vu l'avis de la Commission wallonne de la Santé, donné le 3 juillet 2018;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 11 avril 2018;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 31 mai 2018;

Vu le rapport de la Cour des comptes, établi le 30 août 2018;

Vu l'avis 65109/4 du Conseil d'Etat, donné le 22 janvier 2019, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur proposition de la Ministre de la Santé;

Après délibération,

Arrête :

Art. 1^{er}.

Le présent arrêté règle, en application de l'article 138 de la Constitution, une matière visée à l'article 128, § 1^{er}, de celle-ci.

Art. 2.

A la rubrique A. Normes générales applicables à tous les établissements, point III. Normes d'organisation de l'annexe à l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, le point 14^o est remplacé comme suit :

« 14^o chaque hôpital doit disposer d'un plan d'urgence hospitalier (PUH) approuvé pour faire face aux accidents survenant à l'intérieur et à l'extérieur de l'hôpital.

Le directeur général est le responsable final du plan d'urgence hospitalier, sans préjudice des responsabilités du médecin-chef concernant les aspects médicaux du plan d'urgence hospitalier (le plan d'urgence hospitalier médical - PUH MED) et des responsabilités du directeur technique concernant les aspects techniques du plan d'urgence hospitalier (le plan d'urgence hospitalier technique - PUH TEC). En vertu de cette responsabilité :

a) le directeur général ou son remplaçant préside le comité permanent;

b) le directeur général ou son remplaçant est la personne de contact pour les autorités en cas d'évènement catastrophique interne ou externe. A cette fin, le directeur général ou son remplaçant est joignable 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7;

c) le directeur général ou son remplaçant préside la cellule de coordination hospitalière (CCH), en cas de mise en application du plan d'urgence hospitalier;

d) le directeur général ou son remplaçant détermine la capacité de traitement de l'hôpital. Il mentionne la capacité de traitement dans le journal de bord de l'ICMS (Incident Crisis Management System). A ce

point, l'on entend par « capacité de traitement », les lits libres qui sont disponibles au moment de l'incident;

e) le directeur général ne peut en aucun cas modifier la capacité réflexe ou d'hébergement de l'hôpital pendant l'incident. A ce point, l'on entend par « capacité réflexe ou d'hébergement », le nombre minimal de victimes que le site hospitalier peut accueillir durant la première heure;

f) en cas de déclenchement du plan d'urgence hospitalier, le directeur général ou son remplaçant peut décider de ne plus renvoyer aucune victime d'urgence à l'hôpital, après que la capacité réflexe a été atteinte et après concertation avec l'inspecteur d'hygiène fédéral.

Chaque hôpital désigne un coordinateur du plan d'urgence. Le coordinateur du plan d'urgence intervient aussi bien en interne qu'en externe en tant que point de contact pour le plan d'urgence hospitalier. Le coordinateur du plan d'urgence effectue des tâches aussi bien préventives qu'opérationnelles en ce qui concerne le plan d'urgence hospitalier. Le coordinateur du plan d'urgence est fonctionnellement chargé de la coordination et de la surveillance de la qualité de toutes les activités relatives au plan d'urgence hospitalier. A cette fin, le coordinateur du plan d'urgence apporte son soutien et sa collaboration aux processus suivants :

a) le développement et la mise en oeuvre des procédures d'urgence sur la base d'une analyse des risques tenant compte de la sécurité des patients et de celle des collaborateurs;

b) le développement d'un plan d'urgence hospitalier adapté à tous les services au sein de l'hôpital;

c) l'intégration des plans d'urgence communaux et provinciaux dans le plan d'urgence hospitalier;

d) la diffusion du plan d'urgence hospitalier au sein de l'hôpital;

e) la surveillance des adaptations nécessaires en fonction des modifications dans l'organisation de l'hôpital;

f) l'organisation d'exercices;

g) la formation des intervenants-clés dans le cadre du plan d'urgence hospitalier;

h) la fourniture d'informations au personnel hospitalier et la mise en place d'une fonction de communication passerelle avec les services de l'hôpital et les instances externes;

i) l'évaluation des situations où le plan d'urgence hospitalier a été appliqué.

Lors de situations d'urgence au cours desquelles le plan d'urgence hospitalier est déclenché,

le coordinateur du plan d'urgence joue un rôle au sein de la cellule de coordination hospitalière (CCH) : il y fait fonction de gardien des processus et assure un appui au directeur général. Le temps de travail du coordinateur du plan d'urgence est déterminé par l'hôpital, en fonction de la taille de l'établissement et de l'analyse de risques réalisée. La fonction de coordinateur du plan d'urgence est compatible avec une autre fonction au sein de l'hôpital. En cas de déclenchement du plan d'urgence hospitalier, il sera toujours essayé d'appeler le coordinateur du plan d'urgence si ce dernier ne se trouve pas dans l'enceinte de l'hôpital, pour autant qu'il soit disponible.

Dans chaque hôpital, un comité permanent, sous la direction du directeur général, doit être chargé de la rédaction, de la mise à jour et de la validation du plan d'urgence hospitalier.

Au sein du comité permanent, un Bureau est institué, comprenant au minimum le médecin-chef, le coordinateur du plan d'urgence, le chef médical du service des urgences et une fonction de secrétariat. La fonction de secrétariat peut être assurée par l'une des fonctions obligatoires du Bureau. La relation entre le Bureau et le comité permanent est définie dans un règlement d'ordre intérieur. Ce règlement d'ordre intérieur fixe au moins les missions, la fréquence des réunions et le mode de prise de décision du Bureau. Le Bureau assume une tâche de préparation de la politique et soutient le comité permanent dans le cadre de l'exécution des décisions relatives au plan d'urgence hospitalier.

Le plan d'urgence hospitalier doit être soumis pour avis au bourgmestre de la commune dans laquelle est situé l'hôpital. Le plan d'urgence hospitalier est transmis à cette fin au bourgmestre, qui le transmet pour avis à la cellule de sécurité communale. La cellule de sécurité communale associe à la formulation de cet avis d'une part la province dans laquelle est situé l'hôpital ou bien Bruxelles Prévention et Sécurité pour la Région de Bruxelles-Capitale, et d'autre part l'inspection fédérale d'hygiène.

Le coordinateur du plan d'urgence provincial et l'inspection fédérale d'hygiène de la province sont invités à cet effet à la discussion du plan d'urgence hospitalier au sein de la cellule de sécurité communale. Si les représentants provinciaux ne réagissent pas à l'invitation, la cellule de sécurité communale rend un avis autonome qui sera transmis pour information au coordinateur du plan d'urgence provincial, à l'inspection fédérale d'hygiène et au bourgmestre. Le coordinateur du plan d'urgence provincial et l'inspection fédérale d'hygiène peuvent transmettre leurs remarques concernant l'avis au bourgmestre. Si aucune remarque n'est formulée dans les deux mois suivant la transmission de l'avis, celui-ci tel que formulé par la cellule de sécurité communale est considéré comme définitif. Sur la base de cet avis, accompagné ou non des remarques formulées par le coordinateur du plan d'urgence et/ou l'inspection fédérale d'hygiène, le bourgmestre délivre une attestation pour l'avis relatif au plan d'urgence hospitalier. Des remarques peuvent être formulées dans l'attestation du bourgmestre. L'attestation du bourgmestre est transmise à l'hôpital, qui la transmet à son tour au ministre compétent pour la politique des soins de santé. Sur la base de cette attestation, le ministre approuve ou non le plan hospitalier. L'approbation est valable pour une période de cinq ans.

En ce qui concerne l'entraînement au plan d'urgence hospitalier, l'hôpital doit élaborer un plan pluriannuel prévoyant l'obligation d'organiser un exercice au moins 1 fois par an. Le contrôle de la mise en oeuvre du plan pluriannuel est effectué par la cellule de sécurité communale. Une situation d'urgence réelle, accompagnée du déclenchement du plan d'urgence hospitalier, peut remplacer l'exercice à condition qu'elle ait été suivie d'un débriefing qualitatif avec tous les acteurs concernés et que les possibilités d'amélioration qui en découlent aient été implémentées.

Le plan d'urgence hospitalier comporte deux phases : la phase « information » et la phase « action ». Le centre de secours 112 joue un rôle crucial dans la détermination de la phase du plan d'urgence hospitalier. La phase « action » comporte deux niveaux : le niveau I et le niveau II. Le comité de coordination de l'hôpital détermine le niveau.

Au cours de la phase « information » :

a) il y a connaissance d'une situation d'urgence soit parce que l'hôpital est averti du déclenchement du Plan d'intervention médicale (PIM) par le centre de secours 112, soit parce qu'il y a un afflux spontané et non annoncé d'un nombre important de patients depuis le même événement. Dans ce dernier cas, l'hôpital avertira lui-même le centre de secours 112;

b) le médecin urgentiste est averti. Le médecin urgentiste s'informe de la nature de la situation d'urgence, du nombre de victimes auquel il faut s'attendre, de la nature des affections et des délais d'arrivée. En se fondant sur ces informations, le médecin urgentiste décide, après concertation interne, de passer ou non à la phase « action ».

Au cours de la phase « action », le « niveau I » correspond à une augmentation minimale du personnel affecté, générée par des glissements internes. Il n'y a aucun rappel de personnel supplémentaire. Le « niveau I » correspond à un nombre attendu de victimes ne dépassant pas la première vague théorique (capacité réflexe).

Le « niveau II » correspond à un nombre élevé de victimes à prévoir, qui dépasse la première vague théorique (capacité réflexe). Il est nécessaire de convoquer du personnel supplémentaire.

Le plan d'urgence hospitalier contient les procédures d'évacuation, de réinstallation, de réception et d'isolement des victimes et doit porter sur les questions suivantes :

a) la constitution, la composition et le fonctionnement d'une cellule de coordination et de commandement hospitalière, chargée de diriger les opérations, de collecter l'information relative à la situation d'urgence, de décider du niveau de riposte de l'institution, de l'adaptation éventuelle du plan d'urgence hospitalier 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 procédures et les moyens logistiques de la riposte ainsi que la désignation des personnes autorisées à décider du déploiement du plan d'urgence hospitalier 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 dépouilles mortelles;

- d) les modalités d'identification des victimes;
- e) l'organigramme, les modalités de travail et la désignation des membres du personnel en fonction de la phase et du niveau concerné;
- 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 d'urgence hospitalier et en particulier la mise en oeuvre 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'hôpital;
- j) le fonctionnement pratique d'une cellule d'accueil et d'accompagnement psychosocial 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'intégration de l'hôpital dans les plans d'urgence communaux ou provinciaux;
- m) le descriptif du déploiement du plan d'urgence hospitalier 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 membres du personnel;
- p) le plan pluriannuel relatif aux exercices permettant de valider le plan d'urgence hospitalier 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.

Le plan d'urgence hospitalier doit spécifiquement aborder les incidents impliquant des risques majeurs et au minimum les risques de nature chimique, biologique, radiologique et/ou nucléaire, les explosifs (CBRNe), les incendies, les pannes d'équipements IT, les pannes d'équipements d'utilité publique, les pandémies, ainsi que les risques pour lesquels un plan d'urgence doit être élaboré conformément à la réglementation.

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 d'urgence hospitalier. ».

Art. 3.

Le présent arrêté entre en vigueur le 1^{er} juillet 2019.

Art. 4.

La Ministre de la santé est chargée de l'exécution du présent arrêté.

Namur, le 23 mai 2019.

Pour le Gouvernement :

Le Ministre-Président

W. BORSUS

La Ministre de l'Action sociale, de la Santé, de l'Egalité des chances, de la Fonction publique et de la
Simplification administrative

A. GREOLI