

## 2° la partie forfaitaire :

est obtenue en augmentant la partie forfaitaire 2008 d'une fraction dont le dénominateur est l'indice-santé du mois d'octobre 2008 et le numérateur l'indice-santé du mois d'octobre 2009.

## En pratique :

650,00 EUR × 110,64/111,29 = 646,23 EUR.

La partie forfaitaire de l'allocation de fin d'année 2009 s'élève donc à 646,23 EUR.

Une cotisation du secteur des soins de santé pour les membres du personnel statutaire est due sur le montant de la partie fixe de l'allocation de fin d'année qui est supérieur au montant octroyé en 1990, soit 342,7260 EUR.

Ce montant est la différence entre le montant octroyé en 2009 (soit 646,23 EUR) et le montant octroyé en 1990 indexé (soit 303,5040 EUR).

Cette cotisation s'élève à 3,55 % pour le travailleur et à 3,86 % pour l'employeur, sauf si un autre taux lui est applicable.

## Cotisations à appliquer :

- travailleur : 342,7260 × 3,55 % = 12,1667 EUR;

- employeur : 342,7260 × 3,86 % = 13,2292 EUR.

## 3° la partie variant avec la rétribution mensuelle :

s'élève à 7 % de la rétribution mensuelle brute due pour le mois d'octobre de l'année considérée, avec les deux corrections suivantes :

- elle est portée à 100,95 EUR (à l'indice-pivot 138,01) soit 150,0016 EUR, indexé, si le résultat du calcul est inférieur à ce montant;

- elle est limitée à 201,90 EUR (à l'indice-pivot 138,01) soit 300,0032 EUR, indexé, si le résultat du calcul est supérieur à ce montant.

Une cotisation du secteur des soins de santé pour les membres du personnel statutaire est également due sur le montant de la partie variant avec la rétribution mensuelle.

Cette cotisation s'élève à 3,55 % pour le travailleur et à 3,86 % pour l'employeur, sauf si un autre taux lui est applicable.

La Ministre de la Fonction publique,  
Mme I. VERVOTTE

## 2° het forfaitair gedeelte :

wordt bekomen door het forfaitair gedeelte 2008 te vermeerderen met een breuk, waarvan het gezondheidsindexcijfer van de maand oktober 2008 als noemer en het gezondheidsindexcijfer van de maand oktober 2009 als teller geldt.

## Concreet betekent zulks :

650,00 EUR × 110,64/111,29 = 646,23 EUR.

Het forfaitair gedeelte van de eindejaarstoelage 2009 bedraagt dus 646,23 EUR.

Een bijdrage van de sector geneeskundige verzorging voor de vastbenoemde personeelsleden is verschuldigd op het bedrag van het vast gedeelte van de eindejaarstoelage dat hoger is dan het bedrag toegekend in 1990, dit is 342,7260 EUR.

Dit bedrag is het verschil tussen het bedrag toegekend in 2009 (zijnde 646,23 EUR) en het bedrag toegekend in 1990, geïndexeerd (zijnde 303,5040 EUR).

Deze inhouding bedraagt 3,55 % voor de werknemer en 3,86 % voor de werkgever, behalve indien een andere percentage op hem van toepassing is.

## Toe te passen bijdragen :

- werknemer : 342,7260 × 3,55 % = 12,1667 EUR;

- werkgever : 342,7260 × 3,86 % = 13,2292 EUR.

## 3° het gedeelte dat varieert met de maandelijkse bezoldiging :

bedraagt 7 % van de maandelijkse brutobezoldiging verschuldigd voor de maand oktober van het in aanmerking genomen jaar, met de twee volgende correcties :

- het wordt opgetrokken tot 100,95 EUR (aan het spilindexcijfer 138,01) hetzij 150,0016 EUR, geïndexeerd, als het resultaat van de berekening lager is dan dit bedrag;

- het wordt beperkt tot 201,90 EUR (aan het spilindexcijfer 138,01) hetzij 300,0032 EUR, geïndexeerd, als het resultaat van de berekening hoger is dan dit bedrag.

Een bijdrage van de sector geneeskundige verzorging voor de vastbenoemde personeelsleden is eveneens verschuldigd op het bedrag van het gedeelte dat varieert met de maandelijkse bezoldiging.

Deze inhouding bedraagt 3,55 % voor de werknemer en 3,86 % voor de werkgever, behalve indien een andere percentage op hem van toepassing is.

De Minister van Ambtenarenzaken,  
Mevr. I. VERVOTTE

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

[C - 2009/24428]

**Circulaire ministérielle  
relative au Plan d'Intervention médical**

A Mesdames et Messieurs les acteurs de la discipline 2 concernant les secours médicaux, sanitaires et psychosociaux, au sens de l'article 11 de l'arrêté royal du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention.

Par la présente circulaire, je souhaite vous communiquer le Plan d'Intervention médical ci-joint ou plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2, visée à l'article 11 de l'arrêté royal du 16 février 2006, relatif aux plans d'urgence et d'intervention.

Ce plan, complété par le plan d'intervention psychosocial, constitue le plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2, visé aux articles 2 et 4 de l'arrêté royal du 16 février 2006 précité.

Je vous invite à veiller à la mise en œuvre de ce Plan d'Intervention médical et à sa bonne application dans la pratique.

Veillez agréer, Mesdames, Messieurs, l'assurance de ma considération distinguée.

La Ministre de la Santé publique,  
Mme L. ONKELINX

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

[C - 2009/24428]

**Ministeriële omzendbrief  
betreffende het Medisch Interventieplan**

Aan de Dames en Heren actoren uit discipline 2 betreffende de medische, sanitaire en psychosociale hulpverlening, in de zin van artikel 11 van het koninklijk besluit van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen.

Met deze omzendbrief wil ik u het bijgevoegd Medisch Interventieplan of monodisciplinair interventieplan voor discipline 2, bedoeld in artikel 11 van het koninklijk besluit van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen ter kennis brengen.

Dit plan, aangevuld met het psychosociaal interventieplan, vormt het monodisciplinair interventieplan voor discipline 2, zoals bedoeld in artikelen 2 en 4 van voornoemd koninklijk besluit van 16 februari 2006.

Ik verzoek u erop toe te zien dat dit Medisch Interventieplan uitgevoerd wordt en in de praktijk goed toegepast wordt.

Met de meeste hoogachting.

De Minister van Volksgezondheid,  
Mevr. L. ONKELINX

# PLAN D'INTERVENTION MEDICAL

## I. PRINCIPES GÉNÉRAUX

1. Définition
2. Contexte
3. Lexique dans le plan d'urgence

## II. PLAN D'INTERVENTION MÉDICAL : PIM

1. Objectifs
2. Fonctionnement & structure
  - 2.1 Définition de l'alerte
    - 2.1.1. Personnes autorisées
    - 2.1.2. Niveaux d'alerte
  - 2.2. Activation DU PIM
    - 2.2.1. Préalerte
    - 2.2.2. Alerte
    - 2.2.3. Montée en puissance
  - 2.3. Coordination opérationnelle
  - 2.4. Coordination stratégique
  - 2.5. Organisation sur le site d'intervention
    - 2.5.1. Définition des zones :
    - 2.5.2. Tâches de la discipline 2 :
    - 2.5.3. La chaîne médicale :
      - 2.5.3.1 Point relais :
      - 2.5.3.2 Pré tri ou Tri Chantier (tri qui chasse)
      - 2.5.3.3. Principe de tri chantier : START :
      - 2.5.3.4. Petite noria
      - 2.5.3.5. Poste Médical Avancé (PMA)
      - 2.5.3.6. Flux des victimes sur le site de la catastrophe
      - 2.5.3.7. La grande noria
      - 2.5.3.8. Parc ambulancier
      - 2.5.3.9. Point de première destination (PPD)
  - 2.6. Services d'accueil des victimes

### **3. Personnel et moyens**

#### **3.1 Personnel de Coordination**

**3.1.1. Personnel appelable dans le cadre d'une permanence de garde**

**3.1.2. Fonctions devant être remplies par le personnel appelé en renfort**

#### **3.2 Personnel et moyens d'intervention**

#### **3.3 Schéma hiérarchique**

#### **3.4. Schéma des communications**

#### **3.5. Identification des intervenants**

#### **3.6. Moyens médicaux - logistiques**

**3.6.1. Moyens habituels D2**

**3.6.2. Moyens spécifiques D2**

**3.6.3 Moyens additionnels**

#### **4. Fin du PIM**

#### **5. Lien avec le PIPS**

#### **6. fiches de consignes**

### **III FORMATION & EXERCICES**

#### **1. Information**

#### **2. Formation et politique d'exercice**

### **IV LÉGISLATION & HISTORIQUE**

**Liste avec abréviations pour la discipline 2**

**Liste alphabétique d'acronymes pour la discipline 2**

# I. PRINCIPES GENERAUX

## 1. DÉFINITION

« *Le plan mono disciplinaire d'intervention règle les modalités d'intervention d'une discipline, conformément aux plans d'urgence et d'intervention existants.* » ( Arrêté Royal du 16 février 2006, art 4).

Pour la discipline 2, il contient les mesures prises en exécution de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente et déterminant l'organisation de l'aide en cas d'événements désastreux, de catastrophes ou de sinistres dans un cadre multidisciplinaire.

Le texte qui suit est destiné à :

- Faciliter la rédaction de PUI communaux, provinciaux et fédéraux adaptés aux risques identifiés (cf. NPU2 et NPU4)
- Eviter la répétition des erreurs classiquement décrites lorsque l'action des secours n'a pas été préalablement coordonnée par un plan d'intervention médical.

C'est dans cet état d'esprit que le législateur a publié les arrêtés royaux du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention et du 2 février 2007 définissant la fonction de Directeur de l'Aide médicale ainsi que toute disposition prise en exécution de la loi du 8 juillet 1964 .

## 2. CONTEXTE

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

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

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

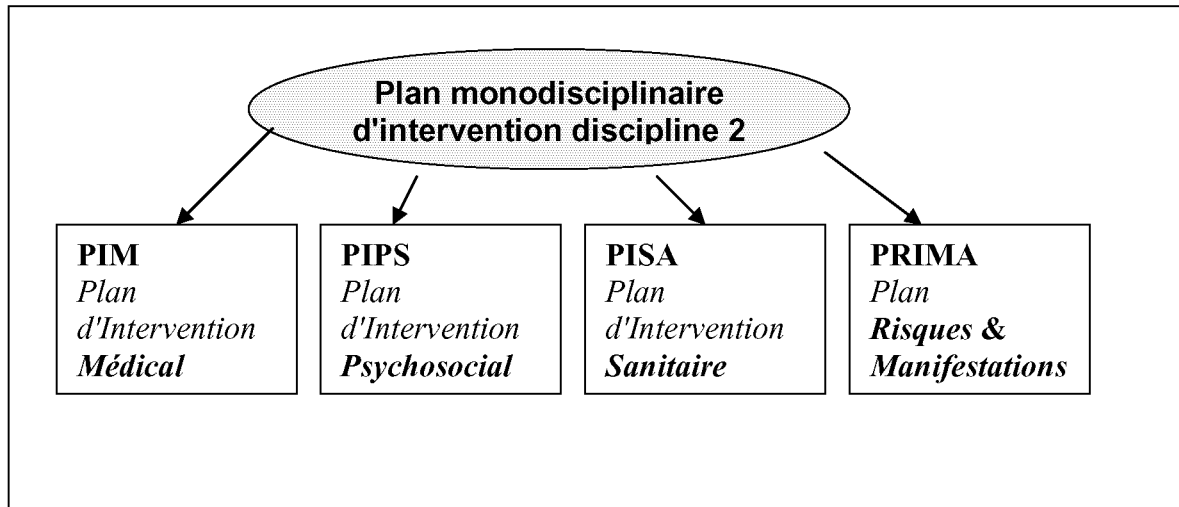
Il est donc nécessaire de préciser les modalités de mise en œuvre d'une structure de coordination et l'organisation des moyens de la chaîne des secours médicaux et psychosociaux pour faire face :

- à un (important) afflux de victimes,
  - à une situation sanitaire exceptionnelle et/ou un danger pour la santé publique,
- et d'éviter le plus possible de déstabiliser l'organisation et la structure de l'aide médicale urgente quotidienne.

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

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

Cette démarche s'inscrit dans la politique générale de prévention des risques du gouvernement fédéral et conduit à la mise en place d'un **PLAN MONODISCIPLINAIRE DE LA DISCIPLINE 2**, dont le PIM constitue l'ossature. Le PIPS a été publié en 2007 et est disponible auprès du SPF Santé, le PISA et le PRIMA suivront ultérieurement.

Composantes du plan monodisciplinaire pour la discipline 2

*Cohérence des différents volets.*

### **3. LEXIQUE DANS LE PLAN D'URGENCE**

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

## **II. PLAN D'INTERVENTION MEDICAL : PIM**

### **1. OBJECTIFS**

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

Le plan monodisciplinaire D2 a pour objectifs :

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

## **2. FONCTIONNEMENT & STRUCTURE**

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

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

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

### **2.1 DÉFINITION DE L'ALERTE**

L'alerte décrit les actions que doit prendre le préposé du CS100 (système d'appel unifié ou dispatching médical territorialement compétent) pour mobiliser les moyens du PIM en les avertissant selon des procédures et principes préalablement définis.

#### **2.1.1. Personnes autorisées**

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

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

Les personnes suivantes sont habilitées à activer le PIM :

- le Dir-Med ou son adjoint,
- ou le premier SMUR sur les lieux qui assume alors temporairement la fonction de Dir-Med.
- l'IHF ou son délégué,
  
- le médecin de garde du service de « Incident and Crisis Managment » de la Direction Générale DG2 du SPF Santé publique (ICM DG2).

Le PIM peut également être activé en application d'accords internationaux.

#### **2.1.2. Niveaux d'alerte**

- **Préalerte :**

La préalerte a pour objectif :

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

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

- **Alerte :**

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

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

## **2.2. ACTIVATION DU PIM**

-L'activation (ALERTE) se fait par un appel au centre d'appel unifié 100 (CS100)

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

activation *automatique* du PIM par le système d'appel unifié ou le dispatching médical si les indications recueillies par celui-ci lors de l'appel concernent :

- **>= 5 blessés graves ;**
- **>= 10 blessés dont les blessures ou la gravité des lésions sont inconnues ;**
- **>= 20 personnes susceptibles d'être en danger ou à évacuer (sauf survenant dans des opérations de maintien de l'ordre).**

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

### **2.2.1. Préalerte**

En cas d'évènement susceptible de conduire à une décision d'alerte, les personnes suivantes sont mises en préalerte par le CS100 :

- l'Inspecteur d'hygiène fédéral (IHF), ainsi que sont adjoint ;
- le Directeur de l'Aide Médicale (Dir-Med) de garde.

Ces personnes décident, après concertation, de l'extension éventuelle de la préalerte aux :

- Moyens d'intervention rapide (MIR) ;
- Psychosocial manager (PSM) ;
- Directeur de l'aide médicale Adjoint (AdjDir-MED).

### **2.2.2. Alerte**

Si la situation de déclenchement de l'alerte est rencontrée, le CS100 exécute les actions suivantes :

- Mise en alerte de l'IHF (+ AdjIHF) ;
- Mise en alerte du DIR-MED (+Adj DIR-MED) ;
- Envoi sur place de 3 SMUR ;
- Envoi sur place de 5 ambulances.

Envoi du MIR sur avis du DIR-MED ou si le nombre de victimes avérées est d'au moins 5 blessés graves ou 10 blessés de toute gravité.

### **2.2.3. Montée en puissance**

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

La montée en puissance se fait :

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

### **2.3. COORDINATION OPÉRATIONNELLE**

La coordination opérationnelle est assurée à partir du Poste de Commandement Opérationnel (PC-Ops) mis en place à proximité des lieux de l'intervention, dans un endroit sécurisé.

Le PC-Ops assure également la coordination stratégique dans l'attente de la mise en place d'un comité de coordination stratégique.

Le DIR-MED dirige la discipline médicale (D2) et participe activement aux activités du PC OPS. Il peut, pour l'accomplissement de ses missions, être assisté par un Adj Dir-MED et par le COORD Psychosocial local.

Le CS100 assure la mise en alerte des intervenants ainsi que les communications entre les différents intervenants. Le CS100 active notamment les plans de mise en alerte des services hospitaliers (plans MASH) des hôpitaux.

Afin de pouvoir remplir pleinement son rôle de coordinateur de mise en œuvre des moyens et pour garantir un flux clair de l'information, le CS 100 peut mettre un de ses préposés à la disposition du PC-Ops ; il sera sous la direction du Dir-Med et sera responsable de la bonne communication et de l'échange d'informations entre le PC-Ops, le Dir-Med et le CS 100.

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

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

### **2.4. COORDINATION STRATÉGIQUE**

L'autorité compétente (niveau fédéral : le ministre, niveau provincial : le gouverneur, niveau communal : le bourgmestre) assure la coordination stratégique des mesures destinées à soutenir les actions opérationnelles.

L'IHF participe activement aux activités du comité de coordination et peut, pour l'accomplissement de ses missions, être assisté par un adjoint et par le PSM.



## **2.5. ORGANISATION SUR LE SITE D'INTERVENTION**

### **2.5.1. Définition des zones :**

L'organisation du site d'intervention se fonde sur la notion de zonage :

- zone rouge
- zone orange
- zone jaune

Les moyens de la discipline 2 se déploient dans la zone orange.

#### **2.5.1.1. Représentation schématique du site de la catastrophe :**

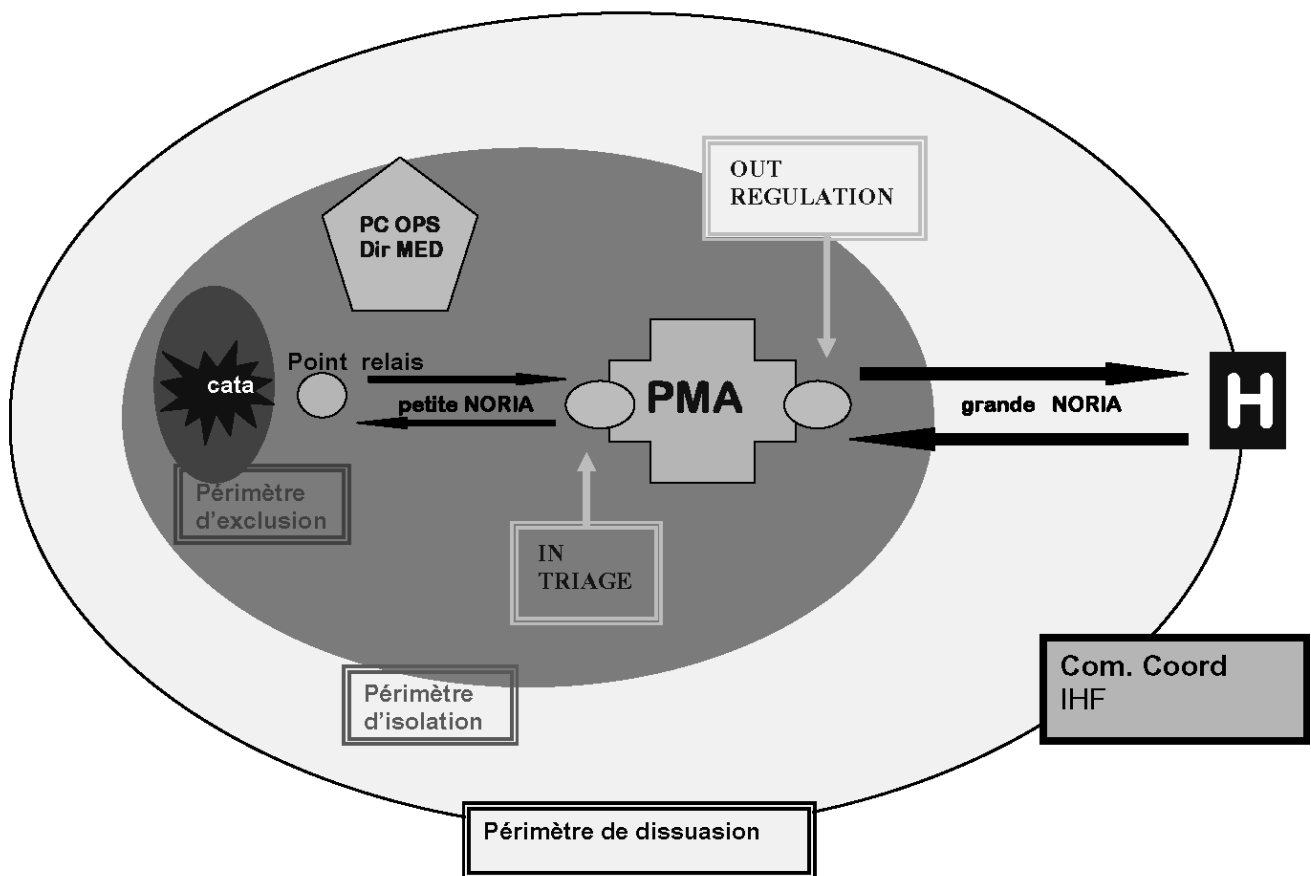


Schéma à titre illustratif

#### **2.5.1.2. Zone Rouge :**

La zone rouge est délimitée par un périmètre d'exclusion.

Les opérations de sauvetage sont effectuées par les membres de la discipline 1.

Les victimes sont sorties de la zone rouge, hors du périmètre d'exclusion, en vue d'être regroupées hors de la zone de danger et d'être confiées, au point relais, à la discipline 2.

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

Cette présence, exceptionnelle, peut avoir pour but de stabiliser 1 ou plusieurs blessés se trouvant potentiellement dans une situation d'extrême urgence et/ou de procéder à un pré-tri si celui-ci ne peut être effectué au niveau du point relais.

**2.5.1.3. Zone Orange :**

La zone orange est délimitée par un périmètre d'isolation.

Elle comprend l'espace nécessaire à l'action des services d'intervention : le PC-Ops, le PMA, les parcours de ramassage et d'évacuation des victimes.

La communication avec la zone rouge se fait à travers le point relais.

**2.5.1.4. Zone Jaune :**

La zone jaune est délimitée par un périmètre de dissuasion.

La zone doit restée dégagée pour faciliter l'accès des services d'intervention à la zone sinistrée.

**2.5.2. Tâches de la discipline 2 :**

L'article 11, §1er, de l'AR du 16 février 2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention définit les tâches minimales de la discipline 2, à savoir :

- Créer la chaîne médicale ;
- Apporter les soins médicaux et psychosociaux aux victimes et aux personnes concernées par la situation d'urgence ;
- Transporter les victimes ;
- Prendre les mesures nécessaires en vue de protéger la santé de la population.

Par ailleurs, la discipline 2 doit également veiller à :

- évaluer la situation sanitaire médicale globale,
- évaluer les mesures prises et les adapter si nécessaire,
- informer constamment le CS100.

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

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

### 2.5.3. La chaîne médicale :

#### 2.5.3.1 Point relais :

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

#### 2.5.3.2 Pré-tri ou Tri Chantier (tri qui chasse)

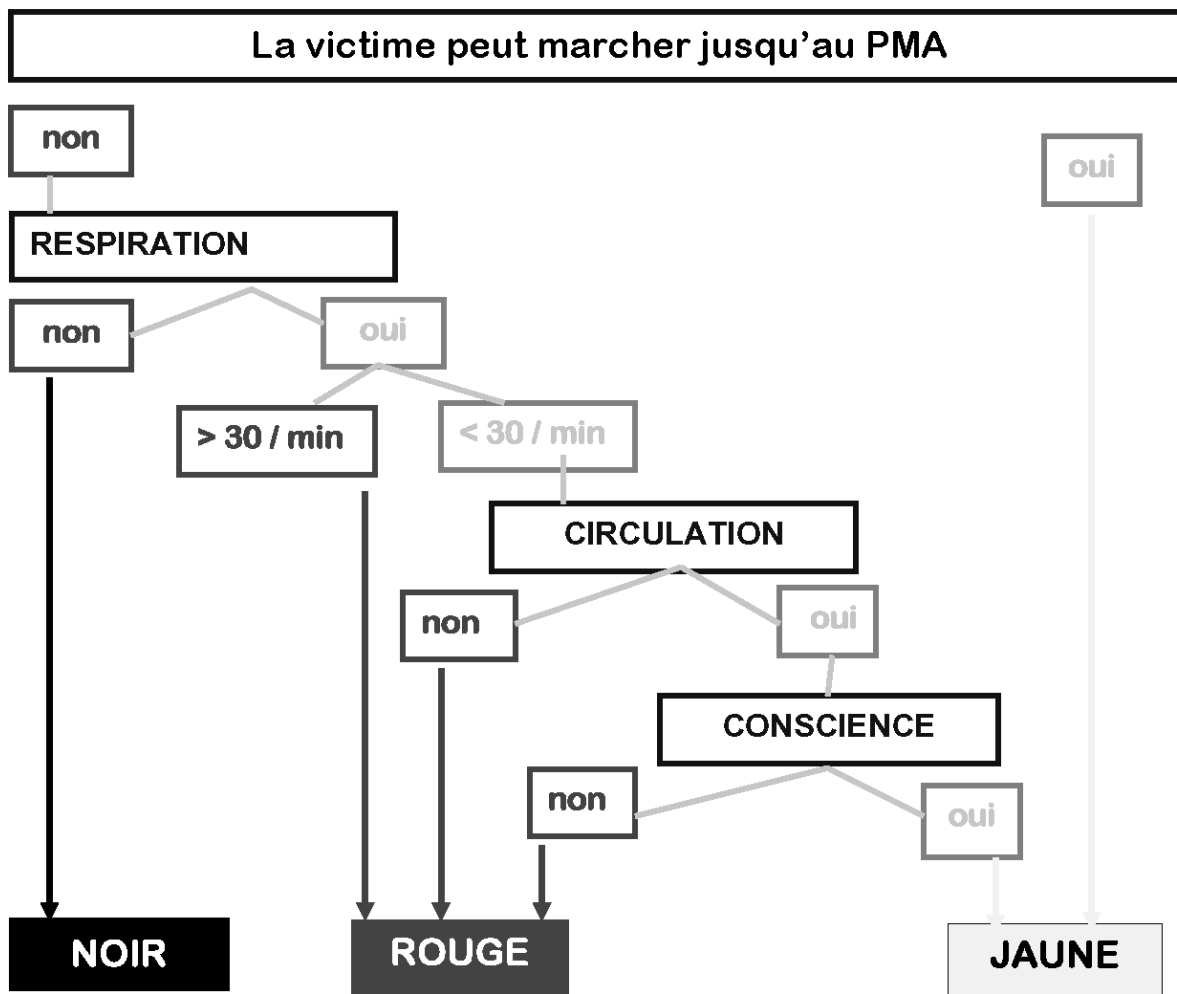
Le **pré-tri** consiste en une première évaluation médicale rapide visant à indiquer la priorité au relevage : il est basé sur le système START, réalisé au point relais.

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

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

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

#### 2.5.3.3. Principe de tri chantier : START :



#### **2.5.3.4. Petite noria**

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

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

La médicalisation des victimes pendant le transport du PRÉ-TRI vers le TRI s'effectue exclusivement avec l'accord du Dir-Med, selon les ressources disponibles et uniquement en l'absence de risques résiduels.

#### **2.5.3.5. Poste Médical Avancé (PMA)**

##### **Fonction du PMA**

Le PMA réalise les tâches suivantes :

- identification et enregistrement des victimes ;
- tri ;
- mise en condition ;
- orientation suivant les disponibilités d'accueil et de traitement (hôpitaux ou centres d'accueil).

Le tri catégorise les victimes en catégorie T1 T2 T3

- T1 : traitement médical immédiat nécessaire : danger pour la vie, pour un membre (ex : main écrasée) ou un organe (ex : œil). Admission hospitalière urgente indiquée.  
Correspond au lièvre de la fiche « METTAG ».
- T2 : pas de danger vital mais nécessité de soins médicaux, admission hospitalière différée de quelques heures indiquée.  
Correspond à la tortue de la fiche « METTAG ».
- T3 : traitement médical qui peut-être postposé ou non indispensable (contusions, plaies mineures, choc émotionnel, ...) : ambulance non nécessaire mais nécessité de reconnaissance et d'identification.

Les catégories T sont équivalentes aux catégories U françaises (T1 = U1, T2 = U2, T3 = U3).

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

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

Une liste des victimes (blessées et indemnes) est établie au PMA.

##### **Organisation du PMA**

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

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

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

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

Le tri permet un enregistrement uniforme des victimes.

Une **zone de soins** qui vise à :

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

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

- Réguler l'évacuation ;
- Orienter vers les victimes vers les services adéquats ;
- Choisir le moyen de transport adapté et décider d'une éventuelle médicalisation ;
- Assurer le secrétariat des patients quittant le PMA.

### Positionnement du PMA

Le PMA est installé en zone orange, en lieu sûr (direction du vent, évaluation du risque évolutif, en concertation mutuelle au PC-Ops), à proximité d'une voie d'accès permettant le transit et le parking des ambulances.

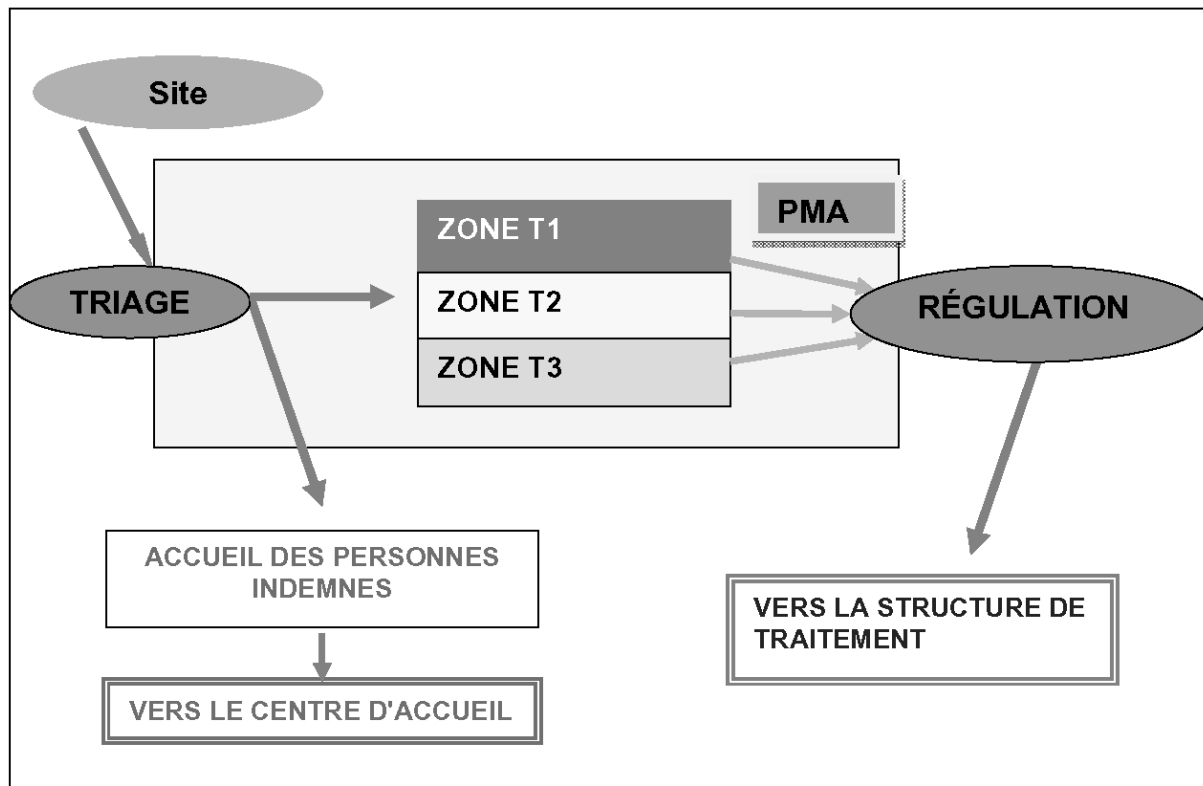
Le PMA peut être installé :

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

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

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

### 2.5.3.6. Flux des victimes sur le site de la catastrophe



### **2.5.3.7. La grande noria**

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

- Transfert vers :
  - Les services appropriés
  - Les structures du Plan d'intervention psychosocial (PIPS).

### **2.5.3.8. Parc ambulancier**

Afin de s'assurer que les ambulances ou autres véhicules n'entravent pas le déroulement efficace de l'évacuation, tous les véhicules sont appelés au départ d'un point de RV et garés méthodiquement dans un parc ambulancier.

Désigné après concertation multidisciplinaire (concertation mutuelle ou PC-Ops), dans la zone jaune à proximité du PMA.

Une surface dégagée (prairie, terrain de football) pourra servir d'héliport.

La gestion de ce parc ambulancier est confiée à un COORDINATEUR PARC AMBULANCIER, en concertation avec le RÉGULATEUR.

Les moyens ne peuvent se rendre sur le site que moyennant l'accord du PC-Ops.

### **2.5.3.9. Point de première destination (PPD)**

Désigné après concertation multidisciplinaire (concertation mutuelle ou PC-Ops), dans la zone jaune, à distance raisonnable de la catastrophe et dos au vent.

De préférence géré par la police ou les pompiers.

Assez grand pour pouvoir accueillir les moyens de toutes les disciplines (y compris les camions de la D1 et de la D4), la plupart du temps un grand parking existant ou une rue large.

## **2.6. SERVICES D'ACCUEIL DES VICTIMES**

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

Ces services sont, entre autres :

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

L'activation du plan MASH des hôpitaux permet l'adressage, dans ces hôpitaux, du nombre de patients correspondant à leur capacité d'accueil définie dans le plans MASH et validée par la COAMU.

Deuxièmement, l'institution informe le CS100 de l'activation de son plan interne et communique la capacité des lits disponibles.

La régulation dispatche les patients dans les différents hôpitaux, en fonction des places disponibles, afin d'éviter qu'un hôpital ne soit surchargé.

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

### **3. PERSONNEL ET MOYENS**

#### **3.1 PERSONNEL DE COORDINATION**

##### **3.1.1. Personnel appelable dans le cadre d'une permanence de garde**

###### ***Inspecteur d'Hygiène fédéral (IHF)***

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

Est assisté par son adjoint pour ce qui concerne l'appui opérationnel.

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

###### ***Directeur de l'aide médicale (Dir-Med)***

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

Le Dir-Med travaille sous l'autorité administrative de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral ou de son délégué.

Le rôle de DIR-MED est assuré par le médecin du 1<sup>er</sup> SMUR jusqu'à l'arrivée du DIR-MED de garde. Il garde ce rôle par défaut.

###### ***Psychosocial Manager (PSM)***

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

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

###### ***Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint (adj IHF)***

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

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

##### **3.1.2. Fonctions devant être remplies par le personnel appelé en renfort**

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

###### ***Dir-Med adjoint (adj DIR-MED)***

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

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

**Médecin-TRI (et son adjoint)**

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

**Adjoint TRI**

Infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI.

**Coordinateur Poste médical avancé (COORD-PMA)**

Médecin ou infirmier SMUR qui organise et coordonne la totalité du fonctionnement du PMA. Il assure une répartition adéquate des tâches et l'organisation des différentes zones de catégorisation.

Il assure le suivi de l'exécution par les autres collaborateurs (médecins et infirmiers) des missions du médecin PMA et veille au bon déroulement des activités.

Fait rapport au Dir-Med et s'accorde avec le COORD REG.

**COORD Régulation (et son adjoint)**

Médecin ou infirmier SMUR responsable de la régulation.

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

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

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

**Coordinateur Secrétariat**

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

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

**Coordinateur Logistique.**

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

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

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

**Coordinateur Parc ambulancier**

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

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

**Coordinateur liaison CS 100 - DISP MED**

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

**Staf opérationnel**

Étant donné la diversité des fonctions, y compris au niveau du PC-Ops, l'encadrement technico-administratif du Dir-Med et la nécessité de fournir en permanence à l'IHF les informations nécessaires et correctes, des collaborateurs opérationnels peuvent être prévus pour la D2.

(Liste des victimes, liste des évacuations, liste des effectifs, ...).



### **3.2 PERSONNEL ET MOYENS D'INTERVENTION**

Le personnel engagé en première intention est :

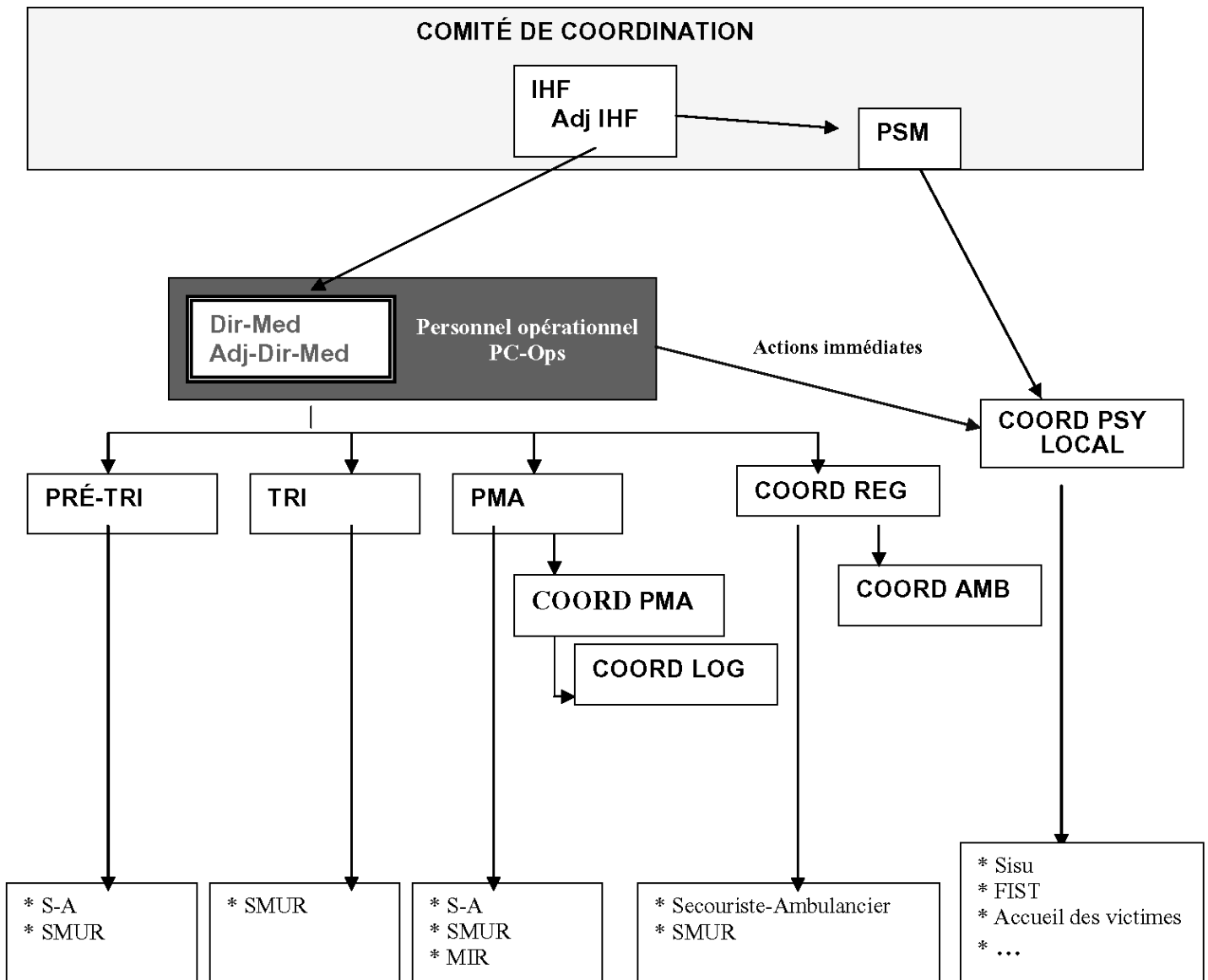
- Les équipes SMUR
- Les secouristes ambulanciers
- L'équipe PIT (éventuelle)
- Le (les) MIR
- La Croix-Rouge.

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

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

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

### **3.3 SCHÉMA HIÉRARCHIQUE**



### 3.4. SCHÉMA DES COMMUNICATIONS

Principe général régissant les communications : limiter au maximum les groupes de fréquence radio auxquelles les intervenants doivent se connecter.

- les « décideurs » sont, au maximum, sur deux groupes

IHF et Adj IHF :	groupe Dir Med01 et groupe CC (selon niveau : CCP ou CCC)
Dir-Med et Adj Dir-Med :	groupe Dir Med01 et groupe PC-Ops
Régulateur :	groupe Dir Med01 et groupe KTA/RAMP1
Med Pré-TRI :	groupe Dir Med01 et groupe KTA/RAMP2
Med PMA	groupe Dir Med01 et groupe KTA/RAMP3

- les « exécutants » se connectent sur un seul groupe :

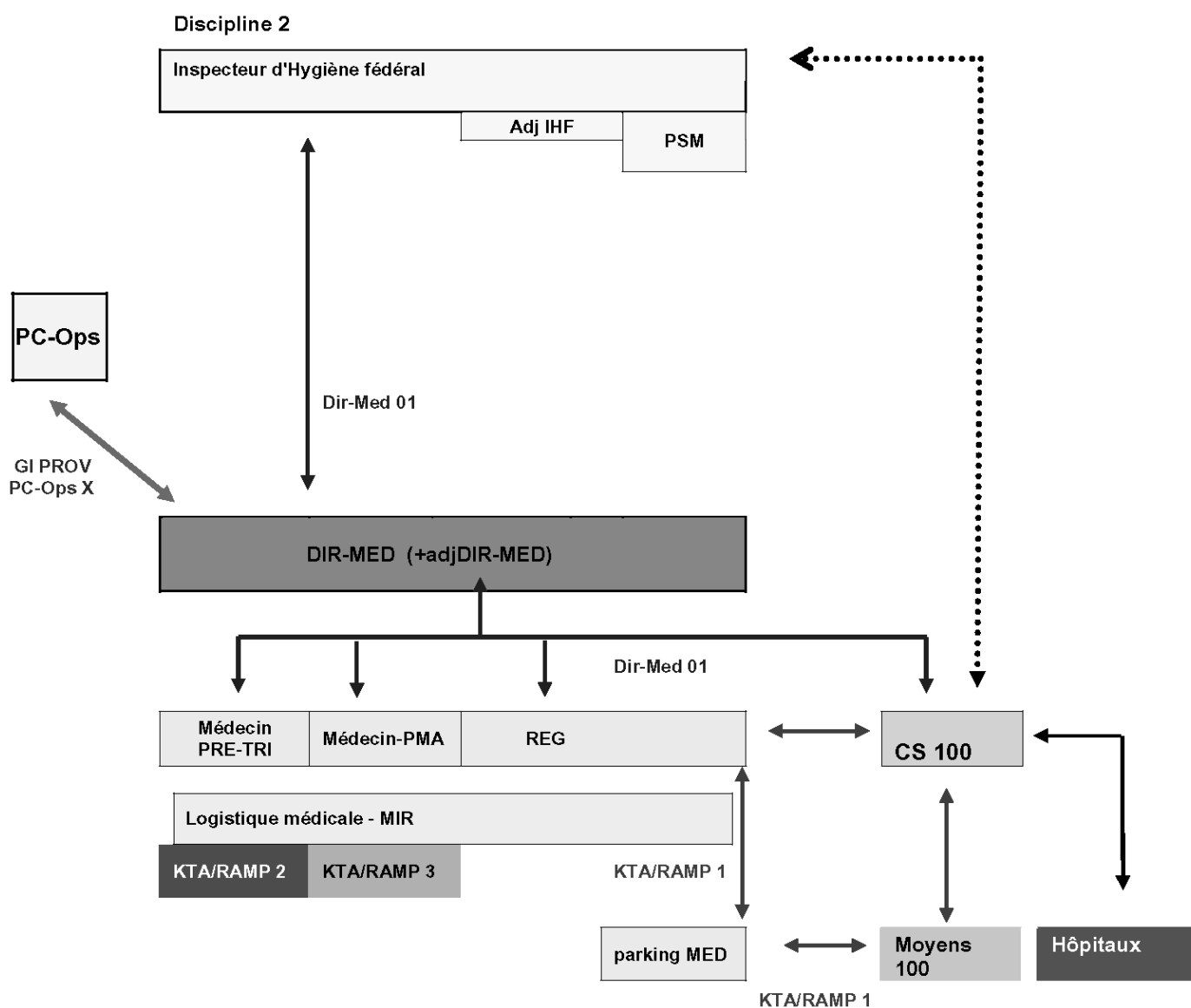
Groupe Dir-Med01 : Dir-Med, Adj Dir-Med, IHF, Adj IHF, Med Tri, Med PMA, Reg, PSM

Groupe KTA/RAMP1 : correspond au groupe opérationnel D2  
= tous les moyens envoyés par le CS100, Régulation, Evacuation.

Groupe KTA/RAMP2 : correspond au chantier  
= pré-tri, activé uniquement si nécessaire.

Groupe KTA/RAMP3 : correspond au PMA  
activé uniquement si nécessaire.

Le CS100 est à l'écoute de tous les groupes.

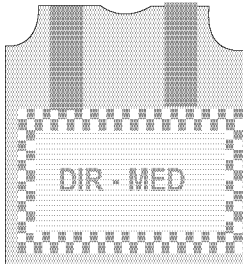


### **3.5. IDENTIFICATION DES INTERVENANTS**

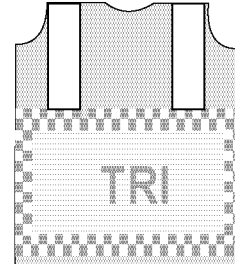
L'ensemble des intervenants sera identifié par des chasubles de couleur (signalement vert pour la D2) reprenant la fonction et l'identification.

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

Exemple de fonction stratégique et dirigeante



Fonction exécutive



### **3.6. MOYENS MÉDICAUX - LOGISTIQUES**

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

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

#### **3.6.1. MOYENS HABITUELS D2**

Les moyens engagés en première intention sont :

- Les ambulances de l'AMU
- Les équipes SMUR
- Les éventuelles équipes PIT.

Ils doivent se rendre immédiatement au point de RV.

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

#### **3.6.2. MOYENS SPÉCIFIQUES D2**

MIR ou Moyens d'Intervention Rapide.

Correspondent aux « lots catastrophe » gérés précédemment par les hôpitaux et la protection civile : il s'agit de moyens spécifiquement prévus dans le but d'être mis en œuvre pour la D2 en cas de catastrophe et dès lors constamment tenus à la disposition de la D2 par la Croix-Rouge.

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

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

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

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

### **3.6.3 MOYENS ADDITIONNELS**

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

### **4. FIN DU PIM**

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

- Du Dir-Med
- De l'Inspecteur d'Hygiène fédéral.

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

Ce rapport contiendra au minimum :

Les services engagés,

Les actions prises (+ timing),

La liste des victimes (+ traçabilité).

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

### **5. LIEN AVEC LE PIPS**

#### **Représentant du PIPS sur le site de la catastrophe**

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

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

Par le biais du PC-Ops, il demandera le transport des victimes et des personnes indemnes, dont l'évacuation vers une structure hospitalière n'est pas nécessaire, vers le centre d'accueil.

Cela signifie que le transport est organisé soit par le PC-Ops, soit par le CC à l'initiative du PC-Ops.

#### **Actions du PIPS en phase aiguë**

Les actions sont décrites en totalité dans le PIPS.

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

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

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

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

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

## **6. FICHES DE CONSIGNES**

Les fiches de consignes doivent faire partie intégrante du PIM.

Elles précisent les actions à prendre et les compétences des différents intervenants de la discipline 2, tant pour le fonctionnement général dans le cadre du PIM que pour ce qui concerne des consignes et accords plus spécifiques au niveau des particularités provinciales mais toujours en adéquation avec les consignes générales qui font l'objet de la présente circulaire.

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

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

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

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

### **III FORMATION & EXERCICES**

#### **1. INFORMATION**

Le plan indique les modalités de diffusion et de communication vers les intervenants ainsi que les procédures de mise à jour.

#### **2. FORMATION ET POLITIQUE D'EXERCICE**

Le plan prévoit les modalités de formation théorique des intervenants ainsi que la fréquence des exercices. Cette connaissance devra ensuite être affinée dans le cadre d'une politique d'exercice bien organisée.

L'objectif est de former les différents intervenants à collaborer au sein d'une organisation et avec des collaborateurs d'autres disciplines.

Cette formation portera également sur la vision et sur la coordination intra- et pluridisciplinaire. La formation commune doit être considérée comme une première étape vers le succès dans l'approche multidisciplinaire de la lutte contre les catastrophes.

**IV LÉGISLATION & HISTORIQUE**

Aperçu de la législation en vigueur

<b>Législation</b>	<b>Article</b>	
Loi 8/7/1964	Art. 1	Définition de la mise en œuvre générale de l'AMU
AR 2/4/65	Art. 7, 3 <sup>e</sup> alinéa, 1 <sup>o</sup>	Mise en œuvre du SMUR dans les incidents collectifs
AR 10/08/98	Art. 4, 3 <sup>o</sup>	Rédaction et approbation du PIM
AR 02/02/07	Totalité du texte	Définition du Dir-Med
AR16/02/06	Art. 11	Définition et tâches de la discipline 2
NPU-1		Spécification des tâches de la discipline 2 (circulaire apportant des explications sur l'AR du 16/02/06)
NPU-2		Circulaire ministérielle NPU-2 relative au plan général d'urgence et d'intervention du gouverneur de province
NPU-4		Circulaire ministérielle NPU-4 relative aux disciplines

**LISTE AVEC ABRÉVIATIONS POUR LA DISCIPLINE 2**

<b><i>Plan d'Intervention médicale (PIM)</i></b>	<i>Subdivision du plan monodisciplinaire d'intervention pour la discipline 2. Contient toutes les mesures prises pour organiser et fournir des secours et des soins adaptés aux victimes lors de situations d'urgence médicale collective.</i>
<b><i>Mise en alerte du PIM</i></b>	<i>Lancement de la chaîne médicale des secours lorsque les critères de lancement du Plan d'intervention médicale sont remplis.</i>
<b><i>Mise en préalerte du PIM</i></b>	<i>Mise en préalerte des intervenants principaux du Plan d'intervention médical.</i>
<b><i>Chaîne médicale des secours</i></b>	<i>Les moyens et le personnel pouvant faire l'objet d'une réquisition en vertu de la loi du 8 juillet 1964 relative à l'Aide médicale urgente (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).</i>
<b><i>Poste médical avancé (PMA)</i></b>	<i>Structure transitoire pré-hospitalière qui permet d'assurer le triage et la stabilisation des victimes, leur mise en condition, l'enregistrement et l'identification des victimes ainsi que leur évacuation régulée vers les hôpitaux (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).</i>
<b><i>Inspecteur d'Hygiène fédéral (IHF)</i></b>	<i>Médecin, fonctionnaire du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement, membre du comité communal ou provincial de coordination en tant que représentant de la discipline 2, habilité à prendre des mesures administratives au nom du Ministre et officier de liaison pour la cellule de crise départementale du SPF Santé publique, Sécurité de la chaîne alimentaire et Environnement.</i>
<b><i>Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint (Adj-IHF)</i></b>	<i>Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant à l'Inspecteur d'Hygiène fédéral.</i>
<b><i>Directeur de l'aide médicale (Dir-Med)</i></b>	<i>Médecin exerçant la direction opérationnelle de l'ensemble des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux affectés à la chaîne médicale des secours, quels que soient leurs services d'origine. Le Dir-Med travaille sous l'autorité administrative de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral qui siège au sein du comité de coordination (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).</i>
<b><i>Directeur de l'aide médicale adjoint (Adj-Dir-Med)</i></b>	<i>Adjoint du Dir-Med, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant au Dir-Med.</i>
<b><i>Psychosocial Manager (PSM)</i></b>	<i>Adjoint de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral qui contribue à la coordination de l'aide psychosociale au sein de la discipline 2 et qui veille au fonctionnement du Plan d'intervention psychosociale (conformément au PIPS).</i>
<b><i>Coordinateur PMA</i></b>	<i>Responsable du PMA pour ce qui concerne tous les aspects non médicaux. Personne qui veille à ce que le PMA soit</i>



	<i>correctement mis en place et à ce que l'approvisionnement des moyens logistiques destinés au PMA soit assuré.</i>
<b>Médecin-TRI</b>	<i>Médecin SMUR qui effectue le tri.</i>
<b>Adjoint-TRI</b>	<i>Infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI.</i>
<b>Médecin-PMA</b>	<i>Médecin qui assure la coordination médicale du PMA.</i>
<b>Adjoint-PMA</b>	<i>Infirmier qui assiste le médecin-PMA.</i>
<b>Coordinateur Régulation</b>	<i>Personne qui, en cas de situation d'urgence collective, est chargée de la régulation sur le terrain, conformément aux règles du Plan d'intervention médicale.</i>
<b>Coordinateur Logistique</b>	<i>Responsable du soutien logistique des actions médicales sur le site de la catastrophe.</i>
<b>Coordinateur du parc ambulancier</b>	<i>Responsable du parc ambulancier qui veille à ce que les ambulances soient correctement garées afin qu'elles soient rapidement à disposition sur le lieu d'intervention. Il est désigné sur la base de son expérience ou de sa connaissance du PIM.</i>
<b>Moyens logistiques médicaux</b>	<i>Moyens mis en oeuvre pour l'installation et l'équipement du poste médical avancé. Ces moyens sont transportés avec le personnel dans des véhicules prévus à cet effet.</i>
<b>Triage préalable (pré-tri)</b>	<i>Première évaluation clinique rapide réalisée à la limite entre la zone rouge et la zone orange. Les victimes sont réparties en groupes en vue de leur évacuation d'urgence de la zone rouge vers le poste médical avancé.</i>
<b>Tri</b>	<i>Évaluation médicale clinique réalisée à l'entrée du poste médical avancé, au cours de laquelle les victimes sont réparties selon le degré d'urgence en fonction de la gravité de leurs blessures.</i>
<b>Fiche de tri</b>	<i>Méthode d'enregistrement standard des données personnelles et médicales qui restent auprès de la victime tout au long de la chaîne médicale des secours, depuis le site de l'urgence jusqu'à l'hôpital.</i>
<b>Mise en condition</b>	<i>Préparer la victime à être transportée en vue d'une évacuation régulée.</i>
<b>Stabilisation</b>	<i>Ensemble d'actes médicaux visant à optimiser l'état du patient de façon à accroître ses chances de bénéficier d'un traitement adéquat.</i>
<b>Petite noria</b>	<i>Évacuation des victimes à partir du point de transfert vers le poste médical avancé (PMA).</i>
<b>Grande noria</b>	<i>Évacuation régulée des victimes à partir du poste médical avancé (PMA) vers les structures adéquates de prise en charge et/ou de traitement.</i>
<b>Medical Emergency field Triage Tag (METTAG)</b>	<i>Concept international pour une fiche avec code universel qui indique l'évolution de la gravité des blessures et facilite l'enregistrement de la victime.</i>

<b>MIR</b>	<p><i>Moyens d'intervention rapide.</i></p> <p><i>Ensemble des moyens (personnel et véhicules) du D2 en cas de catastrophe, qui sont apportés sur place par un partenaire, composé d'un partie FIT MED et FIT LOG.</i></p>
<b>FIT MED</b>	<p><i>First Intervention Team Medical</i></p> <p><i>Véhicule avec le matériel d'origine médical pour installer et faire fonctionner un poste médical avancé, l'oxygène, des coffres pour soigner les victimes, les médicaments en surplus, des coffres avec des pansements, couvertures, ...</i></p>
<b>FIT LOG</b>	<p><i>First Intervention Team Logistique</i></p> <p><i>Véhicule avec le matériel d'origine logistique, pour le fonctionnement et l'organisation d'un poste PMA et le chaîne de secours D2.</i></p> <p><i>Civière, tente, groupe électrogène, lumière.</i></p>
<b>Aide médicale urgente (AMU)</b>	<p><i>La dispensation immédiate de secours appropriés à toutes les personnes dont l'état de santé par suite d'un accident ou d'une maladie soudaine ou de la complication soudaine d'une maladie requiert une intervention urgente après un appel au système d'appel unifié. L'aide, le transport et la prise en charge dans un service hospitalier adéquat sont assurés (conformément à la loi du 8 juillet 1964 relative à l'Aide médicale urgente).</i></p>
<b>Centre de secours 100 / système d'appel unifié / centrale 100 (CS 100)</b>	<p><i>Organisation de l'Aide médicale urgente consistant en un numéro d'appel unifié et du personnel répondant aux appels urgents selon les règles imposées par le SPF Santé publique.</i></p>
<b>Commission d'Aide médicale urgente (CoAMU)</b>	<p><i>La Commission d'Aide médicale urgente est un organe consultatif pour les autorités provinciales et communales. Les Commissions regroupent tous les acteurs actifs dans le secteur de l'Aide médicale urgente au niveau des provinces et de l'arrondissement administratif de Bruxelles-Capitale, et ce sous la présidence de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (conformément à l'AR du 10 août 1998).</i></p>
<b>Service mobile d'urgence (SMUR)</b>	<p><i>Fonction 'service mobile d'urgence' agréée et intégrée par le Ministre de la Santé publique dans le fonctionnement de l'Aide médicale urgente. L'équipe SMUR, composée d'un médecin et d'un infirmier urgentistes se rend à un endroit donné à la demande du préposé du système d'appel unifié (conformément à l'AR du 10 août 1998).</i></p>
<b>Service d'ambulance</b>	<p><i>Service d'ambulance organisé par les pouvoirs publics et visé à l'article 5, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 8 juillet 1964.</i></p> <p><i>Service ambulancier organisé par des personnes privées qui, en application de l'article 5, alinéa 3 de la même loi, ont accepté, en accord avec l'État, de collaborer à l'aide médicale urgente (conformément à l'AR du 2 avril 1965 déterminant les modalités d'organisation de l'aide médicale urgente, art 1<sup>er</sup>, 6<sup>o</sup>).</i></p>
<b>Team d'Intervention paramédicalisé (PIT)</b>	<p><i>Ambulance 100 dont l'équipage est complété d'un infirmier porteur de la compétence en soins d'urgence.</i></p>

<b><i>Victime (directe) / personne directement impliquée</i></b>	<i>Toute personne directement confrontée à une situation d'urgence, présente au moment des faits (personne décédée, blessée, indemne, témoin sur les lieux).</i>
<b><i>Impliqué Personne indemne</i></b>	<i>Toute personne présente lors d'une situation d'urgence collective et qui ne semble pas avoir de blessures physiques.</i>
<b><i>Service d'Intervention sociale urgente (SISU)</i></b>	<i>Service de la Croix-Rouge de Belgique qui assiste la discipline 2 dans le cadre de la prise en charge psychosociale des victimes dans des situations d'urgence collective. Ce service constitue une unité opérationnelle dans le cadre de la mise en œuvre du PIPS.</i>
<b><i>Plan Belgian association for burns injuries (Plan BABI)</i></b>	<i>Plan national organisant le nombre de lits pour grands brûlés et la coordination des différents centres de traitement des grands brûlés.</i>
<b><i>Dispositif médical préventif</i></b>	<i>Ensemble des mesures médico-sanitaires établies préalablement aux événements planifiés comportant d'éventuels risques pour les participants et / ou le public, en concertation avec les organisateurs et les autorités compétentes (conformément à l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).</i>
<b><i>Plan d'Intervention psychosociale (PIPS)</i></b>	<i>Subdivision du plan d'intervention monodisciplinaire pour la discipline 2. Le plan active et coordonne l'aide psychosociale pour toutes les personnes impliquées dans des situations d'urgence collective, tant en phase aiguë que dans le soutien à plus long terme.</i>
<b><i>Responsable de l'Aide psychosociale (R-APS)</i></b>	<i>Le R-APS veille à la mise en place du soutien communal (Centre d'Accueil, Centre d'Information téléphonique, Centre d'Encadrement des Proches, Centre de Traitement de l'Information) du PIPS et garantit la présence de personnel et de moyens matériels en suffisance. Le R-APS travaille sous l'autorité administrative du bourgmestre et de l'Inspecteur d'Hygiène fédéral (conformément au PIPS).</i>
<b><i>Centre d'accueil (CA)</i></b>	<i>Centre proposant une première prise en charge psychosociale aux personnes indemnes et aux éventuels témoins oculaires directement impliqués dans la situation d'urgence. Si nécessaire, des mesures sont prises pour un séjour de longue durée. La localisation et l'organisation du CA sont déterminées par le Plan d'urgence et d'intervention communal (conformément au PIPS).</i>
<b><i>Endroit de regroupement</i></b>	<i>Lieu où sont regroupées les personnes indemnes avant d'être éloignées du site de la catastrophe.</i>
<b><i>Hôpital doté de la fonction 'Soins urgents spécialisés'</i></b>	<i>Hôpital doté d'une fonction 'Soins urgents spécialisés' agréée (conformément à l'AR du 27 avril 1998).</i>
<b><i>Plan MASH</i></b>	<i>Plan de 'mise en alerte des services hospitaliers'. Chaque hôpital doit élaborer un plan d'action comprenant un 'volet interne' qui permet de faire face à un problème au sein de l'hôpital et un 'volet externe' qui permet de faire face à un afflux de victimes en cas de situation d'urgence collective (conformément à l'AR du 23 octobre 1964). Ce plan peut être considéré comme un PPUI, il est toutefois approuvé par le gouverneur de la province.</i>

**LISTE ALPHABÉTIQUE D'ACRONYMES POUR LA DISCIPLINE 2**

<b><i>Adj-Dir-Med</i></b>	<i>Dir-Med adjoint, assiste le Dir-Med</i>
<b><i>Adj-IHF</i></b>	<i>Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint</i>
<b><i>Adj-TRI</i></b>	<i>Infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI</i>
<b><i>Adj-PMA</i></b>	<i>Infirmier qui assiste le médecin-PMA</i>
<b><i>AMU</i></b>	<i>Aide médicale urgente</i>
<b><i>BABI</i></b>	<i>Belgian association for burn injuries</i>
<b><i>CA</i></b>	<i>Centre d'Accueil</i>
<b><i>CCC</i></b>	<i>Comité de coordination communal</i>
<b><i>CCP</i></b>	<i>Comité de coordination provincial</i>
<b><i>CCPS</i></b>	<i>Comité de coordination psychosociale</i>
<b><i>CIT</i></b>	<i>Centre d'Information téléphonique</i>
<b><i>CoAMU</i></b>	<i>Commission d'Aide médicale urgente</i>
<b><i>Coord. PMA</i></b>	<i>Officier Poste médical avancé</i>
<b><i>CS 100</i></b>	<i>Centre de secours 100, dispatching médical du système d'appel unifié</i>
<b><i>CTI</i></b>	<i>Centre de Traitement de l'Information</i>
<b><i>Dir-Med</i></b>	<i>Directeur de l'Aide médicale</i>
<b><i>IHF</i></b>	<i>Inspecteur d'Hygiène fédéral</i>
<b><i>Médecin-TRI</i></b>	<i>Médecin SMUR qui effectue le triage</i>
<b><i>Médecin-PMA</i></b>	<i>Médecin assurant la coordination médicale du Poste médical avancé</i>
<b><i>PC-Ops</i></b>	<i>Poste de commandement opérationnel</i>
<b><i>PIM</i></b>	<i>Plan d'Intervention médical</i>
<b><i>PIT</i></b>	<i>Team d'Intervention paramédicalisé</i>
<b><i>PIPS</i></b>	<i>Plan d'Intervention psychosociale</i>
<b><i>PMA</i></b>	<i>Poste médical avancé</i>
<b><i>Pré-tri</i></b>	<i>Triage préalable</i>
<b><i>PSM</i></b>	<i>Psychosocial Manager</i>
<b><i>R-APS</i></b>	<i>Responsable de l'Aide psychosociale</i>
<b><i>R-CA</i></b>	<i>Responsable du Centre d'Accueil</i>
<b><i>R-CEP</i></b>	<i>Responsable du Centre d'Encadrement des Proches</i>
<b><i>R-CIT</i></b>	<i>Responsable du Centre d'Information téléphonique</i>
<b><i>R-CTI</i></b>	<i>Responsable du Centre de Traitement de l'Information</i>
<b><i>SISU</i></b>	<i>Service d'Intervention sociale urgente</i>
<b><i>SMUR</i></b>	<i>Service mobile d'urgence</i>
<b><i>TIR</i></b>	<i>Team d'Intervention rapide</i>
<b><i>TRI</i></b>	<i>Triage</i>

# MEDISCH INTERVENTIEPLAN

## I. ALGEMENE PRINCIPES

1. DEFINITIE
2. CONTEXT
3. LEXICON IN DE NOODPLANNING

## II. MEDISCH INTERVENTIEPLAN - MIP

1. DOELSTELLING
2. WERKING EN STRUCTUUR
  - 2.1. DEFINITIE VAN DE ALARMERING
  - 2.2. ALARMERING
  - 2.3. OPERATIONELE COORDINATIE
  - 2.4. STRATEGISCHE COÖRDINATIE
  - 2.5. ORGANISATIE VAN HET INTERVENTIETERREIN
  - 2.6. ONTHAAL VAN SLACHTOFFERS
3. PERSONEEL EN MIDDELEN
  - 3.1. COÖRDINEREND PERSONEEL
  - 3.2. INTERVENIËREND PERSONEEL EN MIDDELEN
  - 3.3. HIËRARCHISCH SCHEMA
  - 3.4. COMMUNICATIESCHEMA
  - 3.5. IDENTIFICATIE VAN DE ACTOREN
  - 3.6. MEDISCH-LOGISTIEKE MIDDELEN
4. BEËINDIGING VAN HET MIP
5. LINK MET HET PSIP
6. ACTIEKAARTEN

## III. OPLEIDING EN OEFENINGEN

1. VERSPREIDING
2. OPLEIDING EN OEFENBELEID

## IV. WETGEVING EN HISTORIEK

LIJST MET AFKORTINGEN VOOR DISCIPLINE 2

ALFABETISCHE LIJST VAN ACRONIEMEN VOOR DISCIPLINE 2

## I. ALGEMENE PRINCIPES

### 1. DEFINITIE

Het monodisciplinair interventieplan regelt de interventiemodaliteiten van één discipline, in overeenstemming met de bestaande nood- en interventieplannen (KB van 16/02/06 betreffende de nood- en interventieplannen, art 4).

Voor discipline 2 bevat het de maatregelen, genomen in uitvoering van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening, voor de organisatie van de hulpverlening in geval van rampspoedige gebeurtenissen, catastrofes of schadegevallen binnen een multidisciplinair kader.

De hierna volgende tekst is bedoeld voor:

- Het vergemakkelijken van de opmaak van de gemeentelijke, provinciale en federale algemene rampenplannen voor hulpverlening, aangepast aan de geïdentificeerde risico's (cf. NPU2 et NPU4);
- Vermijden van de klassiek voorkomende fouten wanneer de actie van de hulpverlening voorafgaand niet gecoördineerd werd via een medisch interventieplan.

Met dit voor ogen heeft de wetgever de Koninklijke besluiten van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen en van 2 februari 2007 tot bepaling van de functie van directeur medische hulpverlening en het toepassingsgebied ervan gepubliceerd, in uitvoering van de wet van 8 juli 1964.

### 2. CONTEXT

Een collectieve noodsituatie kan ernstige schade toebrengen aan een groot aantal personen, middelen of het leefmilieu. Dit heeft als gevolg dat de initiële behoefte aan medische hulp, in de breedste zin van het woord, de dagdagelijkse capaciteit van de dringende geneeskundige hulpverlening overschrijdt.

De specifieke organisatie van de medische en psychosociale hulpverlening als gevolg van deze collectieve noodsituatie toont de noodzaak aan van een versterking van de middelen. Dit impliceert naast een vrij belangrijke mobilisatie van de bestaande middelen, ingeschakeld in de dagdagelijkse individuele hulpverlening, de mobilisatie van uitzonderlijke middelen.

Het is daarom noodzakelijk de modaliteiten van de coördinatie- en organisatiestructuur voor de keten voor dringende medische hulpverlening en psychosociale hulpverlening te definiëren om het hoofd te bieden aan

- een (belangrijke) toestroom van slachtoffers,
- een situatie met bijzonder gezondheidsrisico of een bedreiging van de volksgezondheid

en tegelijk zoveel mogelijk te verhinderen dat de organisatie en de structuur van de dagdagelijkse dringende geneeskundige hulpverlening gedestabiliseerd wordt.

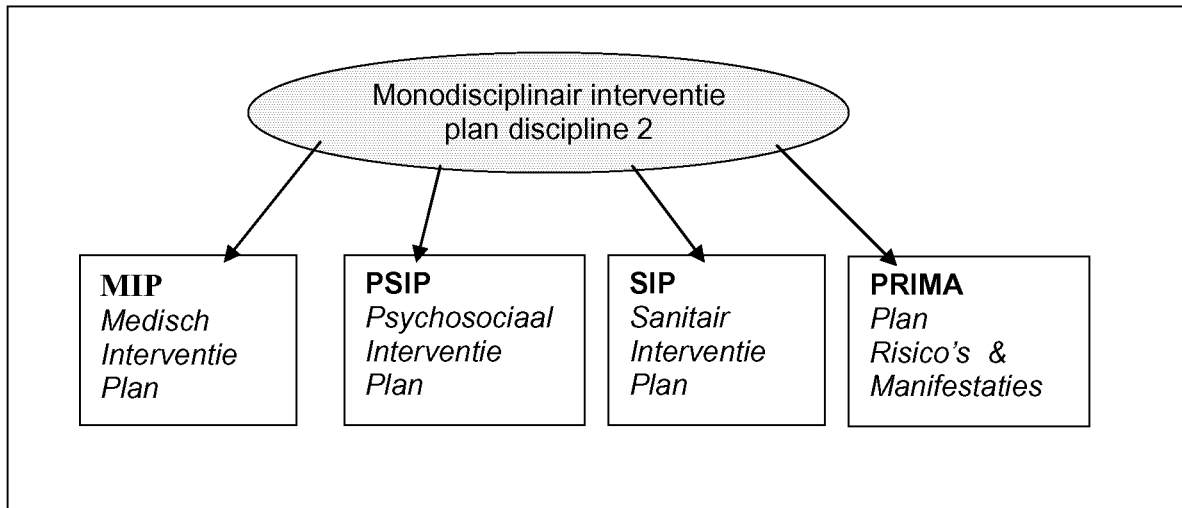
Hetzelfde geldt voor manifestaties met een (groot) risico en/of daar waar een groot aantal mensen samen komen.

Tegelijk is het noodzakelijk een goede inventaris te hebben van het geheel van de beschikbare middelen (personeel, materieel en diensten) die mogelijks ingezet kunnen worden

Dit geheel kadert in een algemene politiek van de federale overheid ten aanzien van risicopreventie en heeft geleid tot het MONODISCIPLINAIRE PLAN VAN DISCIPLINE 2, waarvan het MIP het skelet vormt.

Het PSIP werd in 2007 gepubliceerd en is op te vragen via de FOD Volksgezondheid. Het SIP en het PRIMA worden later gepubliceerd.

Schematisch overzicht van de samenstelling van het monodisciplinaire plan



### 3. LEXICON IN DE NOODPLANNING

De alfabetische lijst met afkortingen en specifieke acroniemen voor discipline 2 zijn opgenomen in de bijlage aan dit monodisciplinair noodplan en maken er integraal deel van uit.

## II. MEDISCH INTERVENTIEPLAN - MIP

### 1. DOELSTELLING

De doelstelling van het plan is het definiëren van de specifieke procedures voor het medisch beheer van een collectief incident met grote omvang teneinde voor elk van de slachtoffers een aangepaste hulp te voorzien.

Het monodisciplinaire plan van discipline 2 heeft volgende doelstellingen :

- een hulpverleningsmodel opzetten dat streeft naar een optimalisatie van de beschikbare mensen en middelen,
- de principes die gehanteerd worden voor de individuele hulpverlening toepassen op een collectieve hulpverlening die zelf geen som mag zijn van individuele hulpverleningen, doch een gecoördineerde aanpak waarbij een aantal middelen op een meer optimale wijze worden ingezet,
- vermijden dat de reguliere medico-sanitaire infrastructuren en diensten overbelast worden door een ongecontroleerde toestroom van slachtoffers,
- ervoor zorgen dat de dagdagelijkse dringende geneeskundige hulpverlening verder verzekerd wordt, al dan niet met een tijdelijke reorganisatie. De plannen en acties van discipline 2 af te stemmen op en met de plannen en acties van de andere disciplines in de hulpverlening in het kader van de hulp aan slachtoffers bij collectieve noodsituaties,
- de organisatie van de keten voor medische hulpverlening om, met respect voor het beroepsgeheim, de slachtoffers op de best mogelijke wijze te helpen.

### 2. WERKING EN STRUCTUUR

Het voorliggende plan beschrijft de organisatie, de operationele ontplooiing en de multidisciplinaire coördinatie.

Dit plan moet volgens de beschikbare middelen, en dit zowel op vlak van (lokaal) inzetbare mensen als logistiek, aangepast kunnen worden aan de omstandigheden.

Dit heeft als gevolg dat sommige structuren hetzij slechts gedeeltelijk, hetzij volledig ontplooid worden.

#### 2.1. DEFINITIE VAN DE ALARMERING

De alarmering beschrijft de acties, te nemen door de aangestelde van het HC100 (eenvormig oproepstelsel of territoriaal bevoegde medische dispatching), om de middelen van het MIP in te zetten door ze te verwittigen volgens vooraf vastgestelde procedures en principes

##### **2.1.1. Wie is bevoegd om te alarmeren**

De 100-centrale (HC 100) of de medische dispatching kondigt formeel het MIP af.

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



Volgende personen zijn gemachtigd een MIP af te kondigen:

- Dir-Med of zijn adjunct,
- de eerste MUG ter plaatse die tijdelijk dan de functie Dir-Med voor zijn rekening neemt,
- FGI of zijn afgevaardigde,
- op vraag van de arts van wacht van de dienst Incident and Crisis Management van het directoraat-generaal DG2 van de FOD Volksgezondheid (ICM DG2).

Het MIP kan ook geactiveerd worden in toepassing van internationale akkoorden.

### **2.1.2. Niveau van alarmering**

#### Vooralarm

Het VOORALARM beoogt :

1. de verwittiging van de coördinerende verantwoordelijken met de vraag een evaluatie en opvolging te maken van de situatie. Zij kunnen desgewenst uitrukken.
2. de verwittiging van die diensten die deze verwittiging nodig hebben voor hun mobilisering.

#### Alarm

Het ALARM vormt een standaardantwoord op een situatie waarbij een optimale inzet van medische middelen vereist is. Zij omvat de onmiddellijke mobilisatie van operationele diensten.

Let wel : er is geen automatische afkondiging van het MIP, wanneer er een gemeentelijke fase of een provinciale fase van het nood - of interventieplan in werking treedt.

## **2.2. ALARMERING**

De activatie (alarm) gebeurt na een oproep naar het eenvormige oproepstelsel 100 (HC100).

Het MIP kan worden afgekondigd volgens kwantitatieve criteria rekening houdend met het potentiële of vermoedelijke aantal slachtoffers :

*automatische* afkondiging van het MIP door het eenvormig oproepstelsel of de medische dispatching indien uit de bevraging bij de oproep blijkt dat het gaat om :

- 5 zwaargewonden;
- 10 gewonden met onbekende verwondingen of met letsels waarvan de graad van ernst onbekend is;

- meer dan 20 personen die mogelijk in gevaar zijn of dienen geëvacueerd te worden (behalve in gevallen van ordehandhaving).

Het MIP kan afgekondigd worden volgens kwantitatieve criteria, rekening houdend met de pathologie of met bijzondere en specifieke situaties.

### **2.2.1. Vooralarm**

In situaties die potentieel leiden tot een alarmering door de aangestelde, worden volgende personen in vooralarm geplaatst :

- Federale gezondheidsinspecteur (FGI), alsook zijn adjunct,
- De Directeur Medische Hulpverlening (Dir-Med) van wacht.

Zij beslissen na overleg om volgende personen in vooralarm te plaatsen :

- Snelle Interventie Middelen (SIM),
- Psychosociaal Manager (PSM),
- Adjunct Directeur Medische Hulpverlening (Adj Dir-Med).

### **2.2.2. Alarm**

Indien uit de oproep de noodzaak voor een alarm blijkt, zal het HC100 volgende acties ondernemen :

- Alarmeren van de federale gezondheidsinspecteur en zijn adjunct,
- Alarmeren van de Dir-Med en zijn adjunct,
- Uitsturen van 3 MUG-equipages,
- Uitsturen van 5 ambulances.

De SIM worden uitgestuurd op advies van de Dir-Med of in het geval het aantal slachtoffers minimaal gelijk is aan 5 zwaar gekwetsten of aan 10 gekwetsten (zonder specificering van de ernst van de toestand).

### **2.2.3. Opschaling en versterking**

Opschaling omvat het verhogen van het aantal ingezette middelen en het versterken van personele en logistieke middelen voor de hulpverleningsketen van discipline 2.

De opschaling gebeurt :

- op vraag van de eerste MUG-arts ter plaatse die de functie van Dir-Med waarneemt,
- op instructie van de Dir-Med,
- op instructie van de FGI,
- op vraag van het Coördinatie en Crisiscentrum van de regering (CGCCR) via de FGI of zijn vertegenwoordiger.

### **2.3. OPERATIONELE COÖRDINATIE**

De operationele commandopost (CP-OPS), die opgesteld staat nabij de plaats van interventie en dit op een veilige plaats, verzorgt de operationele coördinatie. De CP-OPS staat eveneens in voor de beleidscoördinatie in afwachting van het openen van het coördinatieteam, dat de beleidscoördinatie voert.

De Dir-Med heeft de leiding van de medische discipline en neemt actief deel aan de activiteiten van de CP-OPS. Hij kan zich, voor het uitvoeren van zijn opdrachten, laten bijstaan door een Adjunct Dir-Med en door de verantwoordelijke PSH.

Het HC100 staat zowel in voor het alarmeren van de intervenianten als voor het verzekeren van de communicaties tussen de verschillende intervenianten. Daarnaast staat het HC100 ook in voor het alarmeren van de ziekenhuisdiensten in het kader van het extern plan van het "actieplan alarmeren van ziekenhuisdiensten".

Om zijn rol als coördinator van de inzet van middelen ten volle te kunnen uitvoeren en om een duidelijke informatiestroom te garanderen kan een aangestelde van het HC 100 ter beschikking gesteld worden van de CP Ops. Hij of zij staat in voor een vlotte communicatie en informatie-uitwisseling tussen de CP Ops, Dir-Med en het HC 100 en staat onder leiding van de Dir-Med.

Daarenboven blijft het HC100, naast het beheer van de middelen die geactiveerd werden voor het MIP, instaan voor de dagdagelijkse dringende geneeskundige hulpverlening. Het HC100 zal erop toezien dat de dringende geneeskundige hulpverlening ten behoeve van elke burger gegarandeerd blijft.

## 2.4. STRATEGISCHE COÖRDINATIE

De bevoegde overheid (op federaal niveau de Minister, op provinciaal niveau de provinciegouverneur en op gemeentelijk niveau de burgemeester) staat in voor de strategische coördinatie, ter ondersteuning van de operationele acties op het terrein.

De FGI neemt actief deel aan de werkzaamheden van het comité en kan voor het uitvoeren van zijn opdracht worden bijgestaan door zijn adjunct en de PSM.

## 2.5. ORGANISATIE VAN HET INTERVENTIETERREIN

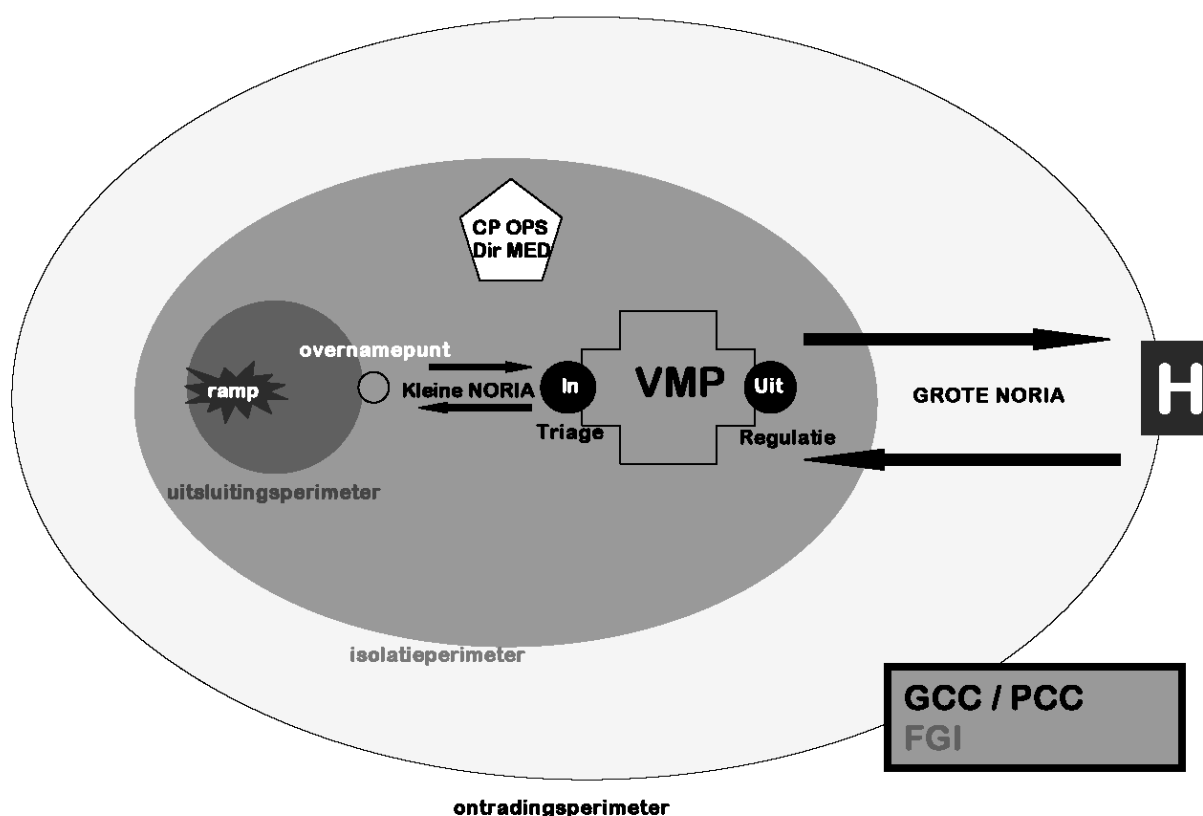
### 2.5.1. Definitie van de zones

De organisatie van het interventieterrein is gebaseerd op de notie “zonering” :

- rode zone,
- oranje zone,
- gele zone.

De middelen van discipline 2 zijn gesitueerd in de oranje zone.

#### 2.5.1.1. Schematische voorstelling van het rampterrein



#### 2.5.1.2. Rode zone

De rode zone wordt begrensd door de uitsluitingsperimeter.

De reddings- en bevrijdingsopdrachten worden uitgevoerd door leden van discipline 1. De slachtoffers worden door hen buiten deze rode zone gebracht, dus buiten de uitsluitingsperimeter. Ze worden gegroepeerd ter hoogte van het overnamepunt, waar ze in een veilige omgeving overgedragen worden aan discipline 2.

De aanwezigheid van discipline 2 in de rode zone is enkel mogelijk mits akkoord van de DIR-CP-Ops na overleg met Dir-Med en Dir-BW.

Deze uitzonderlijke aanwezigheid kan de stabilisatie van 1 of enkele potentieel levensbedreigend gekwetsten tot doel hebben en/of een pre-triage uit te voeren wanneer dit niet ter hoogte van het overnamepunt kan gebeuren.

#### 2.5.1.3. Oranje zone

De oranje zone wordt begrensd door de isolatieperimeter.

Ze omvat de nodige ruimte om de hulpdiensten toe te laten hun werk uit te voeren, met name de plaatsing van de CP-OPS en de VMP, en het verzamelen en evacueren van slachtoffers. Ter hoogte van het overnamepunt staat de oranje zone in contact met de rode zone.

#### 2.5.1.4. Gele zone :

De gele zone wordt begrensd door de ontradingsperimeter.

Deze zone moet vrijgehouden worden om de toegang voor de hulpdiensten naar de getroffen zone te vergemakkelijken.

### **2.5.2. Opdrachten van discipline 2**

Artikel 11,§1, van het KB van 16 februari 2006 betreffende de nood- en interventieplannen definieert de minimale taken voor discipline 2 als volgt :

- het oprichten van de medische keten,
- het verschaffen van medische en psychosociale zorgen aan slachtoffers en aan de personen die door de noodsituatie getroffen zijn,
- het uitvoeren van het transport van de slachtoffers,
- het nemen van alle maatregelen ter bescherming van de gezondheid van de bevolking.

Daarnaast zal discipline 2 eveneens instaan voor de volgende opdrachten :

1. de evaluatie van de globale medisch-sanitaire situatie ;
2. het evalueren en zo nodig bijsturen van de genomen maatregelen ;
3. het continu informeren van het HC100 (Sitrep).

Elk slachtoffer, ook het niet-gekwetste, dient de hulpverleningsketen te passeren om getrieerd, gestabiliseerd en geïdentificeerd te worden, om zo op de meest efficiënte wijze en gereguleerd te worden en geëvacueerd naar de voor zijn toestand meest aangewezen opvangstructuur.

De specifieke en gedetailleerde taken van alle actoren van discipline 2 dienen te worden opgenomen in actiekaarten die integraal deel uitmaken van het monodisciplinair noodplan van discipline 2.

### **2.5.3. De medische keten**

#### **2.5.3.1. Overnamepunt**

Theoretisch punt op de grens van de rode en de oranje zone waar de overdracht van de levende slachtoffers (zowel wat zorg als wat verantwoordelijkheid betreft) van D1 naar D2 gebeurt.

Dit punt is niet altijd bepaald, met name wanneer er geen rode zone is.

#### **2.5.3.2. Pre-tri**

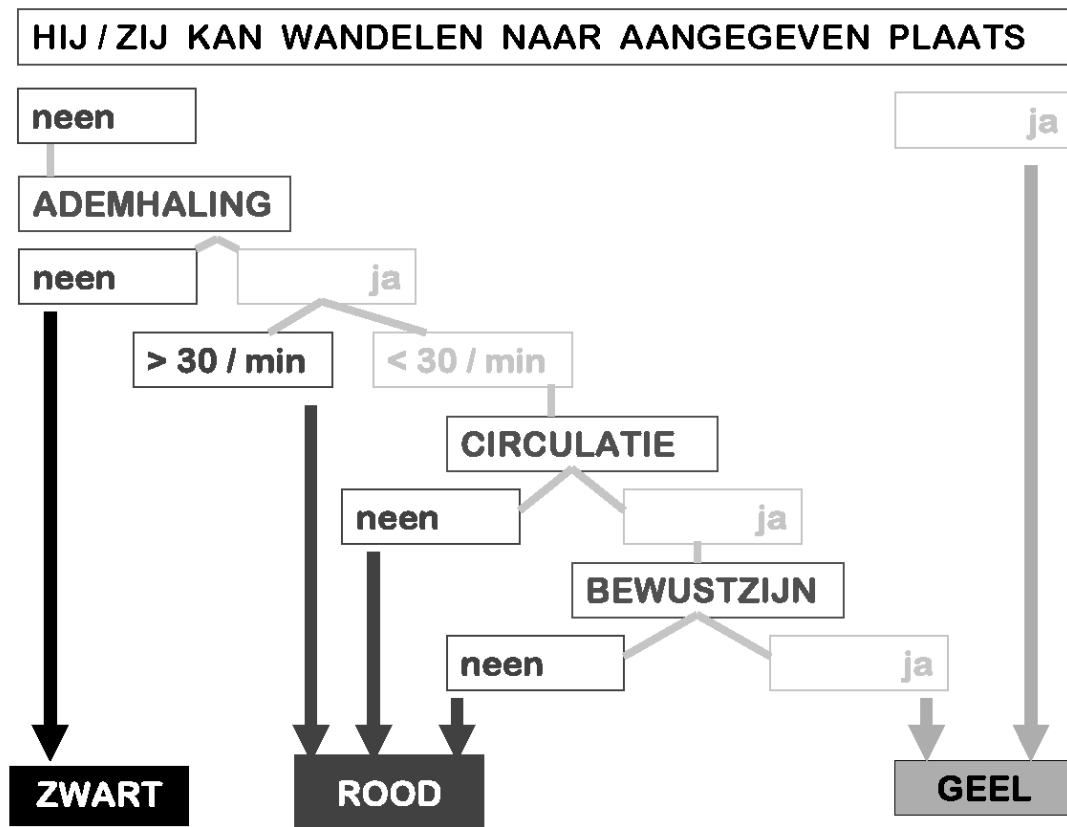
De PRE-TRI is een eerste snelle medische evaluatie met als doel het aanduiden van de prioriteit voor het transport naar de volgende stap.

De slachtoffers worden gelabeld met een rode of gele schijf die, op basis van de kleur, de prioriteit aanduidt waarmee het slachtoffer naar de VMP getransporteerd moet worden. Een rode schijf betekent hierbij de hoogste prioriteit.

De overleden slachtoffers mogen (in principe) niet vervoerd worden ; het overlijden moet vastgesteld worden door een geneesheer. Deze overledenen worden derhalve onder de verantwoordelijkheid van discipline 3 geplaatst.

Er wordt geen enkele andere medische handeling verricht dan het vrijwaren van de vitale functies en het stellen van levensreddende handelingen.

### 2.5.3.3. Principe van de pretriage : START



### 2.5.3.4. De kleine noria

De kleine noria omvat het vervoer van aan het overnamepunt of in het geval er geen rode zone is, vanaf de plaats van interventie, tot aan het triagepunt.

In functie van de af te leggen afstand en de toestand van het terrein kan dit transport op meerdere wijzen geschieden (brancardage te voet, per ambulance, ...).

De medicalisering van de slachtoffers tijdens het transport van PRE-TRI naar TRI gebeurt uitsluitend met akkoord van de Dir-Med, met de middelen die hiervoor ter beschikking kunnen gesteld worden en slechts wanneer er geen residuele risico's bestaan.

### 2.5.3.5. De vooruitgeschoven medische post (VMP)

#### Doel van de VMP

In de VMP worden volgende taken uitgevoerd :

- identificatie en registratie van de slachtoffers,
- triage,
- conditionering,
- verder verwezen in functie van de mogelijkheden van ontvangst en behandeling (ziekenhuis of onthaalcentrum).

De triage deelt de patiënten op in de categorieën T1, T2 en T3

- T1 : onmiddellijke medische behandeling noodzakelijk : levensbedreigende situatie en/of gevaar voor het verliezen van een lidmaat (bv. een hand) of een orgaan (bv. een oog). De dringende overbrenging naar een ziekenhuis is aangewezen. Dit komt overeen met de haas op de METTAG-kaart.
- T2 : geen levensbedreigende situatie maar de toestand vereist medische zorgen. Het vervoer naar het ziekenhuis kan hoogstens met enkele uren uitgesteld worden. Dit komt overeen met de schildpad op de METTAG-kaart.
- T3 : medische behandeling uitstelbaar of niet hoogst noodzakelijk (kneuzingen, kleine of lichte verwonding, emotionele shock, ...), Het vervoer per ambulance is niet noodzakelijk, doch er is nood aan erkenning en identificatie.

De categorieën T komen overeen met de in Frankrijk gebruikte categorieën U (T1=U1, T2=U2, T3=U3).

Elk slachtoffer, welk ook de graad van dringendheid van zijn medische toestand is, met inbegrip van de niet gewonden, ontvangen een registratiefiche die de overdracht van minimale medische informatie regelt en een eenvormige registratie en opvolging verzekeren.

Actueel wordt hiervoor door het geheel van medisch – sanitaire hulpdiensten in België de 'METTAG' fiche gebruikt.

In de VMP wordt een lijst bijgehouden van de slachtoffers (gekwetsten en niet-gekwetsten).



### **Organisatie van de VMP**

De organisatie en inrichting van een VMP omvat :

- Een triagezone met een secretariaat “IN” met als taken :

Aan de IN van deze structuur worden de patiënten getrieerd volgens graad van ernst en verwezen naar de daaraan gekoppelde stabilisatiezone. Deze triage wordt uitgevoerd door de TRIAGE-ARTS, eventueel bijgestaan door de ADJUNCT TRIAGE. Via de triage gebeurt er een eenduidige registratie van de slachtoffers.

- Een verzorgingszone met als doel :

- medische stabilisering van de slachtoffers,
- conditionering of het transportklaar maken van de patiënt in functie van het vervoer naar de meest aangewezen structuur,
- medisch toezicht op de patiënten in afwachting van het transport.

- De regulatiezone met een secretariaat “OUT” en als opdrachten :

- regulatie van evacuatie,
- oriënteren van de slachtoffers naar de aangepaste diensten,
- het vervoermiddel kiezen en een beslissing nemen rond een eventuele medicalisering,
- het secretariaat verzekeren van de patiënten die de VMP verlaten.

### **Plaatsing van de VMP**

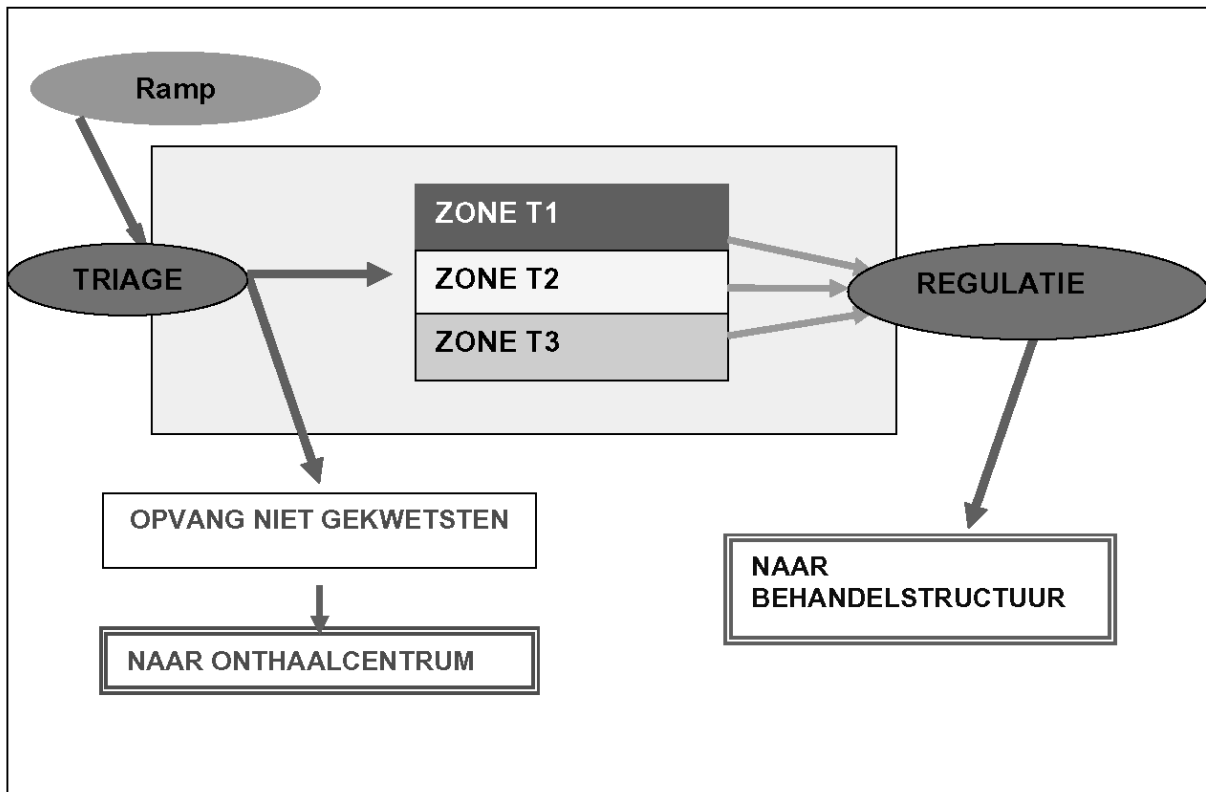
De VMP wordt opgesteld in de oranje zone, op een veilige plaats (rekening houdend met de windrichting en de evaluatie van het evolutieve risico in overleg met de CP-OPS) en in nabijheid van een toegangsweg die de transit en de parking van ambulances toelaat.

De VMP kan opgesteld worden op meerdere plaatsen/manieren :

- in een bestaand gebouw dat ingedeeld wordt in zones (T1, T2, T3) ;
- in een of meerdere tenten, ingedeeld in zones ;
- een open ruimte, afgebakend met gekleurd lint dat de zone aangeeft.

Aan het hoofd van de VMP staat de COORD-VMP. Hij zorgt voor het functioneren van de totaliteit met uitzondering van de medische evaluaties en behandelingen. Hij wordt bijgestaan door de coördinator logistiek voor wat betreft de logistiek technische aspecten en de bevoorrading van de VMP.

### 2.5.3.6. Stroom van de patiënten op het rampterrein



### 2.5.3.7. De grote noria

De Grote Noria of de evacuatiehoria omvat de afvoer van slachtoffers vanaf de VMP naar de door de regulatie aangewezen opvangstructuren.

- Transfert naar :
  - de aangepaste diensten
  - de PSIP-structuren.

### 2.5.3.8 Ambulancepark

Om ervoor te zorgen dat de ziekenwagens of andere voertuigen zelf het efficiënte verloop van de afvoer niet in de weg staan, worden ze vanaf een RV-punt opgeroepen en op een geordende wijze opgesteld in een ambulancepark.

De plaatsing wordt bepaald na multidisciplinair overleg binnen de CP-OPS en is gelegen in de gele zone, in de nabijheid van de VMP. Een vrije zone (bv. een voetbalveld) kan dienen als helihaven.

Het beheer van dit ambulancepark wordt toevertrouwd aan een COORDINATOR AMBULANCEPARK (vroeger "officier ambulance" genoemd) in samenspraak met de REGULATOR.

De middelen kunnen zich maar ter plaatse begeven mits akkoord van de CP-OPS.

### 2.5.3.9. RV-punt

De plaats van het RV-punt wordt aangeduid na multidisciplinair overleg (motorkapoverleg of CP-OPS). Het ligt in de gele zone en op een redelijke afstand van de noodsituatie, met de wind in de rug. Dit RV-punt wordt preferentieel beheerd door politie of brandweer.

Het RV-punt moet voldoende groot zijn om de middelen van alle disciplines te ontvangen (o.a. de vrachtwagens van D1 en D4). Meestal wordt hiervoor een grote bestaande parking of een grote straat gebruikt.

## **2.6. ONTHAAL VAN SLACHTOFFERS**

In principe liggen de mogelijke diensten voor opvang buiten de genoemde interventiezones.

Deze mogelijke diensten zijn :

- ziekenhuisdiensten voor de opvang en eventuele opname van de slachtoffers.

De mogelijke activering van het ziekenhuisrampenplan dient te gebeuren volgens de geldende criteria zoals voorzien in het KB van 23/10/1964 tot bepaling van de normen die door de ziekenhuizen en hun diensten moeten worden nageleefd (actieplan alarmering van ziekenhuisdiensten). Het aantal patiënten dat het ziekenhuis in dit kader kan ontvangen, moet vastgelegd worden in dit actieplan en moet gevalideerd worden door de PCDGH.

Het ziekenhuis informeert het HC100 van de activatie van zijn plan en deelt tegelijk het aantal vrije bedden mee.

Via de regulatie worden de patiënten verdeeld over de verschillende ziekenhuizen, in functie van de beschikbare plaatsen, teneinde een overflow van een ziekenhuis te vermijden.

- PSIP-structuren voor opvang zoals gedefinieerd in deel 2 van het mono-disciplinaire plan.

### **3. PERSONEEL EN MIDDELEN**

#### **3.1. COÖRDINEREND PERSONEEL**

##### **3.1.1. Oproepbaar personeel op basis van een wachtrol**

###### Federaal gezondheidsinspecteur (FGI)

De arts, ambtenaar van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu en lid van het gemeentelijke of provinciale coördinatiecomité die optreedt als vertegenwoordiger van discipline 2. De FGI zal de administratieve maatregelen nemen in naam van de Minister van Volksgezondheid en is verbindingsofficier voor de federale departementale crisiscel van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu. Hij wordt bijgestaan door zijn adjunct voor de operationele ondersteuning.

Hij wordt bijgestaan door de psychosociaal manager (PSM) of zijn afgevaardigde voor de psychosociale aspecten.

###### Directeur Medische hulpverlening (Dir-Med)

De arts die de operationele leiding heeft over de medische, sanitaire en psychosociale hulpverlening, aangewend voor de medische hulpverleningsketen op het rampterrein, ongeacht de diensten waarvan de hulpverlening afkomstig is. De Dir-Med werkt onder het administratieve gezag van de federale gezondheidsinspecteur of zijn afgevaardigde.

De taak van Dir-Med wordt waargenomen door de MUG-arts van de 1<sup>e</sup> MUG ter plaatse tot het moment dat de Dir-Med arriveert.

###### Psychosociaal Manager (PSM)

De adjunct van de federaal gezondheidsinspecteur die onder zijn verantwoordelijkheid helpt bij de coördinatie van de psychosociale hulpverlening binnen discipline 2 en die toeziet op de werking van het psychosociaal plan (overeenkomstig het PSIP).

De acties van de PSM en de relatie tot het MIP worden binnen het PSIP uitvoerig beschreven.

###### Adjunct Federaal Gezondheidsinspecteur

De adjunct van de federaal gezondheidsinspecteur die helpt bij de uitvoering van het takenpakket van de federaal gezondheidsinspecteur.

De adjunct FGI zal in functie van de omstandigheden hetzij zetelen in het CC, hetzij de Dir-Med ondersteunen op het rampterrein of deel uitmaken van de operationele staf.

### **3.1.2. Functies, ingevuld door personeel dat in versterking opgeroepen wordt**

Deze functies worden ingevuld in functie van de grootte van de ramp en volgens de beschikbaarheid van het personeel

#### Adjunct Dir-Med (Adj Dir-Med)

De adjunct van de Dir-Med die helpt bij de uitvoering van het takenpakket van de Dir-Med. De Dir-Med of zijn adjunct zetelt als vertegenwoordiger van discipline 2 in de CP-OPS.

#### Arts Tri (en zijn adjunct)

De arts, bij voorkeur de urgentiearts van de eerste MUG, die de totaliteit van de patiënten in ogenschouw neemt en de triage uitvoert. Hij rapporteert aan Dir-Med en COORD VMP, en informeert wanneer nodig Arts VMP.

#### Adjunct TRI

De MUG-Verpleegkundige die de arts Tri bijstaat.

#### Coördinator Vooruitgeschoven Medische Post (COORD VMP)

De arts of MUG-verpleegkundige die de totale werking van de VMP organiseert en coördineert. Hij of zij zorgt voor een adequate taakverdeling, de inrichting van de verschillende triagezones; volgt de uitvoering, door de andere medewerkers (artsen en verpleegkundigen), van de opdrachten van de Arts VMP op en ziet toe op een vlot verloop van de activiteiten.

Hij of zij rapporteert aan Dir-Med en stemt af met de COORD REG.

#### Coördinator regulatie (COORD REG) (en zijn adjunct)

De arts of MUG-verpleegkundige die instaat voor de regulatie. Hij of zij bepaalt aan de hand van de toestand van het slachtoffer en de beschikbare ziekenhuiscapaciteit welk het meest aangepaste ziekenhuis van bestemming is.

Hij of zij rapporteert aan Dir-Med en stuurt de coördinator ambulancepark aan en stemt af met HC 100 of via de aangestelde ter plaatse.

De keuze van de coördinator Regulatie (hetzij arts, hetzij verpleegkundige) hangt af van de grootte van de ramp, de specificiteit van de aangeboden pathologie in de VMP en de medische stabilisatiemogelijkheden.

#### Coördinator Secretariaat

De persoon die de administratieve taken organiseert op het rampterrein in het algemeen en meer bijzonder in de VMP, meer bepaald de administratieve registratie van de slachtoffers, van de betrokkenen, de bestemming van deze personen,...

Deze gegevens worden enkel ter beschikking gesteld aan derden op instructie van de FGI.

#### Coördinator Logistiek

De persoon die werkt in opdracht van de Coördinator VMP enerzijds en onder de leiding van de Dir -Med anderzijds en uit hoofde van zijn functie instaat voor de aanvoer, de organisatie en het optimaal gebruik van de logistieke middelen, nodig voor de totale medische hulpverleningsketen.

Hij of zij zorgt zowel voor de medische middelen (verbanden, medicatie, zuurstof) als voor de technische logistieke middelen (draagberies, tenten, verlichting, verwarming, catering) maar met uitzondering van de ziekenwagens.

Wanneer nodig overlegt en coördineert hij met de verantwoordelijke van discipline 4 voor de technische logistieke middelen.

#### Coördinator Ambulancepark

De persoon die het ziekenwagen- en ander wagenpark ter beschikking van de medische sanitaire hulpverleningsketen beheert. Hij of zij staat onder de leiding van de Dir-Med maar wordt rechtstreeks aangestuurd door de COORD REG.

Hij of zij zorgt voor een vlotte operationele en technische uitvoering van de afvoer van patiënten volgens de instructies (bestemming en wijze van conditionering voor transport) van de COORD REG.

#### Coördinator liaison HC 100 - MED DISP

Wanneer een aangestelde van het HC 100 / medische dispatching nodig is op het terrein wordt deze toegevoegd aan de operationele staf van de CP Ops mits akkoord van de Dir-CP Ops. Hij of zij staat in voor een vlotte communicatie en info uitwisseling tussen de CP Ops, de Dir-Med en het HC 100 / medische dispatching (afstemming van ASTRID-gespreksgroepen, actieve groepstoewijzing, – bijhouden van een logboek).

#### Operationele staf:

Gelet op (1) de veelheid van functies zowel in de CP Ops, (2) de administratief technische omkadering voor de Dir-Med en (3) de noodzaak om de Federale Gezondheid Inspecteur permanent te voorzien van de nodige en juiste informatie, kan voorzien worden in operationele stafmedewerkers voor de D2. Taken zijn o.a. het bijhouden van de lijst van slachtoffers, lijst van afvoeren, lijst van personele bezetting, ...).

### **3.2. INTERVENIËREND PERSONEEL EN MIDDELEN**

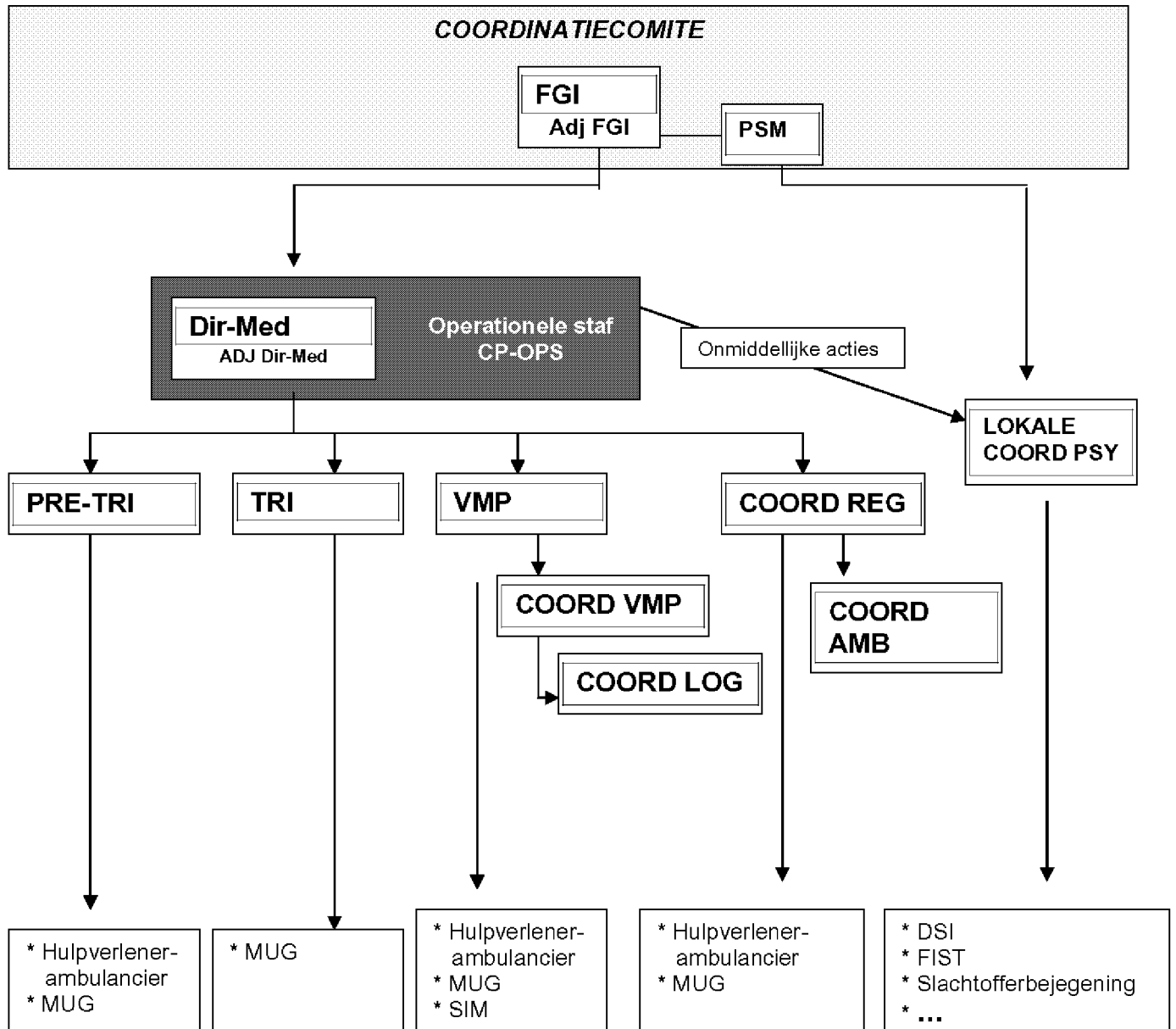
Personeel dat in eerste instantie wordt ingezet:

- MUG-equipages
- Hulpverleners-ambulanciers
- (zo mogelijk) PIT-equipages
- SIM
- Rode Kruis.

Dit personeel treedt op conform zijn/haar actiekaart.

Iedereen (artsen, verpleegkundigen, ambulanciers en anderen) die zich ter hoogte van het rampterrein aanbiedt, hetzij op vraag, hetzij spontaan, kan eveneens ingezet worden. Al deze personen moeten handelen conform de actiekaart die ze van de Dir-Med krijgen.

## 3.3. HIËRARCHISCH SCHEMA



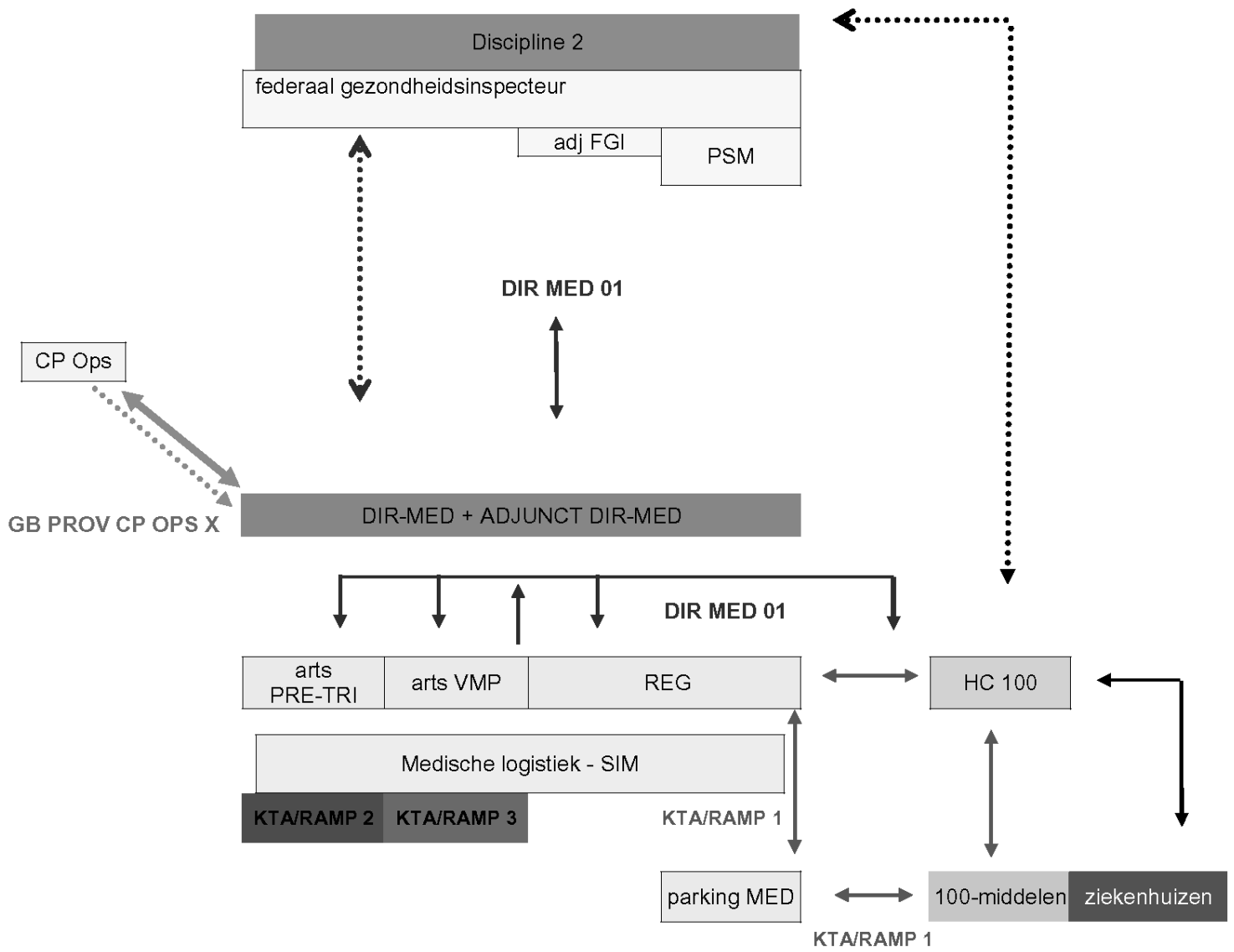
### 3.4. COMMUNICATIESCHEMA

Algemeen principe voor het communicatieschema : maximaal limiteren van de gespreksgroepen die de intervenianten moeten volgen.

- De “verantwoordelijken” zijn maximaal op 2 groepen :
  - FGI en adj FGI :
    - Groep *Dir-Med01* en
    - groep *CC* (hetzij *GCC*, hetzij *PCC*)
  - *Dir-Med* en *Adj Dir-Med* :
    - groep *Dir-Med01* en
    - *CP-OPS*
  - Regulator : *KTA/RAMP 1* en *Dir-Med01*
  - Verantwoordelijke *Pre-Tri* : *KTA/RAMP 2* en *Dir-Med01*
  - Arts *VMP* : *KTA/RAMP 3* en *Dir-Med01*.
- De “uitvoerders” volgen één enkele gespreksgroep
  - Groep *Dir-Med01* :
    - *Dir-Med* en *Adj Dir-Med*
    - *FGI* en *Adj FGI*
    - Arts *TRI*
    - Arts *VMP*
    - Regulator
    - *PSM*
  - Groep *KTA/Ramp 1* : operationele gespreksgroep van *D2*
    - Alle middelen, uitgestuurd door het *HC100*
    - Regulatie en evacuatie
  - Groep *KTA/RAMP 2* : Komt overeen met het rampterrein
    - *Pre-Tri* indien deze geactiveerd is.

Het *HC100* volgt de gespreksgroepen.



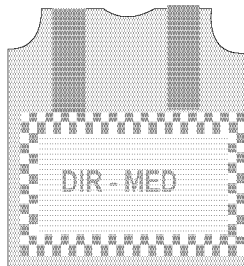


### 3.5. IDENTIFICATIE VAN DE ACTOREN

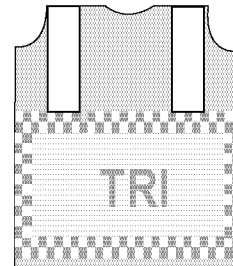
Het geheel van actoren moet herkenbaar zijn via kazuifels in een vaste kleur (groen voor discipline 2) en waarop de functie en de identificatie staan.

De richting van de reflecterende banden alsook de tekening in dambordpatroon is bepalend om het verschil te maken tussen een uitvoerende en een beleidsfunctie.

Voorbeeld van een beleids-  
en leidinggevende functie



Voorbeeld van een  
uitvoerende functie



### 3.6. MEDISCH-LOGISTIEKE MIDDELEN

Hiermee worden alle medische, technische en logistieke middelen die kunnen worden aangewend in het kader van een activering van een MIP beschreven.

Voorafgaande procedures tot activering, inzet en gebruik dienen met de verschillende diensten te worden overeengekomen.

#### **3.6.1. Reguliere middelen van discipline 2**

De middelen die in eerste instantie ingezet zullen worden zijn de volgende :

- Ziekenwagens van de DGH brengen hulpverleners-ambulancier ter plaatse.
- MUG-teams brengen artsen en verpleegkundigen ter plaatse.
- PIT teams brengen gespecialiseerde verpleegkundigen en hulpverleners-ambulancier ter plaatse.

Zij moeten zich onverwijld naar het RV-punt begeven.

Deze middelen worden niet noodzakelijk gelimiteerd tot de provincie waar de ramp zich voordoet.

### **3.6.2. Specifieke middelen van discipline 2**

SIM of Snelle Interventie Middelen

Overeenstemmend met de “rampenkoffers” die voorheen door ziekenhuizen en de civiele bescherming beheerd werden, zijn het die middelen die specifiek voorzien worden om voor D2 ingezet te worden bij rampomstandigheden en daarvoor permanent ter beschikking gehouden worden voor discipline 2 door het Rode Kruis. Ze worden aangevoerd door één of meerdere voertuigen die hiervoor specifiek uitgerust zijn

De middelen, specifiek toegewezen aan de werking van de VMP, bevinden zich in de SIT MED (zuurstof, koffers met medicatie en verbandmateriaal,...).

De specifieke technisch logistieke middelen, eveneens voor de organisatie en werking van de VMP (draagberries, schragen, dekens, tent...) bevinden zich in de SIT LOG.

De specifieke inhoud en samenstelling van de SIT MED en SIT LOG worden opgenomen in de bijlage en maken integraal deel uit van het MIP.

### **3.6.3. Aanvullende middelen**

- Huisartsen
- Personen en materiaal in het kader van een internationaal akkoord (slechts mits toestemming van FGI en/of Dir-Med)
- Middelen van het leger of van een andere discipline (slechts mits akkoord van CC en/of CP-OPS)
- Reserve middelen van hulpverleningsorganisaties en kruisverenigingen (slechts mits akkoord FGI of Dir-Med)
- Ambulances, niet ingeschakeld in de dringende geneeskundige hulpverlening
- Transportmiddelen voor openbaar of privaat collectief vervoer.

## **4. BEËINDIGING VAN HET MIP**

Het beëindigen van het MIP wordt door het territoriaal bevoegde eenvormig oproepstelsel (HC100) aan de intervenianten doorgegeven en dit op vraag van :

- de Dir-Med
- de FGI.

Na elk MIP sturen de vertegenwoordigers van de geactiveerde diensten zo snel als mogelijk een rapport aan de bevoegde gezondheidsinspecteur, met daarin minstens de volgende gegevens :

- de ingezette middelen,
- de ondernomen acties en de timing en
- het aantal verzorgde slachtoffers en hun bestemming.

Zij voeren zo snel als mogelijk een herconditionering van hun eigen middelen uit teneinde een snelle beschikbaarheid in het systeem van de DGH te garanderen.

## **5. LINK MET HET PSIP**

### Vertegenwoordiger van het PSIP op het rampterrein

Binnen de werking van het PSIP staat de eerste psychosociale hulpverlener van het PSH (onder verantwoordelijkheid van de verantwoordelijke PDH) in voor de groepering en de opvang van de niet-gekwetsten. Hij zal zich eerst aanbieden bij de CP-OPS en staat voor zover hij op het rampterrein is onder het leiding van de Dir-Med.

Hij zal via de CP-OPS transport vragen naar het onthaalcentrum voor de niet-gekwetsten, voor wie het transport naar een ziekenhuis niet aangewezen is. Dit betekent dat het transport hetzij door de CP-OPS geregeld wordt, hetzij door de CC op aangeven van de CP-OPS.

### Acties van het PSIP in de acute fase

De acties staan volledig beschreven in het PSIP. Naast het groeperen en het transport van de niet gekwetste personen weg van het rampterrein, zijn deze in essentie de volgende in de acute fase :

- het onthaal van de niet gekwetste personen in het onthaalcentrum,
- de (definitieve) registratie van allen die de ramp rechtsreeks meemaakten,
- het bemannen van het telefoon informatiecentrum.

Wanneer in het onthaalcentrum medische bijstand nodig is, wordt dit via de Dir-Med geregeld. Preferentieel wordt een huisarts voorzien in het onthaalcentrum via de permanentie van de huisartsenkringen.

Het PSIP blijft over het algemeen langer actief dan het MIP teneinde de acties, uitvoerig beschreven in het PSIP, te doorlopen. De werking staat dan onder leiding van de FGI en de PSM.

## 6. ACTIEKAARTEN

De actiekaarten dienen integraal deel uit te maken van het MIP.

Hierin staan de te nemen acties en bevoegdheden van de verschillende actoren voor discipline 2 omschreven, dit zowel voor de algemene functionering in het kader van het MIP als met betrekking tot meer specifieke richtlijnen en afspraken op het niveau van de provinciale bijzonderheden. De actiekaarten zijn in overeenstemming met de algemene richtlijnen die het voorwerp uitmaken van deze omzendbrief.

Zij zijn bestemd voor hierna opgesomde tussenkomende partijen of functies :

- het centrum van het eenvormig oproepstelsel ;
- Federale Gezondheidsinspecteur ;
- Adjunct FGI ;
- Medische dispatching ;
- Hulpverlener-ambulancier ;
- Eerste MUG ter plaatse ;
- Triage ;
- VMP ;
- Regulering ;
- Dir-Med ;
- adjunct Dir-Med ;
- Psychosociaal Manager ;
- Coördinator Secretariaat ;
- Coördinator VMP ;
- Coördinator Logistiek ;
- Coördinator Ambulances ;
- Huisartsen met permanentie ;
- SIM SIT MED ;
- SIM SIT LOG ;
- Huisarts vrijwillige bijstand.

Alle hierboven genoemde intervenante dienen te beschikken over het volledige MIP aangevuld met actiesteekkaarten per functie.

Deze actiekaarten moeten door de territoriaal bevoegde PCDGH goedgekeurd worden.

### **III. OPLEIDING EN OEFENINGEN**

#### **1. VERSPREIDING**

Het plan bevat de modaliteiten van verspreiding en communicatie naar de interventieanten toe, alsook de updateprocedures.

#### **2. OPLEIDING EN OEFENBELEID**

Het plan voorziet de modaliteiten van de theoretische opleiding van alle intervenante, alsook de frequentie van oefeningen. Deze kennis moet verfijnd worden via een politiek van goed georganiseerde oefeningen.

Het doel hiervan is de vorming van de verschillende actoren binnen de eigen organisatie en de samenwerking met de andere disciplines.

Deze vorming stoelt eveneens op de visie van de intra- en pluridisciplinaire coördinatie. De gemeenschappelijke vorming moet beschouwd worden als een eerste stap naar het succesvol bestrijden van de catastrofe via een multidisciplinaire setting.

**IV. WETGEVING EN HISTORIEK**

<b>Wet</b>	<b>Artikel</b>	
Wet 8/7/1964	Art 1	Bepaling van de algemene inzet in DGH
KB 2/4/65	Art 7, 3 <sup>e</sup> lid 1 <sup>o</sup>	Inzet van MUG in collectieve incidenten
KB 10/08/98	Art 4, 3 <sup>o</sup>	Redactie en goedkeuring van MIP
KB 02/02/07	Ganse tekst	Definiëring van de Dir-Med
KB 16/02/06	Art 11	Definiëring en taken van discipline 2
NPU-1		Verdere specificëring van taken van discipline 2 (omzendbrief met uitleg bij KB van 16/02/06)
NPU-2		Ministeriële omzendbrief betreffende het algemene provinciale nood- en interventieplan
NPU-4		Ministeriële omzendbrief betreffende de disciplines

**LIJST MET AFKORTINGEN VOOR DISCIPLINE 2**

<b>Medisch interventieplan (MIP)</b>	Onderdeel van het monodisciplinair interventieplan voor discipline 2. Bevat elke maatregel genomen in uitvoering van de wet van 8 juli 1964 betreffende de Dringende Geneeskundige Hulpverlening om aangepaste hulp en zorg te organiseren en te verlenen aan de slachtoffers tijdens collectieve geneeskundige noodsituaties.
<b>MIP alarm</b>	Starten van de medische hulpverleningsketen wanneer aan de criteria voor opstarten van het medisch interventieplan voldaan is.
<b>MIP vooralarm</b>	Gedeeltelijke alarmering van het medisch interventieplan waarbij enkel de coördinerende structuur van het medisch interventieplan gealarmeerd wordt met als doel het medisch effect van de noodsituatie naar behoren te kunnen evalueren.
<b>Medische hulpverleningsketen</b>	De middelen en het personeel die gevorderd kunnen worden op grond van de wet van 8 juli 1964 betreffende de dringende geneeskundige hulpverlening (overeenkomstig KB Dir-Med van 2 februari 2007).
<b>Vooruitgeschoven medische post (VMP)</b>	Overgangsstructuur vóór opname in het ziekenhuis die het mogelijk maakt in te staan voor triage en stabilisering van de slachtoffers, hun conditionering, de registratie en de identificatie van de slachtoffers, hun gereguleerde evacuatie naar de ziekenhuizen (overeenkomstig het KB Dir-Med van 2 februari 2007).
<b>Federaal gezondheidsinspecteur (FGI)</b>	Arts, ambtenaar van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu, lid van het gemeentelijk of provinciaal coördinatiecomité als vertegenwoordiger van discipline 2 met administratieve bevoegdheid in naam van de minister en verbindingsofficier voor de departementale crisiscel van de FOD Volksgezondheid, Veiligheid van de Voedselketen en Leefmilieu.
<b>Adjunct federaal gezondheidsinspecteur (Adj-FGI)</b>	Adjunct van de federaal gezondheidsinspecteur die helpt bij de uitvoering van het takenpakket van de federaal gezondheidsinspecteur.
<b>Directeur medische hulpverlening (Dir-Med)</b>	Arts die de operationele leiding heeft over alle medische, sanitaire en psychosociale hulpverlening, aangewend voor de medische hulpverleningsketen, ongeacht de diensten waarvan de hulpverlening afkomstig is. De Dir-Med werkt onder het administratief gezag van de federaal gezondheidsinspecteur die zetelt in het Coördinatiecomité (overeenkomstig het KB Dir-Med van 2 februari 2007).
<b>Adjunct Directeur medische hulpverlening (Adj-Dir-Med)</b>	Adjunct van de Dir-Med die helpt bij de uitvoering van het takenpakket Dir-Med.
<b>Psychosociaal manager (PSM)</b>	Adjunct van de federaal gezondheidsinspecteur die helpt bij de coördinatie van de psychosociale hulpverlening binnen discipline 2 en die toeziet op de werking van het psychosociaal plan (overeenkomstig het PSIP).



<b>Coördinator VMP</b>	<i>Verantwoordelijke voor de VMP voor alle niet-medische aspecten. Persoon die ervoor zorgt dat de VMP naar behoren wordt opgericht en dat de aanvoer voor logistiek van de VMP verzekerd is.</i>
<b>Arts-TRI</b>	<i>MUG-arts die de triage uitvoert.</i>
<b>Adjunct-TRI</b>	<i>MUG-verpleegkundige die de Arts-TRI bijstaat.</i>
<b>Arts-VMP</b>	<i>Arts die de medische coördinatie van de VMP op zich neemt.</i>
<b>Adjunct-VMP</b>	<i>Verpleegkundige die de arts-VMP bijstaat.</i>
<b>Coördinator regulatie</b>	<i>Persoon die bij een collectieve noodsituatie de regulatie op het terrein uitvoert, conform de regels van het medisch interventieplan.</i>
<b>Coördinator logistiek</b>	<i>Verantwoordelijke voor de logistieke ondersteuning van de medische acties op het rampterrein.</i>
<b>Coördinator ambulancepark</b>	<i>Verantwoordelijke voor het ambulancepark die ervoor zorgt dat de ambulances ordelijk opgesteld worden zodat ze vlot ter beschikking zijn op het interventieterrein. Wordt aangeduid op basis van ervaring of kennis van het MIP.</i>
<b>Medische logistieke middelen</b>	<i>Middelen voor het installeren en uitrusten van de vooruitgeschoven medische post. Deze middelen worden samen met het personeel aangevoerd door hiervoor voorziene voertuigen.</i>
<b>Preliminaire triage (pre-tri)</b>	<i>Een initiële, snelle, klinische beoordeling uitgevoerd op de grens tussen de rode en de oranje zone. De slachtoffers worden ingedeeld in groepen voor dringende evacuatie vanuit de rode zone naar de vooruitgeschoven medische post.</i>
<b>Triage</b>	<i>Een medische, klinische beoordeling, uitgevoerd aan de ingang van de vooruitgeschoven medische post, waarbij de slachtoffers naargelang de ernst van de letsels worden ingedeeld volgens urgentiegraad.</i>
<b>Triagekaart</b>	<i>Een standaard registratiemethode voor persoonlijke en medische gegevens die bij het slachtoffer blijven in de gehele medische hulpverleningsketen, van de vindplaats tot en met het ziekenhuis.</i>
<b>Conditioneren</b>	<i>Slachtoffer transportklaar maken met het oog op een gereguleerde evacuatie.</i>
<b>Stabiliseren</b>	<i>Geheel van medische handelingen om de toestand van de patiënt te optimaliseren zodat zijn kansen op een adequate behandeling verhogen.</i>
<b>Kleine noria</b>	<i>Evacuatie van de slachtoffers vanaf het overdrachtpunt naar de vooruitgeschoven medische post (VMP).</i>
<b>Grote noria</b>	<i>Gereguleerde evacuatie van de slachtoffers vanuit de vooruitgeschoven medische post (VMP) naar de juiste structuren voor opvang en/of behandeling.</i>

<b>Medical Emergency field Triage Tag (METTAG)</b>	<i>Internationaal concept voor een label met universele code die de evolutie van de ernst van de verwondingen aangeeft en de registratie van het slachtoffer vergemakkelijkt.</i>
<b>SIM</b>	<i>Snelle Interventie Middelen, geheel van middelen (personeel en voertuigen) van D2 die in geval van ramp door een partner ter plaatse worden gebracht, bestaande uit een deel SIT MED en SIT LOG.</i>
<b>SIT MED</b>	<i>Snel Interventie Team Medisch Voertuig met het materiaal van medische oorsprong om een vooruitgeschoven medische post uit te rusten en te laten functioneren. Zuurstof, verbandmateriaal, dekens, extra medicatie ...</i>
<b>SIT LOG</b>	<i>Snel Interventie team Logistiek Voertuig met het logistiek materiaal voor het organiseren en functioneren van een VMP en de hulpverleningsketen van D2 (brancards, schragen, tent, electrogeengroep, verlichting, ...</i>
<b>Dringende Geneeskundige Hulpverlening (DGH)</b>	<i>Het onmiddellijk verstrekken van aangepaste hulp aan alle personen van wie de gezondheidstoestand ten gevolge van een ongeval, een plotse aandoening of een plotse verwikkeling van een ziekte een dringende tussenkomst vereist na een oproep via het eenvormig oproepstelsel. Hulpverlening, vervoer en opvang in een aangepaste ziekenhuisdienst worden verzekerd (overeenkomstig wet betreffende de Dringende Geneeskundige Hulpverlening van 8 juli 1964).</i>
<b>Hulpcentrum 100 / eenvormig oproepstelsel / 100-centrale (HC-100)</b>	<i>De organisatie van de Dringende Geneeskundige Hulpverlening die bestaat uit een eenvormig oproepnummer en personeel dat de dringende oproepen beantwoordt volgens de regels, opgelegd door de FOD Volksgezondheid.</i>
<b>Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening (CDGH)</b>	<i>De Commissie voor Dringende Geneeskundige Hulpverlening is een adviesorgaan voor de provinciale en gemeentelijke autoriteiten. De Commissies groeperen alle actoren actief in de Dringende Geneeskundige Hulpverlening op het niveau van de provincies en het administratief arrondissement Hoofdstad-Brussel en onder voorzitterschap van de federaal gezondheidsinspecteur (overeenkomstig het KB van 10 augustus 1998).</i>
<b>Mobiele urgentiegroep (MUG)</b>	<i>Erkende functie 'mobiele urgentiegroep', door de Minister van Volksgezondheid opgenomen in de werking van de Dringende Geneeskundige Hulpverlening. De MUG begeeft zich op vraag van een aangestelde van het eenvormig oproepstelsel naar een opgegeven locatie (overeenkomstig het KB van 10 augustus 1998).</i>
<b>Ambulancedienst</b>	<i>Ambulancedienst door de openbare overheid georganiseerd, zoals bedoeld in artikel 5, eerste lid, van de wet van 8 juli 1964. Ambulancedienst door private personen georganiseerd die, bij toepassing van artikel 5, derde lid, van dezelfde wet, overeengekomen zijn met de Staat om mee te werken aan de Dringende Medische Hulpverlening (overeenkomstig KB 2 april 1965 betreffende modaliteiten DGH, art 1, 6°).</i>
<b>Paramedisch interventieteam (PIT)</b>	<i>100-Ambulance, bemand met een verpleegkundige met de bijzondere beroepstitel spoedgevallen/intensieve zorgen.</i>

<b>Direct slachtoffer / direct getroffen</b>	<i>Elke persoon die rechtstreeks geconfronteerd wordt met een noodsituatie, aanwezig op het ogenblik van de feiten (overledene, gewonde, niet-gewonde, getuige ter plaatse).</i>
<b>Niet-gewonde</b>	<i>Iedere persoon aanwezig bij een collectieve noodsituatie die geen fysieke letsels lijkt te hebben.</i>
<b>Dringende sociale interventie (DSI)</b>	<i>Dienst van het Rode Kruis die discipline 2 bijstaat voor de psychosociale opvang van slachtoffers in collectieve noodsituaties. De dienst is een operationele eenheid binnen de uitvoering van het PSIP.</i>
<b>Belgian association for burns injuries plan (BABI Plan)</b>	<i>Nationaal plan dat het aantal bedden voor ernstig verbranden regelt met coördinatie van de verschillende brandwondencentra.</i>
<b>Preventieve medische voorzieningen</b>	<i>Geheel van medisch-sanitaire maatregelen genomen vóór geplande evenementen die mogelijk risico's inhouden voor de deelnemers en / of het publiek, in overleg met de organisatoren en de bevoegde overheid (overeenkomstig KB Dir-Med van 2 februari 2007).</i>
<b>Psychosociaal interventieplan (PSIP)</b>	<i>Onderdeel van het monodisciplinair interventieplan van discipline 2. Het plan activeert en coördineert psychosociale hulpverlening voor alle getroffen bij collectieve noodsituaties in de acute fase en tijdens de nazorg.</i>
<b>Verantwoordelijke psychosociale hulpverlening (V-PSH)</b>	<i>De V-PSH ziet toe op het opstarten van de gemeentelijke ondersteuning (onthaalcentrum, telefooninformatiecentrum, opvangcentrum voor verwanten, centraal informatiepunt) van het PSIP en verzekert dat er voldoende personeel en materiaal aanwezig is. De V-PSH werkt onder het administratief gezag van de burgemeester en de FGI (overeenkomstig het PSIP).</i>
<b>Onthaalcentrum (OC)</b>	<i>Een centrum waarin de eerste psychosociale opvang wordt geboden aan de niet-gewonden en eventuele ooggetuigen die rechtstreeks bij de noodsituatie betrokken waren. Indien nodig worden maatregelen getroffen voor langdurig verblijf. De plaats en de organisatie van het OC worden bepaald in het gemeentelijk noodplan (overeenkomstig het PSIP).</i>
<b>Verzamelpunt</b>	<i>Plaats waar de niet-gewonden gegroepeerd worden alvorens van het rampterrein weggebracht te worden.</i>
<b>Ziekenhuis met functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg'</b>	<i>Ziekenhuis dat beschikt over een erkende functie 'gespecialiseerde spoedgevallenzorg' (overeenkomstig het KB van 27 april 1998).</i>
<b>Ziekenhuisrampenplan</b>	<i>Plan voor het 'alarmen van de ziekenhuisdiensten'. Elk ziekenhuis moet een actieplan uitwerken dat bestaat uit een 'intern luik' dat een probleem in het ziekenhuis regelt en een 'extern luik' dat de opvangcapaciteit regelt voor slachtoffers van een collectieve noodsituatie (overeenkomstig het KB van 23 oktober 1964). Kan beschouwd worden als een BNIP doch wordt goedgekeurd door de provinciegouverneur.</i>

**ALFABETISCHE LIJST VAN ACRONIEMEN VOOR DISCIPLINE 2**

<b>Adj-Dir-Med</b>	<i>Adjunct van de Dir-Med, staat de Dir-Med bij</i>
<b>Adj-FGI</b>	<i>Adjunct federaal gezondheidsinspecteur</i>
<b>Adj-TRI</b>	<i>MUG-verpleegkundige die de Arts-TRI bijstaat</i>
<b>Adj-VMP</b>	<i>Verpleegkundige die de arts-VMP bijstaat</i>
<b>Arts-TRI</b>	<i>MUG-arts die de triage uitvoert</i>
<b>Arts-VMP</b>	<i>Arts die de medische coördinatie van de vooruitgeschoven medische post op zich neemt</i>
<b>BABI</b>	<i>Belgian association for burn injuries</i>
<b>CDGH</b>	<i>Commissie dringende geneeskundige hulpverlening</i>
<b>CIP</b>	<i>Centraal informatiepunt</i>
<b>CP-OPS</b>	<i>Operationele commandopost</i>
<b>DGH</b>	<i>Dringende geneeskundige hulpverlening</i>
<b>Dir-Med</b>	<i>Directeur medische hulpverlening</i>
<b>DSI</b>	<i>Dringende sociale interventie</i>
<b>FGI</b>	<i>Federaal gezondheidsinspecteur</i>
<b>GCC</b>	<i>Gemeentelijk coördinatiecomité</i>
<b>HC-100</b>	<i>Hulpcentrum 100, medische dispatching van het eenvormig oproepstelsel</i>
<b>MIP</b>	<i>Medisch interventieplan</i>
<b>MUG</b>	<i>Mobiele urgentiegroep</i>
<b>OC</b>	<i>Onthaalcentrum</i>
<b>Coord. VMP</b>	<i>Officier vooruitgeschoven medische post</i>
<b>PCC</b>	<i>Provinciaal coördinatiecomité</i>
<b>PIT</b>	<i>Paramedisch interventieteam</i>
<b>Pre-tri</b>	<i>Preliminaire triage</i>
<b>PSCC</b>	<i>Psychosociaal coördinatiecomité</i>
<b>PSIP</b>	<i>Psychosociaal interventieplan</i>
<b>PSM</b>	<i>Psychosociaal manager</i>
<b>SIM</b>	<i>Snelle Interventie Middelen</i>
<b>TIC</b>	<i>Telefonisch informatiecentrum</i>
<b>Tri</b>	<i>Triage</i>
<b>V-CIP</b>	<i>Verantwoordelijke centraal informatiepunt</i>
<b>VMP</b>	<i>Vooruitgeschoven medische post</i>
<b>V-OC</b>	<i>Verantwoordelijke onthaalcentrum</i>
<b>V-OV</b>	<i>Verantwoordelijke opvang verwanten</i>
<b>V-TIC</b>	<i>Verantwoordelijke telefonisch informatiecentrum</i>
<b>V-PSH</b>	<i>Verantwoordelijke psychosociale hulpverlening</i>