

Bruxelles, le 9 février 1989

AVIS INTERIMAIRE CONCERNANT LES "PLANS DE CATASTROPHE" DANS LES  
HOPITAUX

I. INTRODUCTION

Le Conseil national des établissements hospitaliers, conscient du rôle primordial du réseau hospitalier dans tout plan de catastrophe, a décidé d'étudier divers plans existant tant dans plusieurs hôpitaux belges qu'à l'étranger.

A cet effet, il a créé un groupe de travail "Plans de catastrophe". Le Conseil, Section "Agrément", a pris connaissance du rapport du groupe de travail et a formulé le 9 février 1989 en séance plénière, à l'unanimité des voix, l'avis ci-dessous.

II. SUBDIVISION DE L'AVIS

Le présent avis est subdivisé en deux chapitres distincts, à savoir :

- II.1. Considérations au sujet de la nécessité de prévoir un plan de catastrophe dans chaque établissement de soins;
- II.2. Un projet de conditions de base auxquelles tout plan de catastrophe doit satisfaire, l'idée de départ étant que l'existence du plan de catastrophe doit faire partie intégrante du dossier d'agrément de l'établissement de soins.

II.1. Considérations

1. Définition.

On ne fait pas de distinction entre les catastrophes selon leur origine (naturelle comme les tremblements de terre, inondations, sécheresse, etc....; artificielle ou technique comme les accidents de chemin de fer ou d'avion, explosions, produits chimiques, intoxications, etc...; ou humaine comme le terrorisme, les émeutes, la guerre, etc...). Nous nous limiterons à l'aspect relatif au fonctionnement du secteur hospitalier en cas de catastrophe.

La notion de "Catastrophe" visée dans le présent avis correspond au concept de "Mass Casualties", c.à.d. d'un "afflux massif" de victimes, phénomène qui peut se traduire par une insuffisance des procédures habituelles en matière de soins hospitaliers, vu les circonstances : nombre trop élevé de victimes, ou types de victimes. Les procédures relatives à l'intervention médicale en cas de catastrophe ne peuvent être assimilées ni confondues avec les procédures habituelles pour les urgences.

Un hôpital doté d'un service des urgences n'est donc pas nécessairement apte à faire face à une situation de catastrophe sans mesures complémentaires.

Le service des urgences est certes impliqué dans tout plan de catastrophe et sera souvent le premier à intervenir, mais c'est l'ensemble des services hospitaliers qui devra être réorganisé.

## 2. Nécessité de doter "tout" établissement hospitalier d'un plan de catastrophe.

a) Il est rare qu'en cas de catastrophe, un seul hôpital soit à même d'y faire face. Le lieu de la catastrophe, les distances, les possibilités hospitalières, la nécessité de régulation et les transferts feront souvent que l'on devra recourir à plusieurs établissements, voire à tout un réseau.

b) Les grands hôpitaux dotés de services d'urgences pouvant intervenir à l'extérieur (MUG - GUM - SMUR - REA - VIM ...) sont souvent déjà impliqués dans les plans de catastrophe d'agglomération, de région, de province ...

Leur plan hospitalier de catastrophe comportera donc un volet "extra muros" et un volet "intra muros".

c) Les établissements hospitaliers de moindre importance ont aussi leur rôle dans les plans de catastrophe, soit en mettant leur capacité hospitalière (accrue) à la disposition d'autres hôpitaux débordés, soit avec l'aide d'équipes spécialisées extérieures pour contribuer aux secours médicaux de première ligne (triage, conditionnement, etc...) selon la répartition géographique des besoins.

## 3. Catastrophe interne.

Il peut aussi se produire un accident à l'intérieur d'un hôpital (incendie, explosion, bombardement, ...) détruisant ou réduisant les possibilités de traitement ou d'hébergement.

Un plan de catastrophe interne devra dès lors prévoir notamment des remplacements (personnel, matériel, ...), des évacuations, etc....

II.2.                    PROJET DE SOMMAIRE D'UN PLAN DE CATASTROPHE POUR  
                          HOPITAL.

-----

1. Autorités responsables (pendant et en dehors des heures de service) pour le déclenchement de l'alerte et la mise en oeuvre du plan (médicales, administratives, techniques).
2. Ouverture d'un centre de coordination destiné à assurer la direction des opérations au niveau de l'hôpital. Composition et modalités de fonctionnement du Centre de Coordination. Numéro de téléphone.
3. Désignation des locaux destinés à l'accueil des victimes, en fonction du degré d'urgence et signalisation des accès à ces locaux (sens unique, entrée pour visiteurs, entrée pour personnel, fléchage). Plan d'organisation et de réaménagement des locaux et services.
4. Tableau organique du personnel hospitalier en cas de catastrophe, en fonction de l'ampleur et de la nature de celle-ci. Nouvelles affectations du personnel. Signes distinctifs par fonction.
5. Listes de rappel du personnel et des médecins dans et en dehors de l'hôpital, selon les modalités définies au préalable (téléphone, radio, bip, estafette, police, ...). A cette fin, les listes seront établies par catégories et par services.
6. Les modalités de l'accueil, du "triage" des victimes, identification, destination.
7. Les modalités de renvoi accéléré des patients légers de l'hôpital + la mise en place de lits de secours.
8. Mise en oeuvre de matériel supplémentaire. Réapprovisionnements.
9. Agencement de la morgue ou d'un dépôt pour les dépouilles mortelles. Accès séparé.
10. Modalités de fonctionnement de la banque de sang et de la pharmacie. Réapprovisionnement.
11. Moyens de communication, description, modalités de fonctionnement. Téléphone, radio, .....
12. Ouverture et modalités de fonctionnement d'un Centre d'Information (presse, familles, victimes).
13. Accompagnement psychosocial des victimes et de leur famille

14. Collaboration avec les Autorités (communales ou provinciales, police, parquet, gendarmerie, ...) et les autres hôpitaux (régulation des évacuations et transports secondaires)
15. Mesures de protection du personnel, des locaux et du matériel en cas de contamination.
16. Obligation d'organiser des exercices périodiques (2 fois par an), afin de tester et le cas échéant d'adapter le plan de catastrophe.
17. Le représentant du Ministre qui a la Santé Publique dans ses attributions doit pouvoir contrôler à tout moment l'existence effective et la faisabilité du plan.
18. Chaque service doit disposer de la partie du plan de catastrophe qui le concerne. Chaque membre du personnel doit être informé de sa mission dans le cadre du plan de catastrophe.