

CIRCULAIRE MINISTERIELLE RELATIVE AU PLAN D'INTERVENTION MEDICAL.
(M.B. 14.12.2009)

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.



Annexe

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 3.4. Schéma des Communications
 - 3.5 3.5. Identification des intervenants
 - 3.6 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.

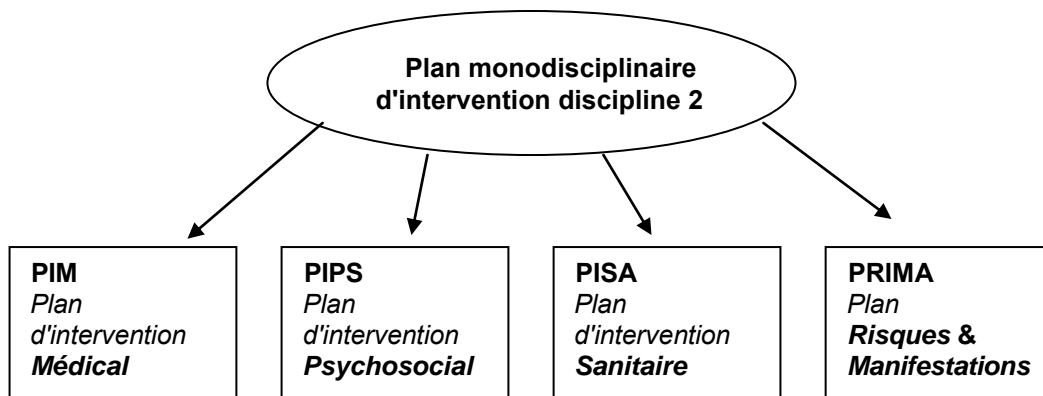
Il en sera de même lors des manifestations à (grand) risque et/ou lors des (grands) rassemblements de personnes.

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 Management » 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 (+ AdjDIR-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 AdjDir-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 :

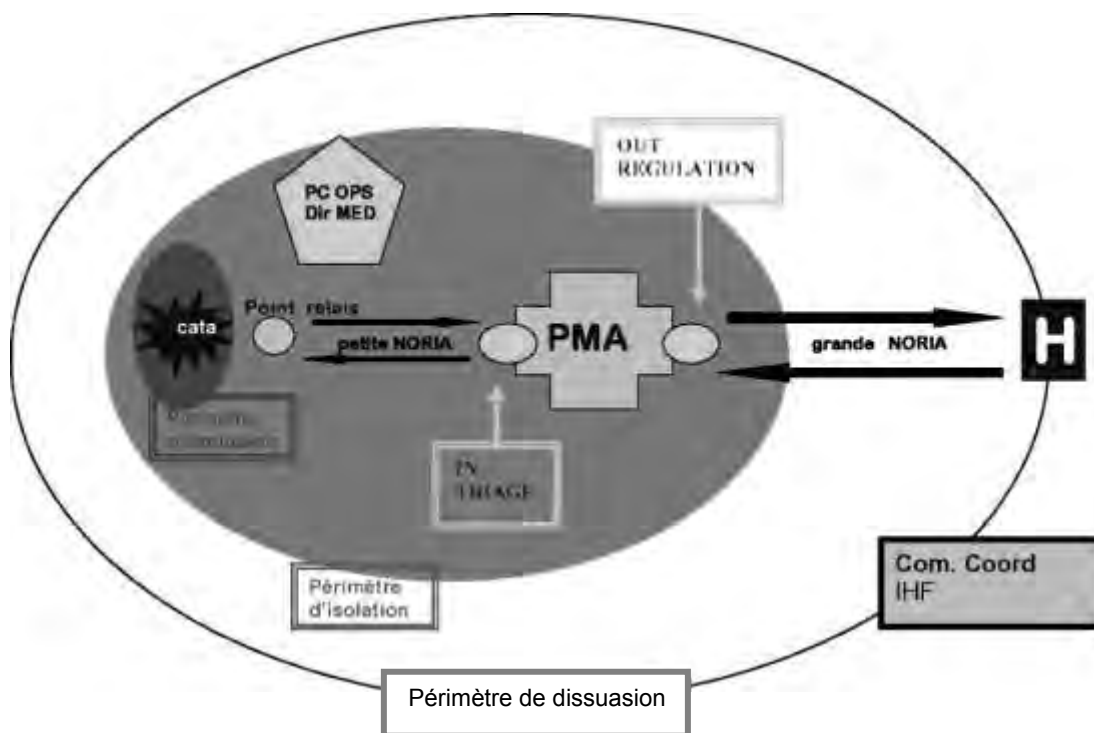


Schéma à titre illustratif

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, §1^{er}, 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 gui 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.

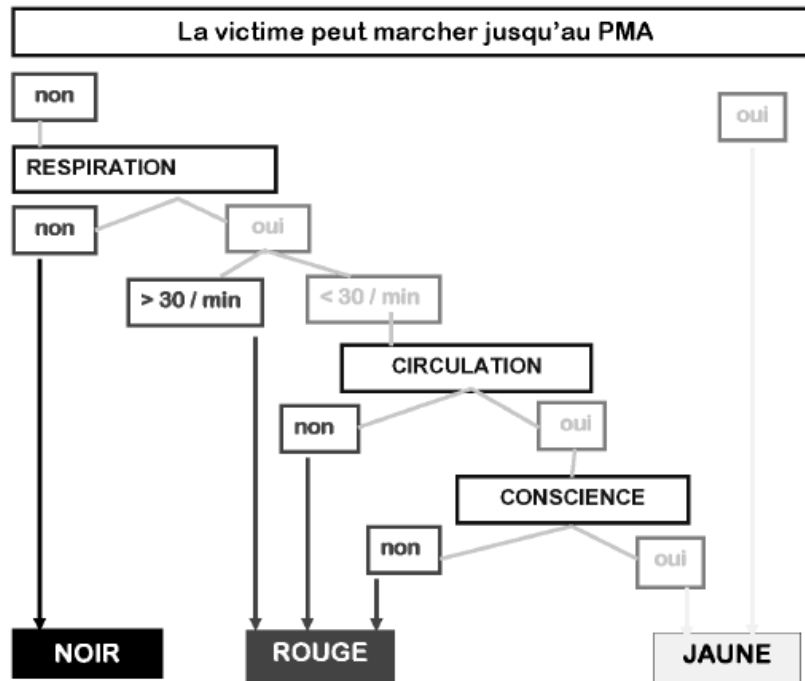
Les victimes reçoivent un macaron de couleur rouge ou jaune indiquant la priorité à l'évacuation primaire vers le PMA, le rouge étant prioritaire.

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 Avance (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 :

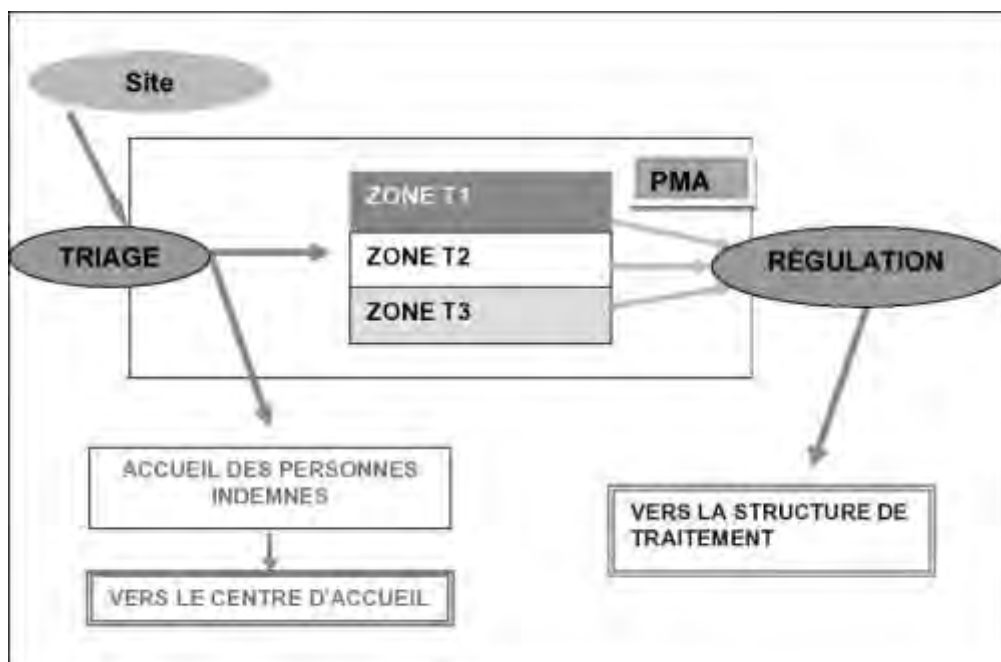
- Dans un bâtiment existant subdivisé en zones (T1, T2, T3) ;
- Dans une ou plusieurs tentes subdivisées en zones ;
- Dans un espace ouvert délimité par un cordon de couleur qui signale la zone.

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 communiqué 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^{er} 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 NHF, 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 avance (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 concerta 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:

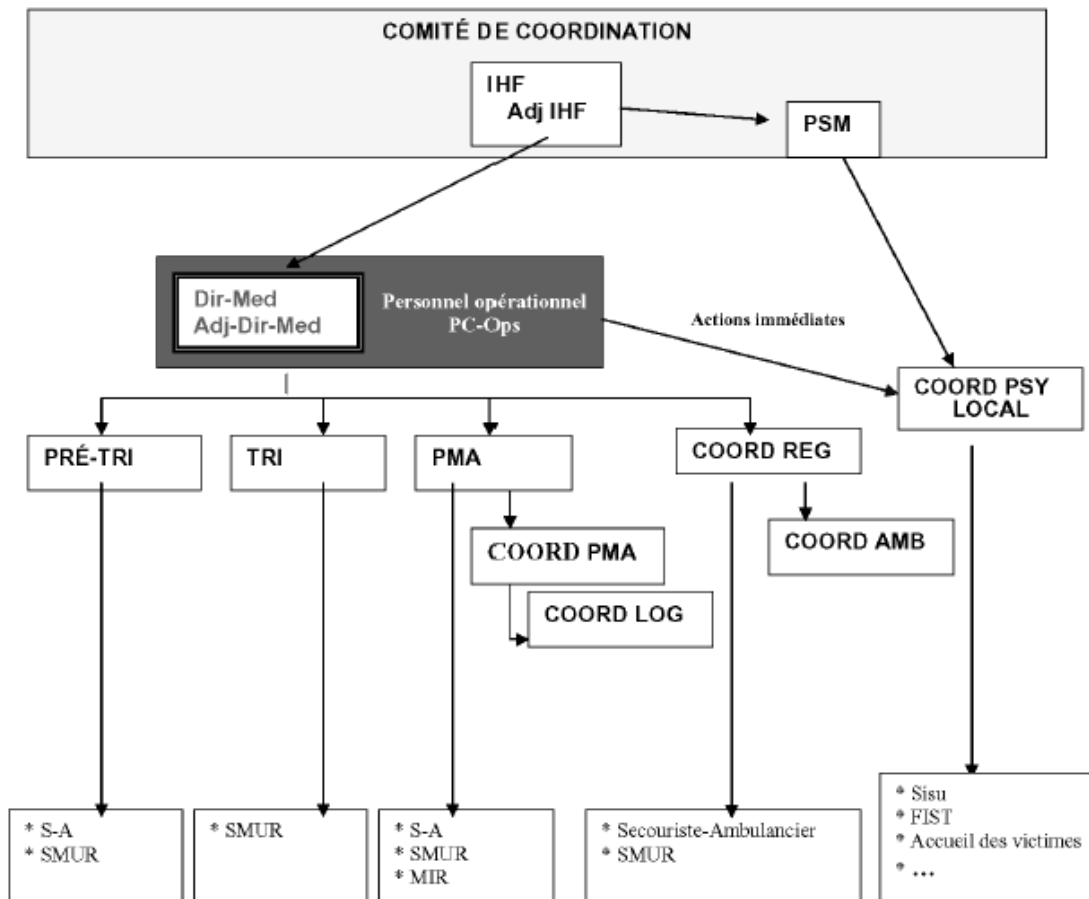
- Les équipes SMUR
- Les secouristes ambulanciers
- L'équipe PIT (éventuelle)
- Le(les) MIR
- La Croix-Rouge.

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 SCHEMA HIÉRARCHIQUE



3.4. SCHEMA DES COMMUNICATIONS

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



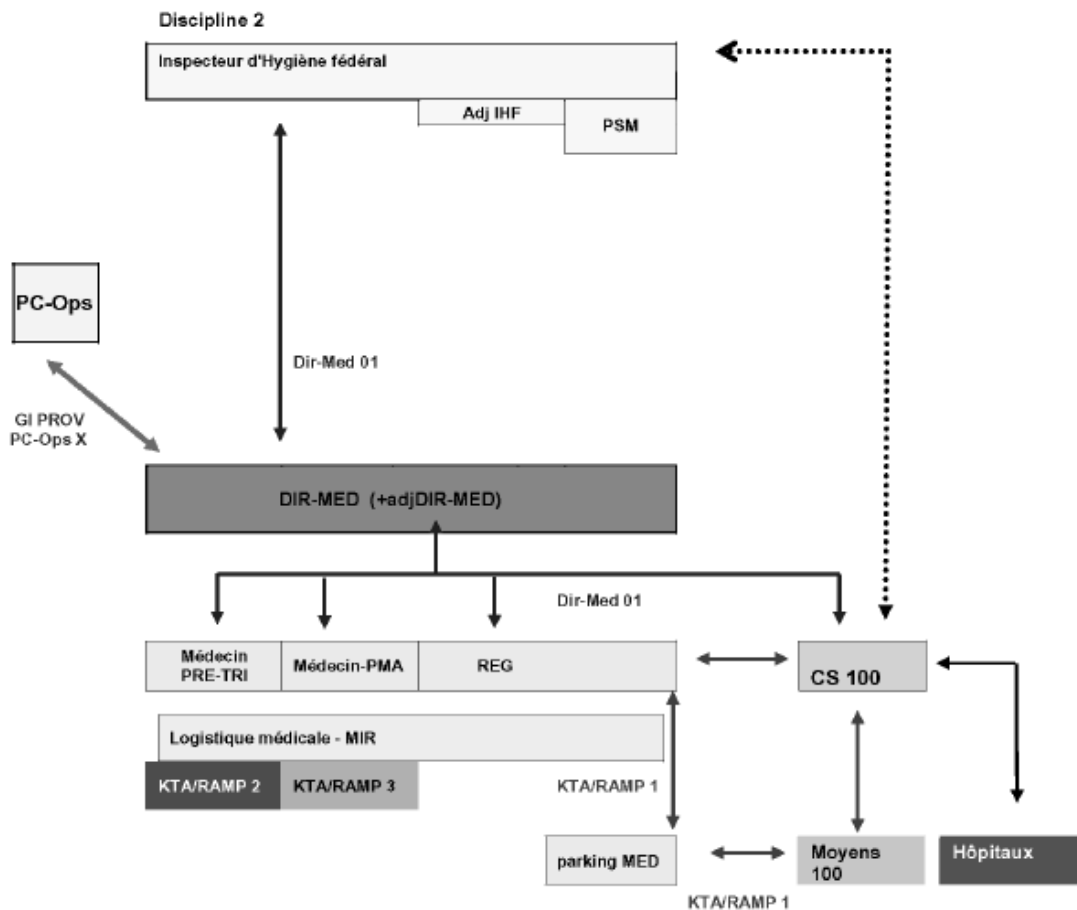
- les « décideurs » sont, au maximum, sur deux groupes

IHF et Adj IHF : groupe DirMed01 et groupe CC (selon niveau : CCP ou CCC)
 Dir-Med et Adj Dir-Med : groupe DirMed01 et groupe PC-Ops
 Régulateur : groupe DirMed01 et groupe KTA/RAMP1
 Med Pré-TRI : groupe Dir Med01 et groupe KTA/RAMP2
 Med PMA : groupe DirMed01 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

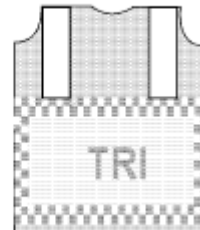
L'ensemble des intervenants sera identifié par des chasubles de couleur (signallement vert pour la D2) reprenant la fonction et l'identification.

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 :

- o Les services engagés,
- o Les actions prises (+ timing),
- o 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 :

<ul style="list-style-type: none">- 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 ;	<ul style="list-style-type: none">- le Psychosocial Manager ;- le Coordinateur Secrétariat ;- le Coordinateur PMA ;- le Coordinateur Logistique ;- le Coordinateur Ambulances ;- les médecins généralistes de permanence ;- MIRFITMED ;- MIRFITLOG ;- les médecins généralistes apportant volontairement leur aide.
---	---

Tous les intervenants énumérés ci avant doivent posséder le PIM générique complète 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

Législation	Article	
Loi 8/7/1964	Art. 1	Définition de la mise en œuvre générale de l'AMU
AR 2/4/65	Art. 7, 3 ^e alinéa, 1 ^o	Mise en œuvre du SMUR dans les incidents collectifs
AR 10/08/98	Art. 4, 3 ^o	Rédaction et approbation du PIM
AR 02/02/07	Totalité du texte	Définition du Dir-Med
AR 16/02/06	Art. 11	Définition et taches de la discipline 2
NPU-1		Spécification des taches 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

Plan d'Intervention médicale (PIM)	<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>
Mise en alerte du PIM	<i>Lancement de la chaîne médicale des secours lorsque les critères de lancement du Plan d'intervention médicale sont remplis.</i>
Mise en préalerte du PIM	<i>Mise en préalerte des intervenants principaux du Plan d'intervention médical.</i>
Chaîne médicale des secours	<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 de l'AR du 2 février 2007 sur le Dir-Med).</i>
Poste médical avance (PMA)	<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>
Inspecteur d'Hygiène fédéral (IHF)	<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>
Inspecteur d'Hygiène fédéral adjoint (Adj-IHF)	<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>



Directeur de l'aide médicale (Dir-Med)	Médecin exerçant la direction opérationnelle de l'ensemble des secours médicaux, sanitaires et psychosociaux affectés de 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).
Directeur de l'aide médicale adjoint (Adj-Dir-Med)	Adjoint du Dir-Med, il contribue à l'exécution de l'ensemble des tâches incombant au Dir-Med.
Psychosocial Manager (PSM)	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).
Coordinateur PMA	Responsable du PMA pour ce qui concerne tous les aspects non médicaux. Personne qui veille à ce que le PMA soit correctement mis en place et à ce que l'approvisionnement des moyens logistiques destinés au PMA soit assuré.
Médecin-TRI	Médecin SMUR qui effectue le tri.
Adjoint-TRI	Infirmier SMUR qui assiste le médecin-TRI.
Médecin-PMA	Médecin qui assure la coordination médicale du PMA.
Adjoint-PMA	Infirmier qui assiste le médecin-PMA.
Coordinateur Régulation	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.
Coordinateur Logistique	Responsable du soutien logistique des actions médicales sur le site de la catastrophe.
Coordinateur du parc ambulancier	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.
Moyens logistiques médicaux	Moyens mis en œuvre pour l'installation et l'équipement du poste médical avancé. Ces moyens sont transportés avec le personnel dans des véhicules prévus à cet effet.
Triage préalable (pré-tri)	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.
Tri	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.
Fiche de tri	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.
Mise en condition	Préparer la victime à être transportée en vue d'une évacuation régulée.
Stabilisation	Ensemble d'actes médicaux visant à optimiser l'état du patient de façon à accroître ses chances de bénéficier d'un traitement adéquat.
Petite noria	Évacuation des victimes à partir du point de transfert vers le poste médical avancé (PMA).
Grande noria	Évacuation régulée des victimes à partir du poste médical avancé (PMA) vers les structures adéquates de prise en charge et/ou de traitement.
Medical Emergency field	Concept international pour une fiche avec code universel qui indique



Triage Tag (METTAG)	<i>l'évolution de la gravité des blessures et facilite l'enregistrement de la victime.</i>
MIR	<i>Moyens d'intervention rapide. Ensemble des moyens (personnel et véhicules) du D2 en cas de catastrophe, qui sont apportés sur place par un partenaire, composé d'une partie FIT MED et FIT LOG.</i>
FIT MED	<i>First Intervention Team Medical 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>
FIT LOG	<i>First Intervention Team Logistique Véhicule avec le matériel d'origine logistique, pour le fonctionnement et l'organisation d'un poste PMA et la chaîne de secours D2. Civières, tente, groupe électrogène, lumière.</i>
Aide médicale urgente (AMU)	<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>
Centre de secours 100/ système d'appel unifié/ centrale 100 (CS 100)	<i>Organisation de l'Aide médicale urgente consistant en un numéro d'appel unifié et du personnel répondant aux appels urgents selon les régies imposées par le SPF Santé publique.</i>
Commission d'Aide médicale urgente (CoAMU)	<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>
Service mobile d'urgence (SMUR)	<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>
Service d'ambulance	<i>Service d'ambulance organisé par les pouvoirs publics et visé à l'article 5, alinéa 1^{er}, de la loi du 8 juillet 1964. 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^{er}, 6°).</i>
Team d'Intervention paramédicalisé (PIT)	<i>Ambulance 100 dont l'équipage est complété d'un infirmier porteur de la compétence en soins d'urgence.</i>
Victime (directe) / personne directement impliquée	<i>Toute personne directement confrontée à une situation d'urgence, présente au moment des faits (personne décédée, blessée, indemne, témoin sur les lieux).</i>
Impliqué Personne indemne	<i>Toute personne présente lors d'une situation d'urgence collective et qui ne semble pas avoir de blessures physiques.</i>



Service d'Intervention sociale urgente (STSU)	<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>
Plan Belgian association for burns injuries (Plan BABI)	<i>Plan national organisant le nombre de lits pour grands brûlés et la coordination des différents centres de traitement des grands brûlés.</i>
Dispositif médical préventif	<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>
Plan d'Intervention psychosociale (PIPS)	<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>
Responsable de l'Aide psychosociale (R-APS)	<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>
Centre d'accueil (CA)	<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>
Endroit de regroupement	<i>Lieu où sont regroupées les personnes indemnes avant d'être éloignées du site de la catastrophe.</i>
Hôpital doté de la fonction 'Soins urgents spécialisés'	<i>Hôpital doté d'une fonction 'Soins urgents spécialisés' agréée (conformément à l'AR du 27 avril 1998).</i>
Plan MASH	<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 PPU, il est toutefois approuvé par le gouverneur de la province.</i>



LISTE ALPHABÉTIQUE D'ACRONYMES POUR LA DISCIPLINE 2

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

