



Plan interne d'urgence adapté aux spécificités des structures d'hébergement des secteurs de la santé – à l'exception des hôpitaux –, du handicap et de l'action sociale afin d'aider les structures d'hébergement pour l'élaboration et la mise en œuvre de celui-ci

Juillet 2020

Table des matières

| | |
|---|-----------|
| 1. INTRODUCTION - PRÉSENTATION DU GUIDE | 3 |
| 1.1. EVITONS DE CONFONDRE GUIDE POUR L'ÉLABORATION D'UN PLAN INTERNE D'URGENCE ET LE PLAN INTERNE D'URGENCE LUI-MÊME | 3 |
| 1.2. A QUI S'ADRESSE LE GUIDE ? | 3 |
| 1.3. CONTEXTE D'ÉLABORATION DU GUIDE | 4 |
| 1.4. PROCESSUS DE COMMUNICATION, DE RÉVISION ET D'ÉVALUATION DU GUIDE | 4 |
| 1.5. DÉFINITION DE CERTAINS CONCEPTS | 5 |
| 2. ELABORATION/MISE À JOUR/COMMUNICATION DU PIU | 6 |
| 2.1. PRÉSENTATION DE L'INSTITUTION – SIGNALÉTIQUE | 6 |
| 2.2. EVALUATION, GESTION DES VERSIONS ET DES MISES À JOUR | 6 |
| 2.3. COMMUNICATION DU PIU | 7 |
| 2.4. SENSIBILISATION AU PIU | 7 |
| 3. OPÉRATIONNALISATION DU PLAN | 8 |
| 3.1. PRÉ-ACTIVATION : RECENSEMENT/COMPILATION DES DONNÉES NÉCESSAIRES À LA GESTION DE LA CRISE (RESSOURCES EXISTANTES ET MOBILISABLES) | 8 |
| 3.1.1. DONNÉES GÉNÉRALES ET DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ | 8 |
| 3.1.2. DONNÉES RELATIVES AU PERSONNEL | 8 |
| 3.1.3. RÉSIDENTS/FAMILLE/VISITEURS/BÉNÉVOLES | 9 |
| 3.1.4. DESCRIPTION DES INFRASTRUCTURES | 10 |
| 3.1.5. MATÉRIEL SPÉCIFIQUE COVID19 (PROTECTION, NETTOYAGE, LINGE, USTENSILES DE CUISINE, AÉRATION, MÉDICAL, ...) | 10 |
| 3.1.6. MESURES ADDITIONNELLES DE PRÉVENTION | 10 |
| 3.2. ACTIVATION DU PLAN : OPÉRATIONNALISATION | 12 |
| 3.2.1. IDENTIFICATION DU SEUIL D'ACTIVATION DU PIU | 12 |
| 3.2.2. INSTANCES (FONCTIONNELLES) PIU - COVID À METTRE EN PLACE ET MODALITÉS | 12 |
| 3.2.3. MESURES (FONCTIONNELLES) PIU - COVID À METTRE EN PLACE ET MODALITÉS | 16 |
| 3.2.4. MONITORING/SUIVI | 18 |
| 3.3. POST-ACTIVATION DU PLAN : GESTION DU RETOUR À « LA NORMALE » | 19 |
| 4. ANNEXES DU PIU | 20 |
| 5. LISTE D'AUTOCONTRÔLE DU PIU | 21 |
| 6. ANNEXES AU GUIDE | 22 |

1. Introduction - Présentation du guide

1.1. Evitons de confondre Guide pour l'élaboration d'un plan interne d'urgence et le plan interne d'urgence lui-même

Il convient de bien distinguer la notion de « Guide » de celle de « Plan d'urgence »

Le **guide** est un outil didactique et pratique destiné à aider les structures d'hébergement relevant de la compétence de l'AViQ (Santé et Handicap) et du SPW (Action sociale) à élaborer et maintenir à jour leur plan interne d'urgence dans le cadre de la crise Covid19 (2^{ème} vague). Il pourra aussi être utilisé dans un second temps lorsque le plan interne d'urgence sera étendu à d'autres types de risques.

Il constitue donc une **aide** à la rédaction du plan interne d'urgence, ce dernier étant à décliner individuellement en fonction du contexte de chaque institution.

Le **plan interne d'urgence (PIU)**¹ est un document pratique au niveau de l'institution visant à se préparer (anticiper les risques et être prêt à y répondre) en vue de réagir rapidement et efficacement en cas de déclenchement d'une crise. Un modèle-type est fourni à cet effet, en partie 6 du présent guide.

Le plan interne d'urgence constituera un instrument essentiel à destination de la cellule de crise en cas de rebond de la crise Covid.

1.2. A qui s'adresse le Guide ?

Aux structures d'hébergement wallonnes de type collectif des secteurs suivants :

AViQ :

Santé :

- Maisons de Repos/Maisons de Repos et de Soins et Résidences Services (MR/MRS/RS)
- Maisons de Soins Psychiatriques (MSP)
- Centres de Rééducation Fonctionnelle de type résidentiel (CRF)
- Centres de soins de jour (CSJ)
- Centres d'accueil de jour (CAJ)
- Initiatives d'Habitations Protégées (IHP)

Handicap :

- Services Résidentiels pour Jeunes (SRJ)
- Services Résidentiels pour Adultes en situation de handicap assurant l'accueil et l'hébergement (SRA)
- Services Résidentiels de Nuit pour Adultes (SRNA)
- Services Agréés Financés par une Autorité Etrangère (SAFAE)
- Services Agréés organisant des activités pour personnes handicapées (SAN/SAPS résidentiel)

¹ AR 22 05 2019 relatif à la planification d'urgence et la gestion de situations d'urgence à l'échelon communal et provincial et au rôle des bourgmestres et des gouverneurs de province en cas d'événements et de situations de crise nécessitant une coordination ou une gestion à l'échelon national.

Services d'Hébergement Non Agréés (SHNA)

Action sociale :

- Les maisons d'accueil²
- Les maisons de vie communautaire³
- Les abris de nuit⁴

1.3. Contexte d'élaboration du Guide

Le Gouvernement wallon a adopté le 25 juin 2020 son **plan de suivi et d'actions (dans les secteurs santé et action sociale) en cas de rebond ou de nouvelle épidémie**.

Ce plan a pour objet de tirer les enseignements de la crise et de s'armer face à un éventuel rebond de la Covid19.

La volonté de doter chaque structure d'hébergement d'un plan interne d'urgence s'inscrit dans l'axe « gestion de crise ».

Il convient dans un premier temps de se concentrer sur les contaminations en prévision d'une éventuelle deuxième vague Covid ; néanmoins, le PIU constitue un document de base qui pourra être étendu ultérieurement à d'autres types d'épidémies ou d'autres types de risques (techniques, sociaux, ...)

Le PIU doit permettre à l'institution :

- D'anticiper les conséquences d'un risque identifié
- De mettre en place des mesures de contrôle
- D'améliorer la réactivité en cas d'alerte
- De réfléchir en amont aux dispositions à prévoir pour adapter au mieux son organisation et préserver ainsi de façon optimale le bien-être et la santé des résidents et du personnel.

Le PIU doit être évolutif en fonction des risques identifiés, des recommandations des autorités, des exercices et des expériences vécues afin d'en renforcer l'efficacité.

1.4. Processus de communication, de révision et d'évaluation du Guide

Le guide est communiqué aux institutions par voie de circulaire en attendant un arrêté du Gouvernement.

Les institutions sont invitées à signaler à l'AViQ les difficultés qu'elles rencontreraient dans l'application du présent guide lors de l'élaboration de leur PIU afin que l'outil soit adapté le cas échéant.

En effet, la collaboration des acteurs de terrain est essentielle au développement et à l'amélioration de l'outil.

² Tel que défini par le Code Wallon de l'Action Sociale et de la Santé, art. 66

³ Ibid.

⁴ Ibid.

1.5. Définition de certains concepts

Plan interne d'urgence :

Le **plan interne d'urgence (PIU)**⁵ est un document au niveau de l'institution visant à limiter les conséquences néfastes d'une situation d'urgence par la mise au point de mesures matérielles et organisationnelles d'urgence adaptées, rédigé par l'institution concernée.

Il constitue, avec le plan multidisciplinaire d'urgence et d'intervention établi au niveau fédéral, provincial et communal, la planification d'urgence.

Il se décline en 3 phases pour lesquelles les instances à mettre en place et les actions à prendre doivent être anticipées lors de la rédaction du PIU :

- La pré-activation : c'est le moment de réflexion, de préparation et d'anticipation. Il convient dans cette phase de mener une réflexion sur les risques et les actions à prendre en cas de déclenchement de la crise (et donc d'activation du PIU) et de s'assurer que tous les acteurs concernés soient bien informés des actions qu'ils devront prendre par la mise à leur disposition de fiches réflexes.
- L'activation : c'est le moment de la mise en œuvre de tout ce qui a été pensé et écrit en amont. Une cellule de crise sera constituée. Elle assurera la coordination et le suivi de la crise au quotidien et prendra les décisions nécessaires à sa bonne gestion.
- La post-activation : c'est le moment de l'évaluation. Tout a-t-il fonctionné comme on l'avait imaginé ? Quels sont les enseignements positifs et les points à améliorer ? Comment assure-t-on le bien-être des victimes et acteurs de la crise qui ont été mis à rude épreuve ? Tous ces éléments alimenteront, s'il échet, la révision du PIU initialement imaginé.

Crise Covid :

Les coronavirus (CoV) sont une grande famille de **virus** qui causent des maladies, allant du simple rhume à des maladies plus graves telles que le MERS-CoV (syndrome respiratoire du Moyen-Orient) et le SARS-CoV (syndrome respiratoire aigu sévère). Les coronavirus sont **zoonotiques**, ce qui signifie qu'ils se transmettent de l'animal à l'homme.

Le coronavirus SARS-CoV-2 (anciennement appelé 2019-nCoV) est une nouvelle souche qui n'a pas encore été identifiée chez l'homme et **qui provoque la maladie Covid-19**. Il a été signalé pour la première fois à Wuhan, en Chine, le 31 décembre 2019, d'où le nom d'origine 2019-nCoV.⁶

Gestion de risques :

Le PIU doit se fonder sur l'analyse des risques inhérents à l'institution. Ces risques sont multiples et d'ordres divers (financiers, liés à la sécurité des infrastructures, liés au bien-être des travailleurs et des résidents, ...).

Cette analyse sert de base à la définition des mesures de prévention à prendre.

Afin d'aider les responsables des institutions à mener cette réflexion de manière rapide et pragmatique, une liste d'autocontrôle est communiquée en partie 5 du présent guide.

⁵ AR 16.02.2006 relatif aux plans d'urgence et d'intervention, art.5

⁶ Source : Sciensano

2. Elaboration/mise à jour/communication du PIU

!!! Un PIU par numéro d'agrément ou par identifiant SHNA, ou un seul plan pour l'ensemble du site si plusieurs numéros d'agrément⁷ !!!

2.1. Présentation de l'Institution – signalétique

Cette section vise à présenter brièvement l'institution, ainsi que les responsables, en son sein, de la rédaction et de l'opérationnalisation du présent PIU.

A cette fin, il est recommandé de constituer un groupe de rédaction qui est préférentiellement composé de manière pluridisciplinaire.

Il peut être composé à titre illustratif des fonctions suivantes⁸ :

- Le Directeur et/ou son remplaçant
- Le Médecin coordinateur (s'il existe) ou le médecin référent⁹
- Le Responsable des Soins/Paramédical
- Le Responsable des fonctions éducatives ou sociales
- Le référent pour la démence
- Le(s) Responsable(s) logistique(s) et des Infrastructures
- Le SIPP ou le conseiller en prévention

Ce plan devra être présenté au CPPT ou à l'organe de concertation sociale de l'établissement.

Au cours de l'élaboration de ce plan, les représentants des familles et des résidents devraient également être consultés.

2.2. Evaluation, gestion des versions et des mises à jour

Le plan doit être revu et évalué au moins une fois/an ou plus selon les événements qui peuvent se produire au sein de l'institution (modifications architecturales, départ d'acteurs nommément cités, procédure inadéquate, besoin nouveau, nouvelles instructions régionales ou fédérales, ...). Il est essentiel de le mettre à jour chaque fois qu'un tel événement se produit selon la procédure visée au point 2.1 et de garder trace de cette mise à jour pour s'assurer que chacun dispose de la dernière version.

Il est recommandé de désigner une personne responsable de sa mise à jour au sein du Comité de rédaction.

⁷ Le Plan doit respecter les dispositions du RGPD

⁸ En pratique, certaines des fonctions peuvent être cumulées sur la tête d'une même personne

⁹ Il s'agit du médecin désigné pour accompagner l'institution dans le cadre du protocole de collaboration à conclure avec un médecin généraliste ou un cercle de médecine générale (cf. point 3.1.2).

2.3. Communication du PIU

Afin d'assurer une prise en main rapide en interne et une mise au courant des acteurs externes, institutionnels ou non, du présent plan, cette section vise à identifier les principaux intéressés, ainsi que le support à utiliser pour communiquer le plan une fois celui-ci établi et à chaque mise à jour.

Il est recommandé de communiquer le PIU par voie électronique et d'en conserver un exemplaire papier à un endroit accessible au sein de l'institution (à indiquer dans l'envoi électronique).

Le PIU doit être communiqué aux personnes suivantes :

En interne :

- A l'ensemble du personnel et au CPPT ou à l'organe de concertation sociale
- Au Pouvoir organisateur

En externe :

- A l'AViQ (santé et handicap) / SPW (action sociale)
- Aux Autorités communales (Bourgmestre) et Provinciales (Gouverneur)

2.4. Sensibilisation au PIU

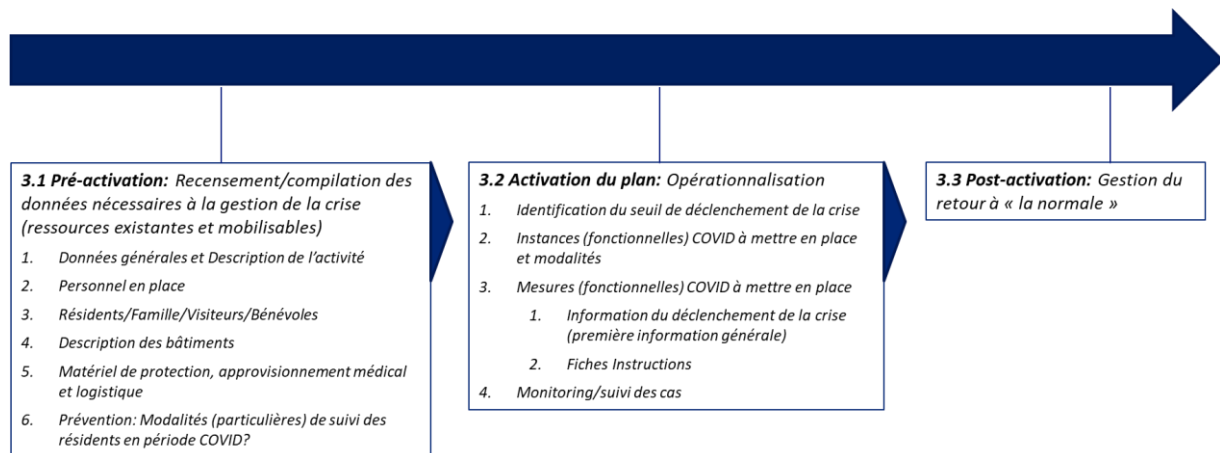
Facteur majeur du succès de sa mise en œuvre, le plan doit prévoir une formation/sensibilisation (et ses moyens) du personnel tant au plan d'urgence lui-même qu'à différents éléments de son contenu dans le respect des circulaires AViQ, comme par exemple :

- Une formation sur les différents aspects de la Covid19 à destination de tout le personnel,
- Une formation à l'hygiène des mains ou au port des équipements de protection,
- Une formation aux protocoles de nettoyage, de désinfection...

Il serait utile à cet égard de désigner au sein de l'institution des référents Covid formés qui seraient chargés à leur tour de former les autres membres du personnel. Leur identité et coordonnées seront communiquées à tout le personnel. Ceux-ci peuvent être choisis parmi n'importe quelle catégorie de personnel.

3. Opérationnalisation du plan

!!! Limiter la réflexion à ce stade sur la situation en cas de rebond de la Covid19 !!!



Toutes les rubriques 3.1 à 3.3 sont à remplir en tenant compte des mesures à prendre en fonction des circulaires disponibles sur le site de l'AViQ <https://www.aviq.be/coronavirus-professionnels.html>

Un vadémécum sera disponible dans les prochaines semaines

3.1. Pré-activation : Recensement/compilation des données nécessaires à la gestion de la crise (ressources existantes et mobilisables)

Cette section a pour objet de faire un screening de l'institution dans ses différentes composantes susceptibles d'être impactées par un rebond de la Covid19 et à anticiper les réponses aux risques qui y sont liés.

Il s'agit d'une phase de réflexion et de préparation des mesures à prendre en cas d'activation du PIU.

3.1.1. Données générales et description de l'activité

Cette rubrique complète la rubrique 2.1 et a pour objectif de permettre à un intervenant externe de se faire une idée générale du type d'institution, de sa taille, de ce que l'on y fait et de son horaire d'accessibilité.

3.1.2. Données relatives au personnel

Cette rubrique a pour objectif d'identifier les risques liés aux moyens disponibles (hors absence de (très) longue durée) et ceux qu'il conviendrait de mobiliser en plus selon l'évolution de la situation au sein de l'institution ou en cas de pénurie de son propre personnel.

Par catégorie de personnel, on entend les fonctions/groupes de fonctions (critère le plus pertinent à définir par le comité de rédaction).

*Ex – Infirmièr(e)s, aides-soignant(e)s/personnel de soins
Ouvrier, technicien(ne)s de surface/personnel d'entretien*

Chaque institution est tenue d'une part, de conclure une convention reprenant les modalités de collaboration avec un réseau hospitalier et d'autre part, de formaliser les modalités de collaboration avec un médecin généraliste au travers d'une convention avec un médecin et avec un cercle de médecine générale s'il n'y a pas de médecin coordonnateur dans l'institution.

Concernant la convention **avec le réseau hospitalier**, si le réseau ne dispose pas encore de personnalité juridique, l'institution pourra conclure la convention avec l'hôpital avec lequel elle dispose déjà un lien fonctionnel. Cette convention doit a minima prévoir les modalités de collaboration portant sur :

- Le soutien des équipes en matière d'hygiène, d'infectiologie, ...
- L'approvisionnement et le bon usage des médicaments et du matériel médical spécifique Covid (pharmacie)
- L'admission à l'hôpital et le retour dans l'institution des résidents suspects/infectés
- L'organisation du testing en lien avec les laboratoires identifiés
- L'aide à la gestion dynamique des stocks d'EPI (éventuellement)

Concernant les conventions **avec le médecin généraliste et les cercles de médecine générale**, il est nécessaire de prévoir d'une part, les modalités de la collaboration entre l'institution et le cercle de médecine générale et/ou le médecin généraliste tant pour la prise en charge des résidents que pour l'élaboration du PIU et l'élaboration de la convention avec le réseau hospitalier ainsi que la possibilité de faire appel à un autre médecin dans l'hypothèse où le médecin désigné serait lui-même dans l'impossibilité d'accomplir sa mission auprès de l'institution et d'autre part, les modalités financières liées à cette collaboration. Ceci peut se concrétiser à travers deux conventions : l'une avec le médecin qui sera le référent de l'établissement, l'autre avec le cercle de médecine générale pour remplacement, appui, expertise supplémentaire.

Des modèles-types de conventions pourront être communiqués par l'AViQ.

Il est rappelé que, en cas d'utilisation du dispositif de mise à disposition, il sera impératif d'en informer les représentants des travailleurs et d'en définir les modalités (respect CCT35).

3.1.3. Résidents/Famille/Visiteurs/Bénévoles

Cette rubrique a pour objectif d'une part, d'évaluer le risque selon le nombre et la typologie de résidents et d'autre part, d'anticiper les modalités de communication en cas de crise ainsi que les dispositions à prendre à l'égard des familles/des visiteurs/des bénévoles lors des visites si elles sont encore autorisées (exemple : évaluation du matériel de protection nécessaire).

La cellule de crise aura besoin en permanence d'avoir une vue précise sur la situation des résidents afin de prendre les bonnes décisions quant à leur accompagnement.

Il appartient donc à l'institution de définir et de faire évoluer les critères de traçabilité les plus pertinents au regard des mesures à prendre en fonction des recommandations AViQ et des recueils de données sollicités.

Exemple : degré de dépendance, absence ou existence éventuelle de déclaration de fin de vie

Enfin, l'institution veillera à appliquer les circulaires/instructions et recommandations en tenant compte de l'intérêt du résident ; elle réfléchira à la manière de décider sur les situations complexes (ex – présence des proches en cas de fin de vie, phénomène de glissement, ...)

3.1.4. Description des infrastructures

Cette rubrique a pour objectif d'anticiper les mesures à prendre pour éviter la propagation du virus en général et en cas de confinement de tout ou partie de l'institution, afin d'avoir une vue sur les fonctionnalités de l'infrastructure.

Ceci vise à permettre la prise en charge des cas et la communication à des tiers qui seraient amenés à intervenir (protection civile, équipes mobiles...).

Il convient ainsi de décrire les bâtiments (avec plans si disponibles) et les circuits.

3.1.5. Matériel spécifique Covid19 (protection, nettoyage, linge, ustensiles de cuisine, aération, médical, ...)

Cette rubrique vise à identifier l'état actuel et les besoins en matériel tant au niveau du matériel de protection, que médical ou de nettoyage ainsi que le mécanisme de suivi des stocks, de traitement du linge et d'évacuation des déchets.

Il est donc demandé d'identifier d'une part le stock courant moyen et de se projeter sur les besoins de l'institution. Il est admis que les institutions doivent disposer d'un stock de 3 mois en matériel de protection.

Il est essentiel de s'assurer d'une gestion dynamique de ces stocks et de porter à la connaissance du personnel les lieux d'entreposage des équipements et leur utilisation adéquate et rationnelle.

Il est donc essentiel de former le personnel au port correct des équipements de protection et à l'utilisation (y compris en termes d'efficacité – ne pas gaspiller...) du matériel spécifique lié à la Covid19 que ce soit en matière de nettoyage et de désinfection ou de matériel médical.

3.1.6. Mesures additionnelles de prévention

Cette rubrique vise à préciser les éléments liés aux mesures de prévention mises en place dans l'institution. Ceci doit inclure le protocole de surveillance, les symptômes d'alarme et la procédure à suivre lors de symptômes chez les résidents et le personnel. Dans ce cadre, il conviendra de veiller à ce que les résidents et leurs familles, même

non infectés, soient bien informés et maîtrisent les mesures applicables aux résidents infectés.

Il est également préconisé que l'institution prévoie la manière dont elle va assurer le soutien psycho-social des acteurs internes (personnel soignant, d'entretien...) et des résidents pour éviter les phénomènes de glissement, le stress et les tensions.

En effet, vu les nombreuses difficultés déjà rencontrées durant la première vague, cet aspect revêt une acuité particulière dans l'hypothèse d'une seconde vague.

L'institution doit enfin indiquer les mesures prises au cas où la continuité du service serait compromise particulièrement dans les fonctions clés du fonctionnement de l'institution et du présent plan :

- Directeur
- Médecin coordinateur/référent
- Soins infirmiers et accompagnement
- Fonctions éducatives et sociales
- Nettoyage
- Cuisine
- Gardien de nuit
- Personnel administratif et comptable
- ...

3.2. Activation du plan : opérationnalisation

Les fiches doivent être remplies et adaptées en tenant compte des mesures à prendre telles qu'elles figurent dans les circulaires disponibles sur le site de l'AViQ <https://www.aviq.be/coronavirus-professionnels.html>

Cette section reprend les mesures à mettre en œuvre et les procédures à suivre pour assurer cette mise en œuvre en cas d'activation du PIU suite au déclenchement de la crise.

Le contenu de cette rubrique doit être parfaitement en adéquation avec les circulaires de l'AViQ et donc actualisé le cas échéant.

Il est également nécessaire que le processus de communication interne des informations (circulaires et autres) émanant de l'externe (Autorité fédérale, Conseil National de Sécurité, AViQ, Gouverneurs, Bourgmestres, ...) soit décrit afin de s'assurer que l'ensemble des personnes concernées au sein de l'institution dispose de la bonne information en temps et en heure (envisager qui reçoit les informations et qui et comment elles sont ensuite diffusées en interne).

Ces mesures et procédures sont reprises sous la forme de fiches jointes au PIU. Celles-ci doivent impérativement être portées à la connaissance des personnes concernées par la fiche (cf. modèle-type en partie 6) avant l'activation du plan, de sorte qu'elles n'aient qu'à les ressortir au moment de l'activation du plan.

3.2.1. Identification du seuil d'activation du PIU

Le modèle-type de PIU reprend le rôle des différentes instances dans le processus d'alerte et de communication en cas de rebond.

Une fois le déclenchement de la crise communiquée au sein de l'institution sur la base des seuils d'alerte communiqués par les autorités, ou plus tôt si l'institution le juge nécessaire, le Directeur active son PIU.

Le Comité de rédaction définit les seuils d'activation du plan et les explicite dans le PIU. Même si ces seuils sont génériques et résultent directement des instructions régionales et fédérales, il convient de les expliciter au sein du présent plan afin qu'ils soient bien connus de tous.

3.2.2. Instances (fonctionnelles) PIU - Covid à mettre en place et modalités

Cette rubrique vise avant tout à mettre en place et à identifier les instances responsables pour assurer la gestion de l'institution durant l'activation du plan : Chacune des instances/personnes concernées doit parfaitement connaître son rôle et leurs actions doivent être coordonnées.

Il est demandé/recommandé de développer une fiche réflexe par instance selon le modèle-type précité.

Devront être prévues a minima 4 instances :

- *Le Directeur*

- *Le Médecin coordinateur/référent*
- *La Cellule de Crise*
- *Les Responsables de la Communication*

Le Directeur : 1 fiche réflexe

- Il active le PIU et réunit la cellule de crise (si centrale téléphonique, fiche réflexe avec les personnes à contacter, dans quel ordre et avec toutes leurs coordonnées + leurs back up)
- Il met à jour les données relatives à l'institution sur la plateforme de l'AViQ, ce qui active automatiquement l'Agence, qui en informe le Gouverneur.
- Il informe le Réseau hospitalier partenaire et le Médecin référent de l'activation du PIU
- C'est également lui qui décide de la fin de l'activation du PIU et qui en informe les personnes précitées.

Son rôle et les actions qu'il doit effectuer sont définis dans la fiche réflexe « Directeur » (cf. exemple en partie 6)

Point d'attention : l'enregistrement sur la plate-forme de l'AViQ permet d'alerter les autorités, de suivre l'évolution de l'épidémie et d'ajuster les mesures locales ou générales. Il convient de suivre les indications de l'AViQ car la périodicité d'enregistrement et son contenu peuvent évoluer.

Le médecin coordinateur/référent : 1 fiche réflexe

- Il est chargé de toutes les relations à caractère médical tant envers les résidents, que les familles, médecins traitants, réseau hospitalier. A ce titre il est recommandé que ce soit lui qui communique vers ces différents publics-cibles à tout le moins lorsque la communication comprend des données à caractère médical.
- Il peut prendre en charge l'organisation ou la réalisation de certains actes comme le testing des résidents.
- Il formule toute recommandation à caractère sanitaire.
- Il participe à l'élaboration du protocole de collaboration avec le réseau hospitalier et est le principal interlocuteur de l'institution dans sa mise en œuvre.

Son rôle et les actions qu'il doit effectuer sont définis dans la fiche réflexe « Médecin coordinateur/Référent ».

La Cellule de crise : 1 fiche réflexe

1. Idéalement, elle se compose des membres du Comité de rédaction pluridisciplinaire (cf. point 2.1 du présent guide) auquel peuvent être ajoutés des experts (hygiène...). Dans le cadre spécifique de la crise COVID, la cellule de crise sera composée a minima, conformément à la circulaire AViQ du 5 avril 2020, du responsable de l'institution, du responsable des équipes, du ou des responsables des ressources humaines et de la logistique, d'une personne en charge de la communication tant interne qu'externe.

Il appartient à l'institution de déterminer si et quand elle fait appel au médecin généraliste ou au cercle de médecine générale (à définir au sein des conventions mentionnées au point 3.1.2 du présent guide) et aux Equipes mobiles d'urgence de l'hôpital (à définir au sein du protocole de collaboration mentionné au point 3.1.2 du présent guide).

L'institution peut également demander l'intervention d'une équipe mobile d'urgence de l'AViQ, laquelle peut intervenir également d'initiative à la demande des autorités.

2. La cellule de crise est chargée de gérer la crise au quotidien. Ses missions sont définies dans les circulaires AViQ. Il s'agit notamment :
 - De surveiller les nouveaux cas suspects et confirmés, de les enregistrer et de prendre les mesures adéquates (testing, isolement, suivi des contacts, cohortage)
 - De suivre les informations sanitaires, fédérales, régionales, provinciales et locales afin de déterminer le passage d'une phase à l'autre au sein de l'institution
 - De suivre la gestion des stocks
 - De prendre les décisions en matière de communication
 - D'évaluer en continu la bonne compréhension et la bonne application des instructions transmises
 - ...

A cet effet, elle dispose d'un tableau de monitoring mis en place par l'institution comprenant toutes les informations utiles au suivi quotidien des opérations dont l'identification des cas suspects ou confirmés, le matériel, le personnel, les données à fournir à l'AViQ et toute autre donnée jugée pertinente par la cellule de crise.

Point d'attention : il est nécessaire de prévoir au sein du PIU le délai de rappel, l'identification du local de réunion et de son équipement, la fréquence et les horaires de réunions.

Son rôle et les actions qu'elle doit effectuer sont définis dans la fiche réflexe « cellule de crise ».

Les Responsables de la communication : 1 fiche réflexe

La communication destinée à informer, rassurer, donner des instructions... est cruciale en phase d'activation du PIU. Elle doit être initiée dès l'activation du plan jusqu'à sa clôture et à intervalles réguliers sur décision de la cellule de crise.

Les responsables sont désignés par la cellule de crise selon les publics cibles suivants (1 responsable peut couvrir plusieurs publics cibles) :

- Résidents
- Familles/Visiteurs/Bénévoles
- Médecins traitants du patient
- Personnel¹⁰
- Services extérieurs¹¹
- Autorités
- Hôpitaux
- Médias
- Tout autre public identifié par l'institution

Leurs désignations et leur rôle sont définis dans la fiche réflexe « responsables de la communication ».

Point d'attention : communication avec l'AViQ (circulaires, reporting, testing, tracing...)/ support de communication selon la capacité du résident (déficience visuelle...)

¹⁰ Y compris au personnel de nettoyage, de cuisine, au personnel administratif...

¹¹ Le personnel paramédical externe (médecins généralistes, kinésithérapeutes indépendants comme salariés, ergothérapeutes, logopèdes, pharmaciens, podologues, pédicures...), autres partenaires en soins ou autres (service social, service de soins à domicile, écoles, coiffeur...), fournisseurs réguliers et bureaux intérimaires...

3.2.3. Mesures (fonctionnelles) PIU - Covid à mettre en place et modalités

Cette rubrique vise à reprendre les fiches réflexes d'information et d'instructions durant la période d'activation du plan.

Elles sont scindées en 2 catégories :

- Celles relatives à la communication
- Celles relatives aux instructions au personnel relativement au nouveau mode de fonctionnement induit par la situation d'urgence

Les fiches listées dans le modèle-type de PIU sont indicatives. Elles peuvent donc être complétées par l'institution pour autant qu'elles soient conformes au modèle-type repris en partie 6, qu'elles couvrent a minima toutes les procédures selon la structure listée ci-dessous et qu'elles mentionnent clairement les destinataires de la fiche. *Par destinataires, sont entendues toutes les personnes amenées à exercer au moins une action en exécution de la fiche :*

1. Première catégorie : La communication

à activer en début et en clôture d'activation du plan ainsi que durant les différentes phases identifiées et comprenant la référence aux recommandations générales (ex- hygiène, mesures de distanciation sociale, port des équipements de protection, ...) ou les décisions prises par la cellule de crise concernant chacun des publics-cibles suivants.

- *Personnel : Mesures d'hygiène générale et attitude à avoir en cas de symptômes (médecine de ville + Médecine du travail)*
- *Patients/Familles - Visiteurs/ Bénévoles : situation, mesures d'hygiène générale, quid en cas d'apparition de symptômes, quid en cas de confirmation de Covid*
- *Médecin traitant du patient : situation de crise et information concernant le résident*
- *Paramédicaux externes : situation de crise*
- *Fournisseurs : situation de crise*

2. 2^{ème} catégorie : les instructions spécifiques à l'attention du personnel

Elles doivent comprendre les procédures à suivre selon la situation et son évolution sur la manière d'exercer ses fonctions durant la phase d'activation du plan, idéalement selon la structure suivante (similaire pour toute institution) afin de faciliter toute intervention (tant interne qu'externe) :

1. Les mesures d'hygiène générales

- Le rappel des gestes barrières et d'hygiène et l'obligation de port du masque
- Le nettoyage du linge
- Le nettoyage des locaux, y compris l'usage du matériel
- La gestion des déchets

2. Les mesures relatives aux résidents

- Les informations à consigner dans le dossier
 - Les coordonnées du médecin traitant
 - Les coordonnées des personnes de contact/famille
 - L'absence ou existence éventuelle de déclaration de fin de vie
 - La surveillance des résidents selon le stade épidémique
 - Les modalités de prise en charge d'un résident suspect ou confirmé (mise en quarantaine, testing des cas suspects et mesures à prendre)
 - Le plan de cohortage lors de plusieurs cas suspects ou positifs en fonction de l'organisation et de l'architecture de l'institution : déménagement de chambre, constitution d'une unité Covid ou cohortage virtuel, réorganisation des espaces communs, des repas, réfectoires...
 - Les mesures de soutien particulières (surveillance clinique et soutien moral) lors d'isolement
 - Le transfert à l'hôpital (y compris la coordination avec le 112) selon que le patient est suspect/infecté ou non
 - Les mesures à prendre en cas de décès selon que le patient est suspect/infecté ou non
 - Les conditions de sortie
3. Les mesures relatives au personnel (en collaboration avec le médecin du travail):
 - Les procédures pour le personnel lors de l'apparition de symptômes ou de retour de pays identifiés à risques
 - Les mesures de soutien psycho-social particulières
 4. Les procédures pour résidents, familles-Visiteurs/Bénévoles relativement aux visites, colis, linge, ... suivant le stade épidémique
 5. Les procédures pour les paramédicaux externes : impact de la crise sur la fourniture et les modalités des prestations
 6. Les procédures pour les fournisseurs (repas, approvisionnements en matériels médicaux et logistiques): impact de la crise sur la fourniture et les modalités de service

Point d'attention : Le contrôle environnemental (désinfection, gestion des déchets, mesures d'hygiène dans tous les secteurs de l'institution (chambres, cuisine, blanchisserie, ...) et la gestion du matériel (quantité, rationalisation de l'usage des produits les plus rares, nettoyage des oxyconcentrateurs...) sont des éléments à contrôler en permanence de manière transversale.

L'institution doit soit les prendre en compte dans les fiches établies, soit en prévoir les modalités de manière transversale.

3.2.4. Monitoring/suivi

Une réflexion dédiée doit être assurée sur le suivi tant du point de vue de l'organisation de la gestion des stocks et des ruptures en matériel de protection, logistique et médical qu'au niveau de la communication des données en lien avec la cellule de crise et les autorités destinataires du reporting.

Il convient de rédiger la procédure en identifiant qui effectue le monitoring, vers qui il/elle relaye les données pour validation, prise de décision et communication.

Exemple : les données relatives aux cas suspects sont répertoriées par le médecin et le personnel encadrant, adressées à la cellule de crise qui valide l'information, prend les décisions relatives au fonctionnement de l'institution et charge la personne désignée pour transmettre l'information aux autorités compétentes (AViQ, Gouverneur, ...) et remplir la plate-forme selon les instructions reçues de l'AViQ.

Point d'attention : L'enregistrement sur la plate-forme de l'AViQ permet d'alerter les autorités, de suivre l'évolution de l'épidémie et d'ajuster les mesures locales ou générales. Il convient de suivre les indications de l'AViQ car la périodicité d'enregistrement et son contenu peuvent évoluer.

3.3. Post-activation du plan : gestion du retour à « la normale »

Lorsque l'institution repasse sous le seuil de d'activation du plan, il est essentiel qu'elle marque la fin de cette gestion particulière.

Le PIU doit prévoir les instructions à donner au personnel et les mesures à prendre pour revenir à la normale.

Une communication devra également être faite à toutes les personnes qui avaient été informées de l'activation du plan qu'il a pris fin. Pour mémoire, il s'agit des personnes suivantes :

- Résidents
- Familles/Visiteurs/Bénévoles
- Médecins traitants du patient
- Personnel¹²
- Services extérieurs¹³
- Autorités
- Hôpitaux
- Médias
- Tout autre public identifié par l'institution

Le plan doit aussi prévoir que l'institution réservera un temps d'évaluation de sa gestion durant la crise sur le plan organisationnel, fonctionnel et relativement à la communication. Il est fortement recommandé d'organiser des partages et des retours d'expérience au sein de l'institution et entre institutions.

Enfin, la question de l'activation ou de la poursuite du soutien psychosocial des résidents et du personnel doit également être indiquée dans le plan en vue d'être analysée après la crise.

¹² Y compris au personnel de nettoyage, de cuisine, au personnel administratif, coiffeur...

¹³ Le personnel paramédical externe (médecins généralistes, kinésithérapeutes indépendants comme salariés, ergothérapeutes, logopèdes, pharmaciens, podologues, pédicures...), autres partenaires en soins (service social, service de soins à domicile, écoles), fournisseurs réguliers et bureaux intérimaires...

4. Annexes du PIU

L'ensemble des annexes font partie intégrante du PIU. Doivent obligatoirement y figurer :

1. Coordonnées des membres des Instances (Comité de rédaction, Cellule de crise)
2. Coordonnées des services externes (AViQ, SPW – Action sociale, Gouverneur de la Province, Bourgmestre, Médecin généraliste ou cercle de médecine générale, réseau hospitalier, service de transport d'urgence)
3. Endroits où on peut trouver aisément les listes suivantes :
 - *Liste et coordonnées des membres du personnel*
 - *Liste et coordonnées des organismes et personnes appelables en cas de pénurie de personnel*
 - *Liste et coordonnées des résidents et de leurs familles*
 - *Liste et coordonnées des bénévoles*
 - *Liste et coordonnées des paramédicaux externes*
 - *Liste et coordonnées des fournisseurs*
4. Plans
5. Localisation des stocks du matériel de protection
6. Localisation matériel médical
7. Localisation matériel logistique spécifique Covid
8. Liste des fiches

5. Liste d'autocontrôle du PIU

La liste d'autocontrôle du PIU est destinée à s'assurer que l'ensemble des éléments constitutifs du plan d'urgence ont bien été abordés par l'institution de façon à minimiser et à contrôler les risques encourus par celle-ci dans le cadre de la crise Covid.

Cette liste toutefois n'est pas exhaustive et l'institution peut la compléter sur la base de son environnement et des risques spécifiques.

6. Annexes au guide

1. Modèle-type de PIU
2. Fiche – Modèle-type
3. Fiche Directeur (exemplative)
4. Fiche nettoyage des locaux et du linge (exemplative)

(A communiquer par l'AViQ) Modèles-type de convention avec :

- a. un réseau hospitalier
- b. un cercle de médecine générale
- c. un médecin généraliste